



*Центр кардиологической реабилитации
«Черная речка»*

**О. Ф. Мисюра, В. Н. Шестаков,
И. А. Зобенко, А. В. Карпухин**

Кардиологическая реабилитация

**Санкт-Петербург
СпецЛит**

УДК 616.1
К21

Авторский коллектив:

Мисюра Ольга Федоровна — генеральный директор, главный врач Центра сердечной медицины «Черная речка»;
Шестаков Владимир Николаевич — научный руководитель центра реабилитации и восстановительного лечения Центра кардиологической реабилитации «Черная речка», кандидат медицинских наук, доцент;
Зобенко Ирина Александровна — заместитель генерального директора Центра сердечной медицины «Черная речка» по медицинской части;
Карпухин Александр Васильевич — исполнительный директор Центра сердечной медицины «Черная речка», кандидат медицинских наук

Рецензент:

Обрезан Андрей Григорьевич — заведующий кафедрой госпитальной терапии медицинского факультета СПб ГУ, главный врач Международного медицинского центра «СОГАЗ», доктор медицинских наук, профессор, член правления Санкт-Петербургской ассоциации врачей-терапевтов

Кардиологическая реабилитация / О. Ф. Мисюра, В. Н. Шестаков, И. А. Зобенко, А. В. Карпухин. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2016. — 271 с.: ил.
ISBN 978-5-299-00790-9

В монографии подробно изложены методологические основы и практические рекомендации по реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда, операции на сердце и коронарных сосудах. Раскрыт технологический процесс проведения реабилитации в соответствии с клиническими рекомендациями и требованиями руководящих документов, с акцентом на втором этапе реабилитации в трехэтапной модели.

Книга предназначена для врачей-кардиологов, терапевтов и реабилитологов, а также может быть использована студентами старших курсов медицинских вузов, для послевузовского обучения и углубленной подготовки специалистов по кардиологической реабилитации.

УДК 616.1

ISBN 978-5-299-00790-9

© Мисюра О. Ф., Шестаков В. Н.,
Зобенко И. А., Карпухин А. В., 2016
© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения	6
Введение	9
Глава 1. Кардиореабилитация. Общие принципы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и принципы кардио- реабилитации	12
1.1. Стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Задачи кардиореабилитации	12
1.2. Принципы реабилитации	18
1.2.1. Принцип доступности реабилитации	18
1.2.2. Принципы этапности, преемственности, своевременности и непрерывности реабилитации	19
1.2.3. Принцип информативности (образование пациентов)	27
1.2.4. Принципы комплексности и индивидуализации реабилитационных мероприятий. Построение программ кардиореабилитации	29
1.3. Формирование здорового образа жизни и коррекция факторов риска	30
1.3.1. Факторы кардиоваскулярного риска	31
1.3.2. Степени кардиоваскулярного риска	34
1.4. Рациональное питание	38
1.5. Медикаментозная терапия в кардиореабилитации и во вторичной профилактике. Общие положения	44
1.5.1. Качество лечения	45
1.5.2. Приверженность к лечению	46
Глава 2. Технология кардиореабилитации в реабилитационных центрах	48
2.1. Медицинские технологии кардиореабилитации	48
2.2. Схемы технологического процесса реабилитации	49
2.3. Риск-стратификация	51
2.4. Определение класса тяжести больного ишемической болезнью сердца на втором этапе реабилитации	58
2.5. Реабилитационный потенциал и прогноз реабилитации	60
2.6. Оценка риска развития серьезных сердечно-сосудистых событий	66
2.7. Маршрутизация пациентов на этапах медицинской реабилитации	74
2.8. Концепция модульного подхода к построению программ кардиореабилитации	85

2.9. Модульное построение индивидуальных программ реабилитации	86
2.10. Использование специализированной информационной системы	90
Глава 3. Психологическая реабилитация	93
3.1. Психологические типы отношения к болезни	93
3.2. Депрессия и тревога. Диагностика и коррекция в процессе реабилитации	95
3.3. Качество жизни	98
Глава 4. Физическая кардиореабилитация	102
4.1. Общая характеристика физических тренировок	102
4.2. Дозированная ходьба, тренировочная лестница	110
4.3. «Скандинавская ходьба»	114
4.4. Особенности физической реабилитации в основных группах больных с кардиальной патологией	116
4.4.1. Реабилитация больных со стабильной стенокардией напряжения и после стабилизации нестабильной стенокардии	116
4.4.2. Физическая реабилитация больных инфарктом миокарда	123
4.4.3. Реабилитация больных после черескожного коронарного вмешательства	127
4.4.4. Реабилитация больных после аортокоронарного шунтирования	130
4.4.5. Реабилитация больных после протезирования клапанов сердца	133
4.4.6. Реабилитация больных с хронической сердечной недостаточностью	136
Глава 5. Физиотерапия на втором этапе кардиореабилитации ..	143
5.1. Электролечение	145
5.1.1. Транскраниальная электростимуляция (электросон) ..	145
5.1.2. Амплипульстерапия. Синусоидальные модулированные токи. Диадинамические токи	145
5.1.3. Гальванизация. Лекарственный электрофорез	146
5.1.4. Дарсонвализация	146
5.1.5. Франклинизация	147
5.1.6. Индуктотермия	149
5.1.7. Ультравысокочастотная терапия	149
5.1.8. Сверхвысокочастотная терапия, микроволновая терапия	150
5.2. Магнитотерапия	152
5.3. Ультразвуковая терапия	152

