

## Современные возможности лечения инфаркта миокарда на поликлиническом этапе (лекция)

Нестеров Ю.И.

Кафедра поликлинической терапии ГБОУ ВПО Кемеровской государственной медицинской академии  
Минздравсоцразвития РФ. Кемерово, Россия

Лекция предназначена для врачей первичного звена здравоохранения, посвящена комплексной реабилитации и диспансеризации, больных после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) на поликлиническом этапе. Материал лекции основан на результатах анализа отечественной и зарубежной литературы, а также собственном опыте. В разделе, посвященном немедикаментозным методам лечения ИМ, особое значение придается воздействию на факторы риска болезни. На современном уровне

разбирается длительная медикаментозная профилактика рецидивов болезни.

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, реабилитация, вторичная профилактика, антиагреганты, статины, бета-адреноблокаторы.

Поступила 19/09–2011

Принята к публикации 23/05–2013

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2013; 12 (3): 99–103

### Modern potential of myocardial infarction treatment in the polyclinic settings (lecture)

Nesterov Yu.I.

Polyclinic Therapy Department, Kemerovo State Medical Academy. Kemerovo, Russia

This lecture, aimed at the primary healthcare practitioners, is focused on the complex rehabilitation and dispensersisation of myocardial infarction (MI) patients in the polyclinic settings. The evidence from the available Russian and international literature, as well as from the original author's findings, is presented. The section on non-pharmacological MI treatment emphasises the role of risk factor modification. The modern views on the

long-term pharmacological recurrence prevention are discussed in detail.

**Key words:** myocardial infarction, rehabilitation, secondary prevention, antiaggregants, statins, beta-adrenoblockers.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2013; 12 (3): 99–103

До настоящего времени смертность и инвалидизация среди взрослого населения Российской Федерации (РФ), связанные с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), остаются высокими. В структуре смертности от болезней системы кровообращения (БСК) более половины случаев (54%) составляет смерть от ишемической болезни сердца (ИБС) и ее острого проявления — первичного и повторного инфаркта миокарда (ИМ). В 60–70% случаев коронарная смерть наступает у лиц от повторного ИМ. Вызывает тревогу тот факт, что в целом значительно возросли показатели заболеваемости и смертности от ИБС среди лиц работоспособного возраста. Согласно данным ГНИЦ профилактической медицины, в стране в возрасте 20–60 лет 34% мужчин и 39% женщин умирают от ССЗ.

Согласно положению, все пациенты с острым ИМ (ОИМ) подлежат срочной госпитализации в специализированные отделения, где проводятся купирование болевого синдрома, восстановление проходимости коронарных артерий (КА): тромболизис или коронарная ангиопластика со стентированием, лечение и предупреждение ранних осложнений болезни. Продолжительность пребывания больных в стационаре, в среднем, составляет 12–19 сут. В отделении наряду с активной медикаментозной терапией проводится ранняя физическая активация больных, и к концу выписки они свободно проходят дистан-

цию до 1–1,5 км в несколько приемов и подъем по лестнице на 1–2 этажа.

Затем пациенты проходят второй — санаторный этап реабилитации. Задачами этого этапа являются: восстановление физического и психического здоровья больных, целенаправленная подготовка к бытовым нагрузкам и трудовой деятельности. Если больной из стационара не направляется в санаторий, то в этих случаях второй этап реабилитации проводится в кардиологическом диспансере, но чаще в районной поликлинике. На этом этапе на первое место выступают физическая и психическая фазы реабилитации и продолжается медикаментозная терапия. Перед выпиской из санатория большинство больных, перенесших ИМ, по своим физическим возможностям соответствуют практически здоровому, физически нетренированному человеку соответствующего возраста и пола.

После санатория начинается пожизненная вторичная профилактика ИБС в условиях первичного звена здравоохранения. Врач поликлиники (диспансера) прежде всего, должен оценить ближайший прогноз для жизни и трудоспособность больного по следующим критериям:

- степени (ст.) дисфункции левого желудочка (ЛЖ), которая отражает размеры перенесенного ИМ;
- наличия и стойкости ишемии миокарда;

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: 8 (384-2) 32-31-44

e-mail: nesterov\_u@kemcity.ru

[Нестеров Ю.И. — д.м.н., проф., заведующий кафедрой поликлинической терапии].

- наличия аритмий высокой градации по Lown-Wolf;
- стабильно высоким показателям диастолического артериального давления (ДАД)

У перечисленных категорий больных прогноз для жизни остается неблагоприятным и высок риск развития внезапной смерти (ВС).

