
Редакционная статья

УДК 616.1+616-08-035

ФИЗИЧЕСКАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ПОЗИЦИЯ, ОСНОВАННАЯ НА ПРИНЦИПАХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

И. Е. Мишина¹, доктор медицинских наук,
О. А. Назарова^{1*}, доктор медицинских наук

¹ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8.

РЕЗЮМЕ Приводятся основные позиции консенсуса Европейского общества по физической и реабилитационной медицине, касающиеся вопросов оказания реабилитационной помощи пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: кардиореабилитация, заболевания сердечно-сосудистой системы, пациенты.

*Ответственный за переписку (corresponding author): oanazarova@mail.ru

В августе 2018 г. в журнале «European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine» был опубликовано согласованное мнение специалистов Секции физической и реабилитационной медицины Европейского союза медицинских специалистов (Physical and Rehabilitation Medicine Section of European Union of Medical Specialists – UEMS-PRM) по вопросу реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [9]. Целью данного документа явилось внедрение в практику современных подходов к кардиореабилитации (КР), а также закрепление профессиональной роли врача физической и реабилитационной медицины (ФРМ). Опубликованный документ, с одной стороны, основывается на систематическом анализе имеющихся на настоящий момент сведений по данной проблеме, полученных в соответствии с принципами доказательной медицины, а с другой – представляет собой согласованное мнение представителей всех европейских стран, входящих в UEMS-PRM, по разным аспектам КР. Процедура согласования мнений указанных специалистов проводилась с помощью методологии Delphi, сутью которой является обобщение мнений ряда независимых, не связанных друг с другом экспертов по исследуемой проблеме, а затем приведение этих позиций к единому знаменателю с помощью исследователей-аналитиков.

Результаты столь скрупулезной работы в области КР изложены в виде 30 рекомендаций по ведению больных с сердечно-сосудистой патологией с указанием степени достоверности и убедительности полученных доказательств. При изложении этих рекомендаций мы старались сохранить их стиль, последова-

тельность и нюансы, а также сведения о надежности (доказанности) отдельных положений.

Итак, интересующий нас документ состоит из следующих последовательно излагаемых разделов: роль врачей ФРМ в диагностике нарушений функционирования пациента в соответствии с Международной классификацией функционирования (МКФ); организация, управление, цели и стратегии, а также продолжительность и интенсивность мероприятий ФРМ; критерии эффективности КР, перспективы будущих исследований в области ФРМ.

Данный консенсус имеет особое значение для российской медицинской общественности, поскольку среди отечественных специалистов до сих пор продолжается дискуссия о целесообразности, организации, технологиях и оценке результативности реабилитации кардиологических больных в практике. В этой связи стоит указать на тот факт, что обсуждаемый документ постулирует основные подходы к КР, которые являются обязательными и для российских специалистов.

Цель данной публикации – изложение принципиальных позиций ФРМ в области реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 03.09.2018 № 572н утвержден профессиональный стандарт «Специалист по медицинской реабилитации». Название специальности в нашей стране является аналогом европейского термина «врач ФРМ». В настоящее время данная специальность внесена в проект перечня специальностей и должностей в РФ.

Сегодня уже не подвергается сомнению тот факт, что реабилитация пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями проводится с обязательным участием врачей ФРМ. Одной из принципиальных и наиболее важных позиций консенсуса является закрепление роли врача ФРМ в процессе КР. Действуя в составе мультидисциплинарной бригады, данный специалист не только разрабатывает программы КР, но и всячески, в рамках своей специальности, способствует реализации их в полном объеме. Реабилитационные программы, в частности физическая реабилитация, проводятся совместно врачами ФРМ, кардиологами и/или другими медицинскими специалистами, (внимание!) прошедшими подготовку по КР. В отличие от других членов мультидисциплинарной бригады, врач ФРМ преследует еще и дополнительную цель, которая заключается в накоплении и обобщении опыта реабилитации больных кардиологического профиля. Кроме того, на плечи врача ФРМ возлагается обязанность принимать меры по вовлечению пациентов в процессы КР (информационная, разъяснительная, популяризирующая, мотивирующая или другая работа), прежде всего физической реабилитации (класс доказательности IV; класс рекомендаций A). Как следует из приведенных положений, участие врача ФРМ является не только обязательным, но и крайне важным условием эффективной КР.