5.4. Светолечение (лазеротерапия)	154
5.5. Сухие углекислые ванны	156
5.6. Массаж ручной.	158
Глава 6. Возрастные и гендерные особенности кардиореабилитации	163
Глава 7. Кардиореабилитация больных сахарным диабетом	171
Глава 8. Инвазивная тактика лечения ишемической болезни сердца на этапах кардиореабилитации	180
8.1. Основные показания к реваскуляризации миокарда при стабильной ИБС	181
8.2. Осложнения реваскуляризации миокарда	187
8.3. Феномен «no-reflow»	189
8.4. Особенности ведения больных после ЧКВ	193
Глава 9. Антитромботическая терапия	195
Глава 10. Патогенез ишемии миокарда. Клинические варианты стенокардии	207
10.1. Патофизиологические механизмы ишемии	207
10.2. Клинические варианты стенокардии	209
Глава 11. Стандарты и оценка эффективности медицинской реабилитации	216
Приложения	222
<i>Приложение 1. Воздействие на модифицируемые факторы</i> <i>риска сердечно-сосудистых заболеваний</i>	222
<i>Приложение 2. Уровни артериального давления</i>	224
<i>Приложение 3. Показатели липидного обмена у здоровых</i> <i>людей и у больных с документированным атеросклерозом</i>	225
<i>Приложение 4. Критерии диагностики метаболического</i> <i>синдрома. Избыточная масса тела и ожирение</i>	227
<i>Приложение 5. Составление программ по отказу от курения</i>	228
<i>Приложение 6. Желудочковые аритмии</i>	230
<i>Приложение 7. Контроль частоты сердечных сокращений.</i> <i>Оценка физической работоспособности</i>	231
<i>Приложение 8. Модульное построение медикаментозной терапии</i> ..	232
<i>Приложение 9. Комплексы лечебной физкультуры.</i>	240
<i>Приложение 10. Опросник HADS</i>	253
<i>Приложение 11. Восстановление активной жизни</i>	256
<i>Приложение 12. Инфаркт миокарда</i>	260
<i>Приложение 13. Нагрузочные тесты велоэргометрии</i> <i>и тредмил-тесты</i>	262
Литература	265

Глава 1

КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРИНЦИПЫ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ

Комплексная реабилитация улучшает клиническое течение и прогноз заболеваний, становится перспективным и эффективным средством вторичной профилактики. В статье 40 Федерального закона № 323-ФЗ сформулировано как «комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и/или компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса, либо обострения хронического патологического процесса, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов или систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в обществе».

Это формулировка соответствует определению комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): «...Организация медицинской реабилитации осуществляется в соответствии с профилем заболевания пациента для определения индивидуальной программы реабилитации пациента, осуществления текущего медицинского наблюдения и проведения комплекса реабилитационных мероприятий...»

1.1. Стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Задачи кардиореабилитации

Кардиологическая реабилитация представляет собой комплекс мероприятий, проводимых под медицинским руководством, направленных на помощь пациенту, перенесшему тяжелое кардиологическое заболевание (ИМ, острый коронарный синдром — ОКС, эндо-

васкулярное вмешательство — ЭВВ, коронарное шунтирование — КШ и др.), для наиболее качественного восстановления физической активности до максимально возможного уровня. Необходимо также обеспечить пациенту восстановление такого уровня психологического состояния и создания социальных условий, чтобы он мог сохранить или вернуть, в случае утраты, наиболее приемлемый статус в обществе. Кроме того, кардиореабилитация должна обеспечить достоверное уменьшение риска серьезных сердечно-сосудистых событий и снижение вероятности ухудшения функционального состояния сердца. В настоящее время на основе понимания значимости кардиореабилитации создано представление о профилактическом воздействии на группы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и формирования здорового образа жизни общества в целом.

Сердечно-сосудистые заболевания, и в частности ишемическая болезнь сердца, являются важнейшей проблемой здравоохранения, получив в последнее время почти эпидемическое распространение.