#### **Коррекция факторов риска (ФР) прогрессирования атеросклероза**

У больных, перенесших ИМ, ФР атеросклероза продолжают действовать, способствуя прогрессированию заболевания и ухудшая прогноз. Как правило, у таких больных определяются одновременно несколько ФР, усиливая влияние каждого в отдельности. Наиболее часто наблюдаются дислипопропротеинемия (ДЛП), курение, артериальная гипертония (АГ), психоэмоциональный стресс и ожирение (Ож). Коррекция их должна быть составной частью тактики вторичной профилактики болезни.

**Отказ от курения.** Убедительно доказано, что как активное, так и пассивное курение способствует прогрессированию атеросклероза коронарных артерий (КА) и повышает риск развития повторного ИМ, за счет повышенного окисления холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) и снижения уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП). Табакокурение вызывает повышение активности тромбоцитов и вязкости крови, что способствует тромбообразованию в КА. Под влиянием курения происходит активация симпатической нервной системы (СНС), что приводит к высвобождению вазопрессина и, в итоге, манифестирует повышение АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС). У таких пациентов достоверно чаще встречаются все формы ИБС, причем риск смерти при этом увеличивается по мере возрастания интенсивности курения. Курение увеличивает риск развития инсульта (МИ), окклюзионного поражения ветвей аорты и периферических сосудов. Известно, что причиной 13% всех случаев сердечно-сосудистой смерти является курение. Табачный дым может оказывать негативное влияние на эффективность и безопасность используемых лекарственных препаратов (ЛП). Никотин может как потенцировать эффект ЛП, так и оказывать антагонистическое воздействие на их эффективность, приводить к развитию побочных эффектов (ПЭ). В то же время, данные многочисленных исследований свидетельствуют, что у пациентов, отказавшихся от курения, риск смерти снижается на 36%, по сравнению с теми, кто продолжает курить.

Исходя из этих доказательств, следует настоятельно рекомендовать пациентам полностью отказаться от курения. Профилактические меры, направленные на отказ от курения, наряду с адекватным медикаментозным лечением, позволяют уменьшить или даже предотвратить прогрессирование ИБС. В стратегии отказа от табакокурения необходимо спрашивать о курении при каждом визите к врачу, использовать специальные программы или фармакологическое вмешательство, оценить желание курильщика бросить курить, предложить консультацию или план по отказу от пагубной привычки. К большому сожалению, наличие перенесенного ИМ не побуждает больных к полному отказу от табакокурения, и более половины мужчин не прислушиваются к совету.

**Выбор здорового питания.** Важное значение во вторичной профилактике ИМ придается соблюдению диеты.

Диетотерапия снижает риск обострений болезни посредством нескольких механизмов: за счет снижения массы тела (МТ), АД, нормализации уровней липидов и глюкозы крови, снижения тромбообразования в КА. Изменение диеты заключается в уменьшении содержания в ней продуктов животного происхождения с большим содержанием ХС и замене их продуктами растительного происхождения, не содержащими ХС: овощи, фрукты, орехи, бобовые и рыбные блюда.

При каждом визите к врачу следует проводить контроль МТ пациента, необходимо стремиться к достижению целевых показателей индекса МТ (ИМТ)  $<25-27 \text{ кг/м}^2$ , окружности талии (ОТ)  $<102 \text{ см}$  для мужчин и  $<88 \text{ см}$  для женщин.

**Роль физических тренировок (ФТ).** Во вторичной профилактике ИБС достойное место занимает физический аспект реабилитации. Доказано, что регулярные физические нагрузки (ФН) после перенесенного ИМ улучшают обменные процессы в сердечной мышце, активируют тканевой обмен. Посильные ФН способствуют снижению АД, при его повышении, уменьшению размеров ЛЖ и левого предсердия (ЛП), снижению МГ, частоты приступов стенокардии и замедлению ЧСС. Все это способствует более экономной деятельности сердца: повышается его сократительная функция, увеличивается ударный объем, снижается число сердечно-сосудистых осложнений (ССО), включая смерть и нефатальный ИМ, уменьшаются число госпитализаций и дней нетрудоспособности в связи с обострением ИБС.