Особенностью диагностического процесса в КР является необходимость учета не только кардиологического диагноза (который, конечно же, является основным пунктом в реабилитационном диагнозе), но и необходимость более полной оценки состояния больного в соответствии с МКФ. Роль специалиста ФРМ в этом процессе переоценить невозможно. Он проводит клиническую, психологическую (эмоциональный фон, тип личности) и социальную (состояние социальных функций, наличие социальной изоляции) оценку состояния пациента, которая важна не только с точки зрения полного учета всех составляющих здоровья, но и для прогнозирования приверженности больного к выполнению рекомендаций по КР, выявления факторов, способных отрицательно повлиять на неё (IV; A). При обследовании лиц пожилого возраста с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы рекомендуется учитывать ещё и наличие специфических гериатрических состояний: мышечной слабости, саркопении, хрупкости и др., которые могут потребовать участия в КР других специалистов и соответствующих корректирующих вмешательств (IV; A). Особое внимание традиционно уделяется выявлению таких неблагоприятных состояний, как ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет, дефицит питания, курение, сидячий образ жизни (IV; A).

В то же время врачи ФРМ должны сосредоточиться на диагностике нарушений функционирования организма, что имеет первостепенное значение для определения индивидуальных целей КР (IV; A). В обсуждаемом документе особо подчеркивается необходимость использования в этих целях МКФ [2] для оценки функциональных возможностей и диагностики проблем пациента, связанных со здоровьем (IV; B). МКФ оценивает возможности человека в терминах «функционирование, активность и участие», не совсем привычных для кардиолога. В контексте МКФ под «функционированием» пациента понимается не только совокупность процессов поддержания биологической жизни и её проявлений (например, сердечная недостаточность), но и внутренняя и внешняя активность человека в конкретных социально-психологических, социальных, экономических и других условиях (например, пациент проживает в неблагоприятных бытовых условиях, вне семьи и на данный момент не способен себя обслуживать в связи с последствиями болезни). Таким образом, понятие функционирования объединяет структуру (изменения в органах и системах) и её функцию, а также ограничения деятельности, обусловленные нарушением данной структуры. Иногда используют более узкое понятие – «жизненное функционирование», которое является синонимом терминов «жизнедеятельность человека», «повседневная активность» и является, возможно, более понятным [1–3, 8].

Кроме функционирования, с помощью МКФ оценивается активность и участие (равно – деятельность) пациента. Активность определяется как выполнение пациентом определенной задачи или действия, участие – вовлечение пациента в жизненную ситуацию, его участие в жизни общества, в непосредственной связи с другими людьми [1–3].

При обследовании кардиологического пациента в связи с проведением КР необходимо выявление ограничений функционирования, активности и участия, поскольку целью КР, как и реабилитации больного другого профиля, является ликвидация (уменьшение) этих ограничений, если они связаны с заболеванием или его последствиями. Другими словами, цель КР – не ликвидировать сам инфаркт миокарда или проявления гипертонической болезни (это цель медикаментозной терапии), а уменьшить те ограничения в жизнедеятельности пациента, которые возникли вследствие этих заболеваний.

С помощью МКФ врач ФРМ может оценить и запропорционировать в диагнозе значимые для КР бытовые факторы (питание, устроенность жизни/быта, участие семьи, личная гигиена), а также возможность привлечения к КР медицинских работников и других специалистов, наличие поддержки семьи и близких, значимость для пациента перспективы профессиональной деятельности. Отдельно делается акцент на важности

учета врачом ФРМ реальной практики КР в регионе: качество и организация программ, использование информационных технологий для целей КР, способы повышения мотивации и приверженности больных, которым необходима КР (IV; B). Все эти факторы могут как способствовать, так и противодействовать осуществлению эффективной КР на практике.