За последние десятилетия достигнуты значительные успехи в изучении и лечении сердечно-сосудистой патологии. Однако, несмотря на широкое распространение высокотехнологичных видов медицинской помощи как средств первого ряда, остановить эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний и уменьшить их вклад в общую структуру смертности не удалось. Как свидетельствуют результаты крупных международных исследований, причина заключается в недостаточности и неадекватности профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе вторичной.

Сердечно-сосудистая смертность в России продолжает оставаться одной из самых высоких в Европе — 53,5 % от общей смертности (российские данные 2013 г.). При этом в структуре сердечно-сосудистой смертности преобладают заболевания, обусловленные атеросклерозом, — ишемическая болезнь сердца, инсульт, атеросклероз периферических артерий. На долю ишемической болезни сердца, в первую очередь на острый коронарный синдром, приходится около 30 % общего количества смертей (российские данные 2008 г.). Исправить эту печальную статистику могут только профилактические мероприятия социального и медицинского характера, в том числе кардиологическая реабилитация.

Активная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний предусматривает использование разных подходов — ***стратегий профилактики сердечно-сосудистых заболеваний***:

1. *Популяционная (массовая) стратегия* — мониторингирование сердечно-сосудистых заболеваний и факторов их риска; просвещение населения, формирование здорового образа жизни на социальном уровне (общество в целом).

II. *Стратегия воздействия на группы высокого риска (первичная профилактика)* — выявление лиц с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний; коррекция индивидуальных факторов риска.

III. *Вторичная профилактика* — предупреждение прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний у больных на разных этапах сердечно-сосудистого континуума.

Снижения заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний можно достичь при совершенствовании кардиологической службы по всем ее направлениям и при усилении профилактических мероприятий с использованием всех трех стратегий.

Популяционная стратегия имеет ключевое значение для снижения сердечно-сосудистой заболеваемости, так как предполагает уменьшение воздействия факторов риска на уровне всей популяции за счет изменения образа жизни и не требует медицинского обследования. Это мероприятия социального, в первую очередь государственного, характера. Однако стратегия рассчитана на долгосрочную перспективу, и ее результаты могут проявиться только на протяжении жизни поколений. Один из примеров такой стратегии на государственном уровне — принятие «антитабачного закона». Но для того, чтобы он стал эффективно функционировать, необходимо его адекватное восприятие обществом, для чего требуется активная санитарно-просветительная работа.

Две другие стратегии направлены на снижение сердечно-сосудистого риска у лиц из групп высокого риска (*первичная профилактика*) и у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (*вторичная профилактика*).

Чтобы предупредить один неблагоприятный исход, первичную профилактику нужно проводить у большого количества людей, которым она не приносит непосредственной явной пользы (парадокс профилактики!). В рамках первичной профилактики необходимо выявить факторы риска и на этой основе выделить группы высокого риска. Это группы профилактического воздействия, которые можно сформировать на основе диспансеризации населения. Результаты первичной профилактики выявляются с помощью статистических популяционных исследований, чаще ретроспективно.

Вторичная профилактика может дать отчетливый результат в довольно короткие сроки и, что особенно важно, у конкретного человека на основе оценки его клинического и социального статуса. Этот результат достигается за счет коррекции симптоматики уже развившегося заболевания и поэтому обычно достаточно демонстративен.

Кардиологическая реабилитация является важным элементом стратегий вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. В случае успеха ее эффект обычно бывает очевидным и проявляется достаточно быстро.

В настоящее время профилактика признана приоритетным направлением медицинской помощи. Это должно относиться и к реабилитации как составной части вторичной профилактики.

Кардиологическая реабилитация может быть определена как совокупность мероприятий, направленных на уменьшение выраженности функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы и связанных с болезнью психических расстройств в степени, необходимой для восстановления трудоспособности и интеграции больного в естественную социальную среду.

Реабилитация — больше, чем просто восстановление трудоспособности. Основная задача реабилитации — восстановление качества жизни и улучшение прогноза для жизни.

Реабилитационные программы вторичной профилактики снижают частоту повторных госпитализаций, улучшают функциональное состояние больных и уменьшают общую смертность. Выполнение эффективной программы кардиореабилитации снижает риск смертности на 25 % в течение последующих после коронарного события 3 лет (Ades P. A., 2001). Результаты метаанализа, проведенного R. S. Taylor [и др.], свидетельствуют о достоверном снижении общей смертности на 20 % и сердечно-сосудистой смертности на 26 % при условии выполнения реабилитационных программ.