Используют следующие виды аэробных динамических ФН: ходьба и лечебная физкультура. По интенсивности ФН должны быть низкими и умеренными. Другим условием является их регулярность — ежедневно по 30 мин в день. Продолжительность и интенсивность ФН будет зависеть от степени коронарной недостаточности и состояния сократительной способности миокарда. Скорость ходьбы не должна превышать 90–110 шагов в мин. Во время занятий пациент должен контролировать своё самочувствие, частоту пульса и АД. Отмечено, что регулярные ФТ уменьшают смертность от ИБС на 31%. Исходя из этого, контролируемые физические упражнения должны обязательно присутствовать во вторичной профилактике у всех пациентов после перенесенного ИМ. Следует помнить, что нерегулярные занятия могут привести к срыву компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой системы, развитию повторного ИМ или ВС.

**Фармакологическое лечение.** Для вторичной профилактики больных, перенесших ИМ, используются лекарственные средства, эффективность которых доказана многими крупными международными исследованиями. К ним относятся: антиагреганты, статины, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) и  $\beta$ -адреноблокаторы ( $\beta$ -АБ).

**Антиагреганты.** Важным аспектом лечения ИМ после выписки из стационара (санатория) является применение дезагрегантов, из которых наиболее эффективными признаны ацетилсалициловая кислота (АСК) и клопидогрел. Применение их предотвращает тромбообразование в КА и оказывает противовоспалительное действие. В настоящее время не вызывает сомнения ключевая роль хронического вялотекущего воспаления в патогенезе атеросклероза. Воспалительные изменения в атеросклеротической бляшке (АБ) служат одной

из причин ее «уязвимости», повышающей риск развития острого коронарного синдрома (ОКС). Согласно международным рекомендациям и рекомендациям РКО терапия аспирином показана всем пациентам, перенесшим ИМ, при отсутствии противопоказаний. Чаще используют кишечнорастворимые формы аспирина: кардиомагнил, тромбоАСС, аспирин-кардио.

Принципы тромбоцитарной терапии (рекомендации АСС/АНА, 2007): аспирин — 75–100 мг/сут. назначается всем пациентам без аллергии на этот препарат; клопидогрел — 75 мг/сут. с противопоказаниями к аспирину. Следует отметить, что клопидогрел в несколько большей степени, чем аспирин снижает вероятность ССО у лиц, перенесших ИМ. Основным недостатком его является высокая стоимость. Начать лечение дезагрегантами следует как можно раньше, и продолжать неопределенно долго (пожизненно). Доказано, что в течение ближайших лет применение дезагрегантов приводит к снижению риска сердечно-сосудистой смертности на 15% и частоты не смертельных сосудистых осложнений на 30%.

**Статины.** Из числа стратегически важных препаратов, доказавших свою достоверную эффективность во вторичной профилактике ИМ, оказались статины. По сводным данным крупных длительных исследований (3–6 лет) у больных ИБС статины, снижая содержание общего ХС (ОХС) в крови в среднем на 20% и ХС ЛНП на 30%, достоверно уменьшают риск развития ИМ или других коронарных событий в пределах 20–40% и общую смертность (ОС) на 10–30%. Снижение риска развития фатальных и нефатальных коронарных событий тем больше, чем ниже достигнутый уровень ХС ЛНП. При снижении концентрации ХС ЛНП на каждые 1 ммоль/л отмечено снижение смертности от осложнений ИБС на 19%, а также значительное уменьшение случаев фатального и нефатального ИМ и потребности в проведении оперативных методов лечения ИБС.

Помимо того, статины улучшают функцию эндотелия за счет восстановления вазодилатирующего компонента артерий, способствуют усилению антитромбогенного потенциала, подавляют воспаление в АБ, стабилизируют нестабильную АБ. Применение статинов может приводить к замедлению прогрессирования и обратному развитию атеросклероза КА и клиническому улучшению течения коронарной болезни сердца (КБС). Поэтому они считаются средствами номер один для эффективной вторичной профилактики ИБС. Однако если в странах Западной Европы лечатся статинами от 40% до 78% нуждающихся в этом виде терапии, то по данным ГНИЦ профилактической медицины в России их используют только 5,3% из числа нуждающихся.

В РФ наиболее востребованными статинами являются: симвастатин (Вазилип, Зокор), аторвастатин (Торвакард, Липримар, Аторис), розувастатин (Крестор). Средняя терапевтическая доза их колеблется от 10 до 40 мг/сут. и подбирается строго индивидуально для каждого пациента. Принимать статины следует в вечернее время перед сном по той причине, что именно в ночное время идет наиболее интенсивный синтез ХС. Важно, чтобы при лечении уровень ОХС был постоянно <4,5 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) <1,7 ммоль/л, ХС ЛНП <2,6 ммоль/л, ХС ЛВП >1,0 для мужчин и >1,2 ммоль/л для женщин. Перед началом лечения статинами необходимо исключить заболевания печени.