Рекомендуется использовать как полные версии МКФ (например, при осуществлении КР у больных с хронической ишемической болезнью сердца), так и её краткие варианты (например, для пациентов с легочно-сердечной недостаточностью, в ситуации острого инфаркта миокарда, подострого периода и др.) (IV; A).

Перечень показаний для КР общеизвестен. Абсолютными показаниями к проведению КР, включая физическую реабилитацию, являются: ишемическая болезнь сердца, шунтирование коронарных артерий, хирургическая коррекция патологии клапанов сердца, хроническая сердечная недостаточность. Кроме того, на сегодняшний день имеются доказательства о пользе физической реабилитации при некоторых других заболеваниях, таких как артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий, искусственный водитель ритма, перемежающаяся хромота, трансплантация сердца (IV; A). КР назначается пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями для улучшения функционирования сердечно-сосудистой системы и переносимости физических нагрузок, коррекции факторов риска, вторичной профилактики, уменьшения ограничений активности и участия, улучшения качества жизни, снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, а также уменьшения расходов на лечение (IV; A).

Рекомендуется начинать физическую реабилитацию как можно раньше, после постановки диагноза или выполнения врачебной процедуры (например, операции) с учетом особенностей состояния здоровья пациента и его предпочтений (IV; A). Программы ФРМ должны проводиться в отделениях интенсивной терапии, в специализированных кардиореабилитационных центрах, дома или в сообществах пациентов; с использованием информационных и коммуникационных технологий в форме телемедицины (IV; B). Программы ФРМ разрабатываются для конкретного пациента с учетом состояния его здоровья, потребностей и результатов стратификации сердечно-сосудистого риска (IV; A).

Проведение физической реабилитации, в частности назначение индивидуализированных физических тренировок (ФТ), проводится врачом ФРМ совместно с кардиологами и/или другими специалистами после тщательного анализа состояния здоровья пациента с учетом стратификации рисков и оценки безопасности тренировок (IV; A). При проведении ФТ врач ФРМ

руководствуется соответствующими рекомендациями профессиональных сообществ (или другими аналогичными документами) (IV; A), а также другими местными руководящими принципами, принятыми в конкретных странах (IV; A). При проведении КР больных с артериальной гипертензией врачам ФРМ предписано придерживаться соответствующих рекомендаций (IV; A) [4, 6, 7, 10].

Очень важная функция врача ФРМ заключается в мотивировании пациентов начать ФТ, продолжать их в дальнейшем, в т. ч. и в амбулаторных условиях (IV; A). Рассматривается возможность использования телемедицинских технологий врачами ФРМ при проведении КР (IV; B). Специалисты ФРМ должны участвовать в обучении больного навыкам самоконтроля для коррекции факторов сердечно-сосудистого риска и повышения эффективности реабилитации (IV; A). Программа КР при необходимости также должна включать психотерапевтические вмешательства, осуществляемые клиническими психологами и/или социальными работниками для улучшения эмоционального настроя и/или социальной поддержки (IV; B).

Эффективность КР оценивается врачами ФРМ с учетом функциональных нарушений у конкретного пациента, ограничений его активности и участия (IV; A). Для определения эффективности КР рекомендуется оценивать следующие параметры:

- толерантность к физической нагрузке на основании результатов рекомендованных тестов: кардиопульмонального теста, теста с шестиминутной ходьбой или др.;
- модификация факторов риска развития ишемической болезни сердца;
- качество жизни, связанное с состоянием здоровья;
- повторение сердечных событий;
- частота повторных госпитализаций;
- продолжительность пребывания на больничном листе;
- выживаемость пациентов с сердечной недостаточностью;
- уровень артериального давления для больных с артериальной гипертензией;
- гемодинамические параметры (фракция выброса) у лиц с сердечной недостаточностью (IV; A).