В нашей стране кардиологическая реабилитация была официально оформлена более сорока лет назад. В 1968 г. было создано первое специализированное отделение реабилитации для больных инфарктом миокарда. В последующие годы в большинстве регионов страны уже функционировала система реабилитационных санаториев с бесплатным пребыванием больных после перенесенного инфаркта миокарда и операций на сердце. Эта система специализированной реабилитации позволила возратить в конце 1980-х гг. 81,8 % пациентов к прежнему труду, тогда как в 1964 г. эта цифра составляла лишь 26 % (Чазов Е. И., 2010). Санаторно-курортная служба в те годы стала одной из основных форм реабилитации и продемонстрировала свою высокую эффективность. В результате выделились три системы (этапа) реабилитации: стационарная, санаторная и амбулаторно-поликлиническая.

Но в последующем произошли существенные изменения как по причинам сугубо научно-медицинского характера (ранняя активизация больных ИМ, уменьшение сроков пребывания коронарных больных в стационаре, бурное развитие инвазивных и хирургических методов лечения коронарной патологии), так и геополитического характера (распад СССР) с неизбежными утратами, в том числе системы реабилитации.

В настоящее время происходит воссоздание системы реабилитации, в том числе кардиологического профиля, но уже на современной нормативно-правовой, научно-организационной и технологической основе.

Реабилитацию не нужно считать самостоятельным видом лечения. Она должна интегрироваться в общую схему оказания медицинской помощи, являясь ее неотъемлемым компонентом.

Реабилитацию следует рассматривать как комплексную медико-социальную систему, включающую в себя несколько аспектов:

- медицинский;
- физический;
- психологический;
- трудовой (профессиональный);
- социально-экономический.

Эффективная реабилитация кардиологических больных, которая проводится в рамках вторичной профилактики сердечно-сосудистой патологии, включает комплекс мероприятий, проводимых под медицинским руководством и контролем. Эти мероприятия направлены на восстановление физического, психологического и социального статуса пациентов, возможное сохранение работоспособности и улучшение качества жизни. В проведении реабилитационных мероприятий принимают участие представители разных специальностей, что диктует необходимость их взаимодействия.

Проблемно-ориентированный междисциплинарный подход создает основу реабилитации. По существу, речь идет о создании мультидисциплинарных реабилитационных программ, осуществляемых под руководством кардиолога-реабилитолога совместно со специалистами функциональной диагностики, врачами и методистами лечебной физкультуры (ЛФК), врачами-физиотерапевтами, методистами физиотерапии, массажа, врачами-психотерапевтами, психологами, диетологами и другими специалистами.

Для успешной реализации целей реабилитации требуется разработка технологии многопланового реабилитационного процесса на основе единых стандартов.

Технология реабилитации обеспечивает общее содержание реабилитационных мероприятий. Но полноценная реабилитация возможна только при индивидуальном подходе к каждому пациенту.

На основе общих положений технологии реабилитации должны быть построены индивидуальные реабилитационные программы, учитывающие особенности каждого пациента.

Итак, ключевые положения, которые могут обеспечить успех реабилитации:

- медицинское руководство;
- проблемно-ориентированный мультидисциплинарный подход с привлечением к процессу реабилитации профильных специалистов;
- единые стандарты реабилитации;
- технология реабилитации;
- индивидуализированные программы кардиореабилитации;
- оценка качества выполнения реабилитационных программ.

В процессе реабилитации ведущая роль отводится самому пациенту. **Каждый человек должен осознавать меру своей ответственности за собственное здоровье, а не перекладывать ее на врачей и общество.** Мотивация пациента — обязательное условие успеха лечебного процесса в целом. После выхода из-под постоянного врачебного контроля по окончании основных этапов реабилитации самоконтроль и выполнение медицинских рекомендаций целиком зависят от пациента. Однако в создании устойчивой мотивации к проведению вторичной профилактики роль врача действительно велика. Для того чтобы больной имел полное понимание своего состояния и принял важнейшие решения об изменении стиля жизни, необходима информационная поддержка.

Реабилитационный процесс представляет собой комплекс мероприятий, который должен:

- начинаться немедленно с момента развития заболевания;
- продолжаться непрерывно;
- проводиться поэтапно, с четкой преемственностью между этапами;
- учитывать индивидуальные особенности больного;
- осуществляться приемлемым для больного и его окружения способом.

Задачи, принципы и основные направления реабилитации едины для всех кардиологических больных. Но на основе единой программы реабилитации для каждого пациента составляется индивидуальная конкретная программа, содержание которой определяется разнообразными факторами, характерными для каждого конкретного человека.

В соответствии с общими технологическими принципами и индивидуальной программой реабилитации каждый пациент должен получить необходимый и достаточный для полноценного восстановления объем медико-социальной поддержки.