**ИАПФ.** После перенесенного ИМ неизбежно наступает процесс патологического ремоделирования миокарда, проявляющийся вначале гипертрофией оставшейся части миокарда, затем истончением стенок ЛЖ, дилатацией его и развитием митральной недостаточности. В конечном итоге происходит ухудшение систолической функции сердца с последующей трансформацией в клинически выраженную хроническую сердечную недостаточность (ХСН). Одновременно развивается электрическое ремоделирование миокарда, а значит возникновение опасных желудочковых аритмий с трансформацией в фибрилляцию желудочков (ФЖ). Пусковым механизмом патологического ремоделирования сердца является активация ренин-ангиотензин-альдостероновой (РААС) и симпатoadреналовой систем (САС), которая при ХСН повышается в десятки раз.

Роль ИАПФ в этом процессе заключается в ослаблении активности вазоконстрикторного звена нейрогормонов и усилении вазодилатирующего компонента, т.е. в профилактике патологического ремоделирования миокарда и прогрессирования ХСН после ИМ. ИАПФ улучшают сердечную гемодинамику и потребление энергии миокардом посредством коронарной и периферической вазодилатации при отсутствии рефлексной тахикардии. Препараты этого класса оказывают положительное влияние на эндотелиальную дисфункцию (ЭД), они снижают пред- и постнагрузку на сердце, урежают ЧСС, увеличивают сократительную способность миокарда и сердечный выброс (СВ), улучшают диастолическое наполнение ЛЖ, предотвращают электролитный дисбаланс. Реализуется это снижением ОС больных с постинфарктной дисфункцией ЛЖ в среднем на 23–25%, риска развития повторного ИМ на 16% и госпитализации в связи с ХСН — на 27%.

Использовать можно любые препараты этого класса, однако предпочтение следует отдавать лекарствам с большим сроком полувыведения, которые можно принимать 1–2 раза в сут. К ним относятся: спираприл (Квадраприл), эналаприл (Энап), периндоприл (Престариум), квинаприл (Акупро), лизиноприл (Диротон), фозиноприл (Моноприл) и др. Лечение начинают с приема малых доз препарата с постепенным повышением дозы каждые 7–10 сут. до средней терапевтической или максимально переносимой. При появлении кашля следует заменить ИАПФ на блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА): лозартан, валсартан, кандесартан.

**β-АБ.** Что касается β-АБ, то, в соответствии с современными рекомендациями, при отсутствии противопоказаний, этот класс препаратов должен назначаться всем пациентам, перенесшим ИМ или ОКС.

β-АБ являются единственным классом препаратов, повышающих порог возбудимости для развития ФЖ (ВС). Помимо того, они уменьшают потребность миокарда в кислороде, снижают активность САС, уменьшают накопление ионов кальция в сердечных клетках (снижая возбудимость миокарда) и повышают СВ. В постинфарктном периоде это реализуется снижением риска ВС, связанной с фатальными желудочковыми аритмиями в среднем на 23–25%.

Следует отметить, что благоприятное влияние на прогноз больных в постинфарктном периоде оказывают только липофильные кардиоселективные β-АБ пролонгированного действия без внутренней симпатомиметической активности (ВСМА). К ним относятся метопролол (Беталок ЗОК) и бисопролол (Конкор), а также неселективный

карведилол с вазодилатирующим действием и небиволол (Небилет). Доза препарата подбирается строго индивидуально, основным критерием которой служит урежение ЧСС в покое до 55–60 уд/мин. Дополнительным показанием к применению  $\beta$ -АБ у пациентов с ИБС служит ХСН.

**Нитропрепараты.** Этот класс препаратов используется при сохраняющихся у больного приступах стенокардии или немой ишемии миокарда. Из органических нитратов в настоящее время используют изосорбида динитрат (Кордикет 20, 40, 60 и 120 мг, Нитросорбид 20 мг) и изосорбида-5-мононитрат (Моночинкве, Оликард, Эфокс). Эти классы ЛП различаются по периоду полувыведения и биодоступности. По этим параметрам изосорбида-5-мононитрат значительно превосходит изосорбида динитрат. Наиболее предпочтительными: Моночинкве 40 мг с продолжительностью антиишемического действия до 8 ч и Моночинкве 50 мг с продолжительностью действия до 12 ч, Оликард 40 мг и 60 мг с продолжительностью действия до 8 ч и 12 ч, соответственно.

