

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЗА РУБЕЖОМ И В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Щербаков Д.В.

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск, e-mail: laphalist@gmail.com

Профилактическое направление здравоохранения практически во всех странах мира, в том числе в России, декларируется основополагающим принципом охраны здоровья граждан. Реабилитация включает в себя все меры, направленные на уменьшение воздействия факторов и условий, приводящих к физическим и другим нарушениям. Необходимость реабилитационного подхода особенно важна по отношению к ишемической болезни сердца (ИБС) – самой распространенной среди болезней системы кровообращения. Характеризуясь многообразием клинических форм, ИБС нередко дебютирует с самых острых и опасных, таких как инфаркт миокарда и внезапная коронарная смерть. По данным многолетних наблюдений, среди пациентов с ИБС, выявленных с помощью эпидемиологических исследований, 50 % узнало о наличии заболевания только в результате этих исследований. Исследованиями установлено, что реабилитация ИБС во многом зависит не столько от уровня организации медицинской помощи, сколько от образа и условий жизни пациента и окружающей его социальной среды, что ставит социальные мероприятия на одно из первых мест в реабилитации пациентов с этим заболеванием. В то же время сложные социально-экономические преобразования в России, приведшие значительную часть населения к крайне низкому жизненному уровню, не позволяют выдвигать широкомасштабную программу улучшения образа жизни и изменения в благоприятную сторону среды обитания.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, реабилитация, специализированная помощь.

STATUS OF REHABILITATION PATIENTS PROBLEMS WITH CARDIO-VASCULAR DISEASE ILLNESS ABROAD AND IN THE RUSSIAN FEDERATION

Shcherbakov D.V.

Omsk State Medical University, Omsk, e-mail: laphalist@gmail.com

Preventive health trend in almost all countries of the world, including in Russia, declared a fundamental principle of the protection of public health. Rehabilitation includes all measures aimed at reducing the impact of factors and conditions that lead to physical and other abuse. The need for rehabilitation approach is particularly important in relation to coronary heart disease - the most common among the diseases of the circulatory system. Characterized by a variety of clinical forms of ischemic heart disease often makes his debut with the most acute and dangerous, such as myocardial infarction and sudden cardiac death. According to long-term observations, among patients with coronary artery disease identified through epidemiological studies, 50% learned about the presence of the disease only as a result of these investigations. Research has established that the rehabilitation of coronary heart disease depends not only on the level of medical care, but also on the way and conditions of life of the patient and the surrounding social environment, which puts social event on one of the first places in the rehabilitation of patients with this disease. At the same time the complex socio-economic reforms in Russia, which led to a significant part of the population is extremely low standard of living does not allow to put forward an ambitious program to improve lifestyles and change in the favorable direction habitat.

Keywords: circulatory system diseases, rehabilitation, specialized care.

Как правило, подавляющая часть медицинских специальностей направлены на купирование острого патологического процесса или его стабилизацию; некоторые сфокусированы на концепции целостного лечения пациента, в т.ч. с учётом социальных факторов (социальной среды), жизненного пространства и ежедневной жизнедеятельности. Задача врача по реабилитации составить план лечения для пациента, на основе перечисленных параметров, в т.ч. включая приём лекарственных препаратов, занятия

лечебной физкультурой, условия социальной среды и трудоспособность (образование). Реабилитация кардиологических пациентов – это часть долгосрочной комплексной помощи лицам, страдающим болезнями сердца [1, 2, 13].

Эксперты ВОЗ выделяют три основных стратегических компонента в профилактике ИБС [4]:

- стратегию массовой профилактики для всего населения в целом, включающую просвещение населения, формирование у него установки на соблюдение принципов здорового образа жизни и создание условий для их реализации;
- стратегию высокого риска, подразумевающую выявление лиц с высоким уровнем риска развития ИБС, т.е. с наличием нескольких факторов риска, и проведение их коррекции;
- вторичную профилактику, т.е. выявление, лечение и реабилитацию пациентов с ИБС.

Не умаляя важности профилактики, диагностики и лечения пациентов с болезнями системы кровообращения (БСК), реабилитация помогает поддерживать и восстанавливать оптимальное функционирование для пациентов во многих сферах жизни, в том числе социальной, эмоциональной, медицинской и профессиональной [3, 5, 9].

Материалы и методы

Объектом исследования явились научные публикации отечественных авторов по вопросам организации специализированной реабилитационной помощи пациентам с БСК. Использовался метод – литературный обзор научных источников. Источниками информации, в том числе, послужили официальные нормативные документы, размещённые на порталах правовых систем.