Как уже было отмечено, мероприятия реабилитационного характера должны начинаться как можно раньше, еще в дебюте заболевания. Совершенно очевидно, что на первом этапе важнейшей задачей является стабилизация состояния больного и коррекция осложнений острого периода заболевания. Но уже на этом этапе принципиально важна ранняя активация больных, достоверно улучшающая результаты лечения.

В наиболее полном объеме реабилитационные мероприятия осуществляются после завершения стационарного этапа и перевода больных в реабилитационные центры.

Рационально построенная программа реабилитации позволяет улучшить в первую очередь качество жизни.

Цели кардиореабилитации:

1. Восстановление физической активности и, по возможности, работоспособности.

2. Оптимизация медикаментозной терапии для предупреждения обострений и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии с учетом расширения физической активности больных.

3. Урегулирование психологического статуса больного для преодоления последствий болезни и реадaptации его в социально-бытовых условиях.

4. Подготовка больного к профессиональной деятельности и восстановление его социальной активности.

Одна из важнейших задач медицинской реабилитации — создать у пациентов устойчивую мотивацию проведения мер вторичной профилактики в течение последующей жизни.

1.2. Принципы реабилитации

Полноценность реабилитационного процесса обеспечивается соблюдением совокупности основных принципов, которые формулируются так:

- доступность;
- своевременность;
- индивидуализация;
- комплексность;
- адекватность;
- этапность;
- преемственность и непрерывность;
- информативность (информирование пациентов с целью повышения их мотивации к продолжению лечения и выполнению мер вторичной профилактики).

Принципы реабилитации тесно переплетаются друг с другом, что и обуславливает их многофакторность и в то же время целостность всего процесса.

1.2.1. Принцип доступности реабилитации

Доступность реабилитации в настоящее время не вполне и не во всех регионах страны соответствует социальным потребностям в проведении реабилитационных мероприятий. В Санкт-Петербурге

возможность пройти второй этап кардиореабилитации имеется у всех работающих жителей города, перенесших определенные кардиологические события. Однако второй этап реабилитации за счет государственных средств недоступен пациентам, не занимающимся активной трудовой деятельностью, а также пациентам, проживающим в регионах с недостаточным развитием реабилитационных центров. К сожалению, нет достоверной статистики, характеризующей доступность второго этапа реабилитации. В частности, приводятся такие данные по процентам охвата кардиореабилитацией на разных ее этапах: на I этапе по имеющимся стандартам это должны быть 100 % госпитализированных. На II этапе — через реабилитационные отделения многопрофильных клиник или центров реабилитации должны пройти не менее 30 % выписанных из сосудистого центра и кардиохирургических клиник больных (имеющих достаточный реабилитационный потенциал). На III этапе реабилитационные отделения поликлиник или центров реабилитации должны проводить активные реабилитационные мероприятия у 60 % пациентов от общего числа обратившихся за помощью, 40 % выписанных из стационара, 60 % выписанных из реабилитационных отделений многопрофильных стационаров или центров (имеющих достаточный реабилитационный потенциал). Реабилитационные отделения санаториев могут принять 15 % выписанных из стационара, 15 % обратившихся за помощью в поликлиники, 10 % инвалидов. Создаются и выездные бригады для оказания помощи на дому — 10 % инвалидов, 25 % выписанных из реабилитационных отделений, 10 % обратившихся за медицинской помощью в поликлиники. Очевидно, что возможности медицинской реабилитации в настоящее время еще недостаточны.

Между тем кардиореабилитация должна быть не возможным дополнением, а обязательным стандартом лечения всех пациентов с коронарной патологией.

1.2.2. Принципы этапности, преемственности, своевременности и непрерывности реабилитации

Этапность кардиореабилитации традиционно предусматривает разделение трех этапов, в общем соответствующих критериям периодизации ИМ, но принципиально такая же этапность сохраняется и для других категорий кардиологических больных:

— **Стационарный этап**, протекающий в блоках интенсивной терапии и обычной палате кардиологического отделения больницы. Это период развивающегося ИМ (от 0 до 6 ч) и острого ИМ — от 6 ч до 7 сут.

— **Ранний стационарный реабилитационный этап**, проходящий в стационарном кардиореабилитационном отделении карди-

ологических или многопрофильных стационаров, или Центрах реабилитации. Этот этап соответствует периоду заживающего (рубцующегося) ИМ (он длится от 7 до 28 сут) или ранним и средним срокам послеоперационного периода.

— **Амбулаторно-поликлинический реабилитационный этап**, соответствующий периоду зажившего ИМ (начиная с 29 сут) и постинфарктного кардиосклероза или позднего послеоперационного периода. Эти пациенты нуждаются в продолжении комплексных реабилитационных воздействий и мер вторичной профилактики. В первые месяцы после выписки из стационара реабилитационные мероприятия выполняются под периодическим врачебным контролем, а далее — самостоятельно в домашних условиях.