Могут быть использованы и другие дополнительные показатели, такие как выраженность депрессивных симптомов или беспокойства, антропометрические показатели (индекс массы тела, мышечная сила, объем жировых отложений), повседневная активность, возврат к профессиональной деятельности или восстановление независимости в повседневной жизни

(особенно у пациентов с сердечной недостаточностью), контроль сердечного ритма у больных с фибрилляцией предсердий, гликемический контроль у лиц с сахарным диабетом (IV; A).

Длительность и интенсивность программ КР определяется врачом ФРМ в соответствии с рекомендациями профессиональных сообществ по данному вопросу с обязательным учетом состояния здоровья и потребностей конкретного пациента (IV; A). Самим же больным рекомендуется на протяжении всей жизни внимательно следить за признаками прогрессирования нарушений функций организма, ограничениями активности и участия, а также соблюдать требования программ КР, включая ФТ и физическую активность, а также следование принципам здорового образа жизни (IV; B).

В заключении согласительного документа подчеркивается необходимость и важность проведения научного поиска в области управления и совершенствования организации КР с привлечением врачей ФРМ для развития данного направления (IV; A). Желательно участие этих специалистов в исследованиях эффективности отдельных компонентов КР (например, изменения образа жизни, самоконтроля, физических упражнений, психологических вмешательств) (IV; B).

Знакомство с основными положениями данного документа и их освоение послужит более широкому внедрению основных принципов ФРМ в практику реабилитации кардиологических больных в нашей стране.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базовые принципы медицинской реабилитации, реабилитационный диагноз в категориях МКФ и реабилитационный план / А. А. Шмонин, М. Н. Мальцева, Е. В. Мельникова, Г. Е. Иванова // *Вестн. восстановительной медицины*. – 2017. – № 2 (78). – С. 16–22.
2. Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов / Е. В. Мельникова [и др.] // *Вестн. восстановительной медицины*. – 2017. – № 6 (82). – С. 7–20 с.
3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия) / под ред. Г. Д. Шостка, М. В. Коробова, А. В. Шаброва. – СПб.: СПбИУВЭК, 2003. – 342 с.
4. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) / G. Mancia [et al.] // *Eur. Heart. J.* – 2013. – Vol. 34. – P. 2159–2219.
5. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8) / P. A. James [et al.] // *JAMA*. – 2014. – Vol. 311. – P. 502–507.
6. American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Epidemiology and Prevention, and Council on Nutrition, Physical Activity. Beyond medications and diet: alternative approaches to lowering blood pressure: a scientific statement from the American Heart Association / R. D. Brook [et al.] // *Hypertension*. – 2013. – Vol. 61. – P. 1360–1383.
7. Canadian Hypertension Education Program. The 2014 Canadian Hypertension Education Program recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension / K. Dasgupta [et al.] // *Can. J. Cardiol.* – 2014. – Vol. 30. – P. 485–501.
8. Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. October 2013 [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2013. – 127 p. – URL: <https://convention.enbek.gov.kz/sites/default/files/MKF.pdf>.
9. Evidence Based Position Paper on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) professional practice for people with cardiovascular conditions. The European PRM position (UEMSPRM Section) / A. Juocevicius [et al.] // *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* – 2018. – Aug; 54(4). – P. 634–643.
10. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF. – Geneva : WHO, 2001. – P. 3–29.

PHYSICAL AND REHABILITATIVE MEDICINE FOR PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY: THE POSITION WHICH IS BASED ON EVIDENCE-BASED MEDICINE PRINCIPLES

I. E. Mishina, O. A. Nazarova

ABSTRACT The consensus general positions of European society for physical and rehabilitative medicine are adduced; these opinions concern some problems of rehabilitative aid rendering to patients with cardiovascular system diseases.

Key words: cardiorehabilitation, cardiovascular system diseases, patients.