Результаты и обсуждение

В 1963 г. ВОЗ создает комитет экспертов по реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми нарушениями. Тогда медицинской реабилитацией (МР) охватывали, прежде всего, лиц, перенесших острый (неосложненный) инфаркт миокарда. В докладе Комитета экспертов ВОЗ «Реабилитация больных с сердечно-сосудистыми нарушениями (специальные рекомендации для развивающихся стран; 1995)» формулируется следующая цель реабилитации: не только научить нетрудоспособных лиц, перенесших сердечно-сосудистое заболевание, адаптироваться к окружающей среде, но и вмешаться в их собственное окружение и в общество в целом, с тем, чтобы облегчить социальную интеграцию.

Кардиореабилитация (КР) – это комплекс мероприятий, воздействующих на причину, лежащую в основе заболевания, а также направленных на обеспечение наилучших из возможных физических и социальных условий для пациента, так чтобы он мог сохранить или вернуть себе, в случае утраты, наиболее приемлемое из возможных место в жизни общества (ВОЗ, 1995).

По определению Американской ассоциации сердечно-сосудистой профилактики и реабилитации (2005) КР представляет собой «скоординированное многогранное вмешательство, направленное на оптимизацию физического, психологического и социального функционирования пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, дополнительно к стабилизации, замедлению прогрессирования и даже – обратному развитию атеросклеротического процесса, и вследствие этого, снижающее заболеваемость и смертность» [7].

В Федеральном законе №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» содержится такое определение МР: «комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, сохранение восстановленных функций организма после завершения остро развившегося или обострения хронического патологического процесса в организме». По данным отечественных публикаций по проблеме КР, можно сделать вывод, что рекомендованная специалистами долгосрочная цель КР в нашей стране – выявление и устранение факторов риска, стабилизация или предотвращение прогрессирования атеросклеротического процесса, снижение заболеваемости и смертности [11, 12].

ВОЗ рекомендует, что все программы МР должны быть ориентированы на информирование пациентов, страдающих ИБС, относительно строения и функции сердца, развития атеросклероза (прогресс и регресс), изменений при инфаркте миокарда, а также особенности сердечной мышцы рубцеваться и восстанавливать свою функцию. В целом всё перечисленное требует построения системы реабилитационных мероприятий, базирующейся на трех основных принципах: 1) комплексности, которая может быть обеспечена только при мультидисциплинарном подходе; 2) преемственности на всех этапах реабилитационного процесса; 3) индивидуального характера построения реабилитационной программы.

По данным некоторых авторов значительное число пациентов с ИБС и/или АГ либо не знают, либо неправильно понимают значение основных кардиологических терминов, которые врачи используют в разговоре с пациентами и которыми насыщена научно-популярная информация [3].

Пациенты должны получить рекомендации по вопросам возобновления обычной нагрузки и активности, возвращения к работе, показаний к назначению лекарств, сексуальной активности, а также принятии надлежащих мер при проявлении новых и наблюдавшихся ранее симптомов. Изменение поведения должна поддерживать основная информация о факторах риска (ФР), отвечающая потребностям конкретного пациента (изменение рациона питания, снижение массы тела, прекращение курения, достижение

целевой физической активности и нагрузки, овладение методами купирования стрессовых ситуаций, нормализация сексуальной активности, прием лекарств).

Рекомендации по кардиореабилитации пациентов с БСК чётко сформулированы и входят в состав национальных рекомендаций большинства стран. Однако продолжается постоянная оптимизация подходов для совершенствования задач и программ кардиореабилитации [6, 8, 10].

В настоящее время МР рассматривается как важный элемент помощи, которая должна быть доступна всем пациентам с поражением сердечно-сосудистой системы. Цель реабилитации – улучшить функциональную способность, облегчить или уменьшить неоправданную инвалидизацию и дать возможность пациенту вернуться к выполнению полезной и персонально удовлетворяющей роли в обществе.

Все эти предупредительные и подготовительные мероприятия по реализации программ КР направлены на длительно существующую во всех странах мира, реализующие программы КР, проблему низкой приверженности пациентов к выполнению таких программ, приверженности к медикаментозной терапии и т.д. Очевидно, что эта проблема оказывает существенное влияние на качество собственно лечения. Мало данных о том, как эта низкая приверженность в популяции пациентов с ИБС сказывается на исходах заболевания. Неоспорим тот факт, что дальнейшее изучение этого вопроса считается весьма актуальной научной и практической проблемой.