Ориентировочные сроки перевода больных на последующие этапы кардиореабилитации характеризуют основные критерии маршрутизации кардиологических больных в процессе их лечения.

Мероприятия кардиологической реабилитации должны начинаться как можно раньше на начальных сроках заболевания, при условии стабилизации клинического состояния больного и при отсутствии противопоказаний к проведению реабилитационных воздействий. При этом важно определить уровень реабилитационного потенциала и перспективу реабилитации.

Принципиально важна ранняя активация коронарных больных, достоверно улучшившая результаты лечения.

В процессе реабилитации выделяется семь режимов двигательной активности:

I — блок интенсивного наблюдения — постельный режим с возможным присаживанием в постели или в кресле;

II — палатный режим — хождение в пределах палаты;

III — выход в коридор;

IV — прогулки по территории больницы (1,5 км в 2—3 приема или подъем на 1—2 пролета лестницы);

V—VII — второй этап реабилитации в реабилитационных центрах, включая начальный санаторный, с выполнением комплексной программы, ходьбой до 2—3 км в среднем темпе (80—100 шагов в минуту).

Для того чтобы больной успешно воспользовался возможностями реабилитационного центра, он должен достичь к окончанию лечения в стационаре IV ступени двигательной активности (ходьба до 1—1,5 км по территории больницы или санатория). К сожалению, вопреки установленным в прошлые годы критериям перевода пациентов на второй этап реабилитации в реабилитационный центр, больные направляются туда без достаточной подготовки в стационаре. До 60 % больных поступают на II ступени двигательной активности, прямо с палатного режима, а остальные — на III ступени (выход

в коридор). Как следствие, мы видим существенный регресс результатов физической реабилитации — если в 1983 г. 95 % больных в ходе санаторной реабилитации достигали высших ступеней двигательной активности, то в 2009 г. (на втором этапе реабилитации) — только 57 % (Чазов Е. И., 2010).

Принцип этапности реабилитационного процесса основывается на разных подходах, но главными элементами являются следующие: последовательность и непрерывность проведения реабилитационных мероприятий с постепенным их наращиванием, комплексность (мультидисциплинарность), осознанная и активная роль самого пациента.

В отечественной реабилитологии было принято выделять 3 этапа кардиореабилитации: **стационарный, санаторный и амбулаторно-поликлинический**. Но принцип деления этапов реабилитации в зависимости от места их проведения никогда не был определяющим. Каждый этап выполнял свои специфические задачи с постепенным непрерывным наращиванием объема реабилитационных мероприятий. И в настоящее время медицинская реабилитация осуществляется в зависимости от тяжести состояния пациента в три этапа: а) первый этап медицинской реабилитации осуществляется в острый период течения заболевания в отделениях реанимации и интенсивной терапии кардиологических отделений стационаров при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций сердечно-сосудистой системы (реабилитационного потенциала) и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации; б) второй этап медицинской реабилитации осуществляется в ранний восстановительный период течения заболевания, поздний реабилитационный период в специализированных реабилитационных отделениях многопрофильных стационаров или реабилитационных центров (в том числе специализированных кардиологических); в) третий этап медицинской реабилитации осуществляется в ранний и поздний реабилитационный периоды, при хроническом течении заболевания вне обострения в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения, в санаторно-курортных учреждениях, а также выездными бригадами на дому, при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

Европейский и американский подходы к формированию кардиореабилитации традиционно разделяются на четыре этапа. В основе этого деления отчетливо проявляется принцип информационной поддержки пациента, что предусматривает его активную роль в восстановлении собственного здоровья. Несомненно, это правильно, но

надо иметь в виду, что информационная поддержка является лишь элементом реабилитации. **Первый этап** состоит в разъяснении пациенту, перенесшему острое коронарное событие, сути его заболевания и в оказании психологической поддержки. Обычно это короткий период, продолжающийся до стабилизации состояния пациента. **Второй этап** предусматривает обсуждение с пациентом плана лечения, обследования и перспективы реабилитации. Собственно, мероприятия этих двух этапов проводятся в течение госпитального (стационарного) периода. В это же время начинается восстановление физической активности пациента и, если нет противопоказаний, рекомендуется проведение нагрузочного теста для определения толерантности к физической нагрузке. **Третий этап**, продолжающийся обычно в течение 6—12 нед. после острого коронарного события, характеризуется реализацией под медицинским контролем на базе медицинских учреждений всех компонентов реабилитационной программы. Физические нагрузки в тренирующем режиме становятся важной составной частью этого этапа. **Четвертый этап**, в течение которого пациент находится неопределенно долго под амбулаторно-диспансерным наблюдением с самостоятельным, но корригируемым выполнением индивидуальной программы кардиореабилитации.