Главный принцип терапии нитратами — назначать их следует только тем пациентам, которые реально нуждаются в их приеме. При стенокардии функционального класса (ФК) I и II нитропрепараты назначают только перед ФН. При стенокардии ФК III и IV требуется их постоянный прием. Во избежание привыкания к ним необходимо соблюдать прерывистый прием нитратов. Период, свободный от действия нитратов должен составлять не менее 6–8 ч, как правило, в ночное время, когда в приеме их нет необходимости.

**Лечение нарушений ритма сердца.** Практически у всех пациентов, перенесших ИМ, регистрируются различные виды нарушений ритма сердца, чаще это желудочковые экстрасистолы (ЖЭ). Смерть у этой категории пациентов чаще наступает внезапно от ФЖ. ЖЭ высокой градации по Lowin-Woll считаются предвестниками ФЖ, поэтому они подлежат активному лечению. Из антиаритмических средств лучше использовать  $\beta$ -АБ, кардиоселективные антагонисты кальция (АК) (Верапамил и Кордарон), их эффективность в профилактике ВС доказана. В связи с серьезными ПЭ Кордарон следует использовать только больным с ЖЭ, у которых имеются противопоказания к назначению  $\beta$ -АБ, либо когда они недостаточно эффективны. Применение антиаритмических препаратов I класса нежелательно, т.к. они не только уменьшают частоту ВС, а даже ее увеличивают в связи с их аритмогенным действием.

**Контроль АД.** Согласно Российским рекомендациям IV пересмотра (2010) у пациентов с ИБС и сопутствующей АГ целевые уровни АД должны быть <140/90 мм рт.ст. При условии хорошей переносимости возможно снижение АД до 130–139/80–89 мм рт.ст. Антигипертензивная терапия у больных, перенесших ИМ, должна начинаться с высокоселективных  $\beta$ -АБ и/или ИАПФ с последующим добавлением, при необходимости, препаратов других классов — АК дигидропиридинового ряда (амлодипин).

**Психологический аспект реабилитации.** ИМ является для подавляющего большинства пациентов мощным психотравмирующим фактором, сопровождается сильными эмоциональными переживаниями и может привести к состоянию психологической дезадаптации. По данным исследований, проведенных ГНИЦ профилактической

медицины нарушения психики, проявляющиеся в виде депрессии, встречается у 82% больных в постинфарктном периоде. Исследованиями доказано, что уровень смертности среди больных, перенесших ИМ и страдающих депрессией, в 3–6 раз выше, чем среди таких же больных, но без признаков депрессии, а частота развития новых случаев ИМ в течение 5 лет оказалась значительно выше среди лиц с повышенными показателями депрессивности. Пациенты с депрессией чаще жалуются на приступы стенокардии, у них достоверно ниже толерантность к ФН, они нерегулярно принимают рекомендованные препараты, не соблюдают рекомендованную диету, продолжают курить, неохотно участвуют в мероприятиях по реабилитации и вторичной профилактике.

**Диагностика депрессии.** У пациентов после ИМ нередко преобладают симптомы тревоги: беспокойство, ожидание худшего, эмоциональная лабильность, раздражительность, постоянный страх «за сердце» и за состояние здоровья в целом. В других случаях наблюдаются скрытые, маскированные депрессии, поэтому они могут даже не предъявлять собственно депрессивных жалоб. В клинической картине такой депрессии преобладают различные виды нарушений сна, аппетита, изменение МГ, повышенная утомляемость или раздражительность, снижена физическая активность, а также имеет место болевой синдром разной локализации: кардиалгии, головные боли, боли в спине. Все это сопровождается вегетативными расстройствами в виде приступов сердцебиения, одышки, головокружения, а также различными нарушениями в сексуальной сфере. Следует отметить, что многие симптомы депрессии являются общими с основным заболеванием и иногда бывает их трудно различить. Различают следующие виды психических нарушений: тревожно-депрессивный, кардиофобический и депрессивно-ипохондрический синдромы.

**Лечение депрессии.** В настоящее время депрессию в легкой и средней ст. тяжести успешно могут лечить кардиологи или участковые врачи. Назначение неселективных трициклических антидепрессантов (Амитриптилин, Тизерцин) постинфарктным больным нежелательно вследствие их негативного влияния на сердечно-сосудистую систему. Антидепрессанты нового поколения обладают селективностью и, в связи с этим, они лишены многих ПЭ, присущих для трициклических антидепрессантов. Они обладают не только антидепрессивным, но и противотревожным действием, в связи с чем они эффективны у больных с тревожной симптоматикой, панических атаках и фобических синдромах. Селективные антидепрессанты не влияют на уровень АД, проводимость и, что очень важно, не влияют на желудочковую эктопическую активность и сопровождаются снижением ЧСС.