Оценка состояния пациента, имеющая целью определить возможность его включения в программу реабилитации, требует от системы здравоохранения: 1) диагностики поражения организма, предписания соответствующего лечения и заключения относительно дальнейшего прогноза и риска; 2) идентификации адекватной программы реабилитации 3) определения состояния здоровья как основы для дальнейшего наблюдения и сравнения.

При введении программы кардиологической реабилитации необходимо обеспечить наличие следующих обязательных условий: 1) подготовленный персонал; 2) здания, сооружения, оборудование и материалы; 3) ресурсы по финансированию в рамках оказываемой медико-санитарной помощи; 4) разработанные и апробированные программы физической тренировки и санитарного просвещения пациентов.

В развитых странах мира действует три уровня организаций для реабилитации: базовые учреждения (расположены в максимальной близости к пациенту и интегрировано в районную сеть медицинских организаций); учреждения промежуточного уровня (на базе городской/центральной районной/областной больницы, располагающей общими медицинскими службами); учреждения продвинутого уровня (центр реабилитации на базе ведущего медицинского лечебно-консультативного центра). Процесс КР в большинстве

европейских государств и в США традиционно разделяют на четыре этапа, последовательно сменяющих друг друга (таблица).

Основные этапы проведения кардиореабилитации пациентам с ИБС за рубежом

Этап	Длительность	Основные задачи	Основное содержание
Первый этап	С момента обращения за медицинской помощью (госпитализации) – 3(4) дня (или до стабилизации состояния)	Информирование о состоянии, оказание медицинской и психологической поддержки	Оценка имеющихся у пациента факторов риска, информация о модификации факторов риска и здоровом образе жизни
Второй этап	От стабилизации состояния до выписки из стационара	Информирование о дальнейшем течение заболевания	Составление плана дальнейшего лечения, обследования.
Третий этап	От выписки из стационара до 6 (13) недели	Подбор физических тренировок, начало социальной реинтеграции, психосоциальное консультирование	Формальное начало реабилитационной программы, физические нагрузки и психосоциальная поддержка, консультации
Четвертый этап	С 6 (13) недели и длительно (пожизненно)	Самостоятельное выполнение программы реабилитации пациентом, периодические корректировки программы	Достижение индивидуального для каждого пациента уровня реабилитации, обследования и консультации

В отечественной клинической практике до настоящего времени не было принято выделять такие четыре этапа КР, однако базовый подход к отдельным стадиям реабилитации во многом близок к европейскому. Ещё в 80-е гг. прошлого века сложилась поэтапная система реабилитации: стационар (I этап) – санаторий (II этап) – поликлиника (III этап).

В ходе КР отечественные клиницисты нередко пишут о физической, психологической и социально-трудовой реабилитации. В ходе этих установок ими ставятся следующие задачи: 1) физическая реабилитация – восстановление до максимально возможного уровня функции сердечно-сосудистой системы и восстановление физической работоспособности пациентов (2–6 нед.); 2) психологическая реабилитация – у пациентов с ИБС нередко развивается страх перед инфарктом миокарда (повторным инфарктом), поэтому необходима психологическая реадaptация пациентов; 3) социальная реабилитация, или подготовка к самостоятельной жизни и производственной деятельности. Однако эти понятия могут быть приняты лишь условно, т.к., на наш взгляд, являются разделами общего (комплексного) процесса реабилитации.

Эксперты ВОЗ признают, что роль здравоохранения существенно возрастает при реализации стратегии высокого риска. Помимо проведения массовых профилактических обследований с целью выявления лиц с высоким риском развития ИБС здесь уже требуется специальная подготовка медицинского персонала по вопросам индивидуальной профилактики и оздоровительных мероприятий и готовность учреждений здравоохранения к их выполнению. Однако следует отметить те трудности, которые в настоящее время существуют на пути к реализации этих мероприятий. С одной стороны, высшая школа не имеет соответствующих программ по подготовке специалистов, способных вести профилактическую работу. С другой стороны, у служб здравоохранения отсутствуют механизмы заинтересованности к проведению такой работы. Известно, что эффекта даже от полностью реализованных профилактических мероприятий можно ожидать не ранее чем через 5 лет от начала их проведения [X]. В то же время в реабилитации здравоохранение ориентируется пока на конъюнктурные (нормативные) показатели улучшения здоровья.

Углубленное обследование пациентов с БСК для установления степени имеющихся повреждений и определения возможностей восстановления нарушенных функций тоже является одним из уязвимых разделов работы здравоохранения. В частности очередность для прохождения эхокардиографии, холтер-мониторирования и т.д.

На современном этапе развития медицины КР должна быть представлена цельным технологическим процессом, который обеспечивается управленческими системами на основе информатизации этого процесса. Необходимо постоянное совершенствование реабилитационного процесса в реальной практике работы регионального здравоохранения.