Реабилитация кардиологических больных начинается еще в стационаре и формирует в первую очередь двигательную активность больного. Кардиореабилитация рекомендована Европейским обществом кардиологов (ESC), Американской кардиологической ассоциацией (АНА), Американской коллегией кардиологов (ACC), Всероссийским научным обществом кардиологов (ВНОК) для лечения пациентов с коронарной болезнью сердца и после острого коронарного события (уровень доказательности 1), где долгосрочная цель кардиореабилитации — выявление и устранение факторов риска, стабилизация или предотвращение прогрессирования атеросклеротического процесса, снижение заболеваемости и смертности.

Основные цели реабилитации больных разного профиля сформулированы в уже процитированном Федеральном законе РФ № 323-ФЗ (ст. 40) и в утвержденном (в Приказе Министерства здравоохранения РФ № 1705н) «Порядке организации медицинской реабилитации». В последнем документе, в п. 7, дается следующая характеристика этапов медицинской реабилитации:

«Медицинская реабилитация осуществляется в зависимости от тяжести состояния пациента в три этапа:

а) первый этап медицинской реабилитации осуществляется в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания при наличии подтвержденной ре-

зультатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации;

б) второй этап медицинской реабилитации осуществляется в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центрах, отделениях реабилитации);

в) третий этап медицинской реабилитации осуществляется в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда (учителя-дефектолога), специалистов по профилю оказываемой помощи медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также выездными бригадами на дому (медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется пациентам, независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, общения и самостоятельного перемещения (или с дополнительными средствами опоры), при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала))».

Далее, в приложении № 16 «Правила организации деятельности центра медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями» к Приказу № 1705н МЗ РФ, формулируется: «...Центр является самостоятельной медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь по медицинской реабилитации в стационарных и амбулаторных условиях пациентам с соматическими заболеваниями на втором и третьем этапах медицинской реабилитации... В Центр направляются пациенты с последними заболеваниями сердечно-сосудистой системы (исключая острое нарушение мозгового кровообращения) ... не имеющие противопоказаний для проведения отдельных методов реабилитации <...>. Центр осуществляет следующие функции:

- организация медицинской реабилитации в стационарных и амбулаторных условиях на основе стандартов медицинской помощи;

- организационно-методическое руководство, оценка качества и эффективности работы медицинских организаций по медицинской реабилитации;

- координация, организация и проведение мероприятий по вторичной профилактике заболеваний средствами медицинской реабилитации;

— информационное обеспечение медицинских организаций и населения по вопросам медицинской реабилитации населения в целях профилактики заболеваний и инвалидности;

— организационно-методическое руководство медицинских организаций по выполнению федеральных, региональных или муниципальных целевых программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения;

— консультирование врачей медицинских организаций по вопросам медицинской реабилитации (диагностических, восстановительных, реабилитационных и оздоровительных технологий);

— внедрение в клиническую практику современных достижений в области организации медицинской реабилитации и проведение анализа эффективности их применения;

— организационно-методическое руководство по отбору в медицинских организациях пациентов, нуждающихся в организации помощи по медицинской реабилитации, ежегодное прогнозирование и учет числа нуждающихся в медицинской реабилитации, средней длительности ожидания и числа лиц, получивших медицинскую помощь по медицинской реабилитации;

— проведение эпидемиологического мониторинга;

— осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;

— иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

...Центр в своей работе взаимодействует с медицинскими организациями, образовательными организациями высшего и послевузовского профессионального медицинского образования и научно-исследовательскими учреждениями, национальными и региональными (в том числе научными) сообществами врачей, обществами пациентов и их родственников.

Центр может использоваться в качестве клинической базы образовательных учреждений высшего, послевузовского, дополнительного и среднего медицинского образования, а также научных организаций, оказывающих медицинскую помощь».

Как мы видим, в разных документах дается несколько различное определение этапов реабилитации, но общие подходы все-таки близки или идентичны. По существу, сохраняются три этапа реабилитации: первый — ранний стационарный в специализированных отделениях, второй — в реабилитационных отделениях многопрофильных стационаров и центрах реабилитации, третий — амбулаторно-поликлинический, в том числе в санаториях общего профиля. Федеральный закон предусматривает создание в стране центров медицинской реабилитации, включающих отделения стационаров и диспансерно-поликлинические учреждения. Но на создание такой сети необходимо время

и значительные материальные ресурсы, что диктует целесообразность сохранения имеющейся и успешно функционирующей реабилитационной базы. Комплексная мультидисциплинарная основа реабилитации в специализированных санаториях, выполняющих функции реабилитационных центров, дополняется важными составляющими — климатогеографическими и бальнеологическими факторами (климатические факторы континентального климата, климата морских побережий, средневысоких гор и т. д., минеральные воды, лечебные грязи и др.). Санатории общего профиля, используя преимущественно климатогеографические и физиотерапевтические методы лечения, могут осуществлять реабилитационные мероприятия третьего этапа реабилитации в отдаленные сроки лечения.