Больным ИБС рекомендованы следующие антидепрессанты: золофт (Сертралин) — 50–100 мг/сут. утром или на ночь, феварин (Флувоксамин) — 50–100 мг/сут. однократно утром, прозак (Флуоксетин) — 20–40 мг утром, пароксетин (Паксил) — 10–20 мг/сут. утром, опра (Циталопрам) — 10–20 мг/сут., адаптол (Транквилизатор) — 500 мг (1 табл.) 2–3 раза/сут., ципралекс (Эсциталопрам) — 5–20 мг/сут., коаксил (Тианептин) — 37,5 мг (1 табл.) в 3 раза/сут., у больных >70 лет — 50 мг/сут. в 2 приема.

При их применении необходимо учитывать, что антидепрессивный эффект этих препаратов нарастает постепенно и становится значимым только к концу первых двух

нед. терапии, поэтому желательно проинформировать об этом пациента. Необходимо также соблюдать определенную длительность курсового приема — не <1,5 мес., при необходимости длительность лечения может быть увеличена до  $\geq 4$ –6 мес., в зависимости от состояния пациента.

**Средние сроки временной нетрудоспособности при ИМ:** при неQ-ИМ без осложнений и стенокардии не выше I ФК — до 2 мес.; при Q-ИМ без осложнений — 2–3 мес., с осложненным течением — 3–4 мес.

**Хирургические методы лечения.** Какими бы значительными не были современные успехи консервативной терапии ИМ, инвазивные (интракоронарные) вмешательства все чаще используются в повседневной практике лечения этих больных. Поэтому всем пациентам, перенесшим ИМ, необходимо рентгенологическое исследование коронарных сосудов для определения степени их поражения атеросклеротическим процессом и выбора тактики оперативного вмешательства.

Среди методов прямой реваскуляризации миокарда успешно используют операцию аортокоронарного шунтирования и чрескожную транслюминальную коронарную ангиопластику со стентированием. В результате кардиохирургического вмешательства восстанавливается коронарный кровоток, устраняются основные клинические проявления ИБС, повышается физическая работоспособность, улучшается качество жизни больных, снижается риск возникновения сосудистых катастроф и смертность.

**Диспансеризация.** Диагноз постинфарктного кардиосклероза устанавливается больному через 2 мес. с момента развития ИМ. Именно в эти сроки заканчивается формирование рубцовой соединительной ткани в месте некроза сердечной мышцы.

В период амбулаторного лечения пациент должен посещать врача каждые 7–10 дней вплоть до выписки на работу, затем после 1-й, 2-й нед. и в конце первого мес. работы, далее 2 раза в мес. в первые полгода, в последующие полгода — ежемесячно. Второй год — один раз в квартал. При каждом посещении у больного регистрируют ЭКГ.

Проба с ФН (тредмил, велоэргометрия) проводится в конце первого мес. опосле развития ИМ, затем перед выпиской на работу и/или при направлении на медико-социальную экспертизу (МСЭ), далее — не реже 1 раза в год. Эхокардиограмма: по окончании лечения в кардиологическом санатории, перед выпиской на работу и далее при Q-ИМ 1 раз в 6 мес. Холтеровское мониторирование ЭКГ: после приезда из санатория, перед выпиской на работу и при направлении на МСЭ, далее — 1 раз в 6 мес.

Общий анализ крови, мочи, глюкоза крови исследуются перед выпиской на работу и/или при направлении на МСЭ, далее — 1 раз в 6 мес. в 1-й год, в последующем не реже 1 раза в г, аспарагиновая и аланиновая трансаминаза — 2 раза в г (если принимает статины). Исследование липидного профиля — через 3 мес. после начала противосклеротической терапии, далее — каждые 6 мес. Другие исследования проводятся по показаниям. При необходимости возможно внеочередное посещение врача, в т.ч. консультации по телефону.

**Санаторно-курортное лечение.** После перенесенного ИМ давностью >1 г без приступов стенокардии или с редкими приступами без нарушения ритма и признаков ХСН не >I ФК возможно лечение в местных кардиологических санаториях и на дальних климатических курортах, исключая горные. При более высоком ФК стенокардии и ХСН показано лечение только в местных санаториях.