Заключение

Для определения характера и интенсивности медицинской реабилитации в отношении конкретного пациента крайне важно реализовать несколько задач: 1) реабилитационная помощь должна быть доступна во всех регионах всем без исключения лицам, страдающим БСК; 2) любой медицинский работник, оказывающий первичную медико-санитарную помощь, равно как и члены семей (общественность), в которых проживает пациент с БСК, должны быть осведомлены о необходимости реабилитации кардиологических пациентов; 3) предоставление надлежащих санитарно-просветительных материалов; 4) программа реабилитации пациента с БСК должна соответствовать порядку оказания медицинской помощи и стандарту медицинской помощи, причём периодически должна быть проведена переоценка программы; 5) МР кардиологических пациентов должна быть интегрирована в существующую в каждом регионе систему оказания медицинской помощи.

Эффекты МР пациентов с БСК, на наш взгляд, включают: 1) улучшение физического функционирования и состояния здоровья; 2) улучшение качества жизни и ощущение

благополучия; 3) социальную реинтеграцию; 4) возвращение к работе и продолжение её максимально возможное время; 5) предупреждение инвалидизации; 6) снижение числа случаев повторной госпитализации.

В конечном счёте, цель МР пациентов с ИБС – не только выживание или улучшение их физического, психологического или эмоционального статуса, но и улучшение качества жизни. Достижение этой цели возможно только при сочетании лечебных мероприятий с полноценным процессом реабилитации, предусматривающим восстановление физического, психологического и социального статуса до оптимально достижимого уровня, который определяется возможностями адаптационных механизмов.

Организация МР в соответствии с концепцией программы совершенствования медицинской помощи позволит обеспечить оказание медицинской помощи пациентам на качественно более высоком уровне и в перспективе получить объективную информацию об эффективности отдельных методов реабилитации и усовершенствовать алгоритм организации данного вида медицинской помощи.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научного проекта № 16-36-01028 (название проекта: Система реабилитации пациентов с болезнями системы кровообращения как фактор улучшения качества жизни).

Список литературы

1. Аронов Д.М. Кардиореабилитация больных ИБС: рецепт для России / Д.М. Аронов // Лечащий врач. – 2007. – №3. – С. 22-26.
2. Аронов Д.М. Организационные основы кардиологической реабилитации в России: современный этап / Д.М. Аронов, М.Г. Бубнова, Г.Е. Иванова // CardioСоматика. – 2012. – № 4. – С. 5-11
3. Бубнова М.Г. Как больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями понимают некоторые медицинские термины / М.Г. Бубнова, Г.Т. Холмлгорова, М.Б. Худяков, В.Б. Красницкий, Д.М. Аронов // Профилактическая медицина. – Т.19, № 2. – С. 36-42
4. Гальцева Н.В. Реабилитация в кардиологии и кардиохирургии / Н.В. Гальцева // Клиницист. – 2015. – Т.9, №2. – С. 13-22.
5. Зобенко И.А. Построение персонализированных программ кардиореабилитации / И.А. Зобенко, В.Н. Шестаков, О.Ф. Мисюра, А.В. Карпухин, А.А. Горюнова // Кардиосоматика. – 2014. – № 3-4. – С. 9-13.
6. Кардиореабилитация / под ред. Г.П. Арутюнова. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 336 с.

7. Кассирский Г.И. Реабилитация больных после хирургического лечения врожденных пороков сердца. / Г.И. Кассирский, Л.М. Зотова. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2007. – 136 с.
8. Крючкова О.Н. Современные направления реабилитации и вторичной профилактики, используемые после перенесенного инфаркта миокарда / О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова, Ю.А. Лутай, Э.Ю. Турна // Крымский терапевтический журнал. – 2015. – № 1. – С. 25-29.
9. Куимов А.Д. Кардиореабилитация: новый взгляд на старые проблемы / А.Д. Куимов, И.В. Москаленко // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – № 1 (85). – С. 5-11.
10. Ниебауэр Дж. Кардиореабилитация: практическое руководство // Логосфера. – 2012. – 328 с.
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ N 1705н от 29 декабря 2012 г. «О порядке организации медицинской реабилитации» [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_143130.
12. Приказ Министерства здравоохранения РФ N 918н от 15.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70199174>.
13. Сохошко И.А., Новокщенова И.Е., Турчанинов Д.В. Обоснование приоритетных показателей социально-гигиенического мониторинга в Ханты-Мансийском автономном округе // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 1. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=8438> (дата обращения: 14.08.2016).