Принцип своевременности применительно ко второму этапу реабилитации предполагает перевод больных из стационара в сроки, когда стабилизируется состояние больного и когда больные готовы к необходимой физической активности и самообслуживанию. Это же соответствует принципам **этапности, преемственности и непрерывности** реабилитации.

«В идеале больной должен находиться в больнице до тех пор, пока польза от этого оправдывает расходы, связанные с госпитализацией. **Срок выписки из стационара определяется единственным разумным основанием — снижением риска осложнений и смерти**» (Alpert J. S., Francis G. S., 1993).

Условия и сроки перевода на второй этап реабилитации (в кардиологический санаторий, а в настоящее время в реабилитационный центр) регламентировались руководящим документом Минздравсоцразвития РФ — Приказом № 44 от 27.01.2006 «О долечивании (реабилитации) больных в условиях санатория». Некоторое время назад этот приказ утратил силу, а адекватной замены ему нет. Но для обеспечения существующей практики все же целесообразно ориентироваться на основные методические положения этого документа. Изложенные ниже положения вполне могут рассматриваться в качестве критериев перевода пациентов на второй этап реабилитации.

Приложение № 2 к Приказу № 44:

«Долечиванию (реабилитации) в санатории подлежат больные после острого инфаркта миокарда, не имеющие медицинских противопоказаний, способные к самообслуживанию, достигшие уровня физической активности, позволяющего совершать дозированную ходьбу до 1500 м в 2—3 приема, подниматься по лестнице на 1—2 марша без существенных неприятных ощущений.

Направление больных на долечивание (реабилитацию) в санаторий допустимо при неосложненном мелкоочаговом инфаркте миокарда, протекающем без выраженной коронарной недостаточности,

и неосложненном нижнем инфаркте миокарда не ранее 15 суток от начала заболевания; при неосложненном переднем инфаркте миокарда — не ранее 18–21 суток с момента развития инфаркта».

В российских рекомендациях по диагностике и лечению больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы (ИМпST) 2007 г. вопрос о сроках перевода на второй этап реабилитации обсуждается так:

«В последние годы наблюдается тенденция к укорочению сроков пребывания в стационаре больных с ИМпST. Это обусловлено широким использованием новых, более эффективных способов лечения, в первую очередь обеспечивающих восстановление коронарного кровотока. У этих больных более благоприятное течение заболевания и лучший прогноз... Для больных с ИМпST, протекающим без осложнений, особенно после успешной реперфузионной терапии, разработаны варианты укороченного пребывания в стационаре (5–6 суток). При развитии осложнений сроки выписки определяются временем стабилизации состояния больного и в разных странах колеблются в пределах 7–14 суток. На сроки пребывания в стационаре влияют не только медицинские, но и социальные факторы. Если больной переводится из стационара в санаторий или реабилитационное отделение, сроки перевода могут быть сокращены... По мнению большинства отечественных экспертов, средние сроки пребывания в стационаре при ИМпST нижней локализации не должны превышать 12–14 суток, а при переднем ИМ — 14–16 суток».

В приложении № 3 к Приказу № 44 изложены рекомендации по медицинскому отбору больных после операций на сердце и магистральных сосудах, направляемых на долечивание (реабилитацию) в специализированные санатории:

«Долечиванию (реабилитации) в санаториях подлежат больные после операций на сердце и магистральных сосудах не ранее чем через 3–14 дней (в зависимости от вида операции) после операции, в удовлетворительном состоянии, при отсутствии послеоперационных осложнений, не нуждающиеся в перевязках, способные к самообслуживанию, при физической активности, позволяющей совершать дозированную ходьбу не менее 1500 м в 3 приема при темпе 60–70 шагов в минуту и подъем по лестнице на один этаж».

Это положение сохраняет свою актуальность и сейчас. Необходимое условие для раннего перевода в санаторий — ранняя активизация в стационаре, полноценная ЛФК в условиях стационара с должной подготовкой ко второму этапу реабилитации.

Принцип преемственности предусматривает закрепление достигнутых на предыдущем этапе результатов, наращивание физической активности, урегулирование психологического статуса и под-