

Организация кардиореабилитации в России. Результаты Пилотного проекта «Развитие системы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации»

М.Г.Бубнова¹, Д.М.Аронов¹, С.А.Бойцов¹, Г.Е.Иванова², А.Г.Андреев³, О.Л.Барбараш⁴, В.В.Белова⁵, В.Н.Белов⁶, Б.В.Борисов⁷, Е.В.Иванов⁸, И.М.Карамова⁹, А.В.Карпухин¹⁰, В.Б.Красницкий¹, Е.С.Кылбанова¹¹, П.А.Лебедев¹², Е.А.Лисняк¹³, Н.П.Лямина¹⁴, Т.Н.Мизурова¹⁵, О.Ф.Мисюра¹⁰, И.Е.Мишина⁵, О.В.Мищенко¹⁶, С.Ю.Никулина¹⁷, Н.И.Остроушко¹⁸, С.А.Помешкина⁴, А.С.Сидоров¹⁹, А.А.Сприкут²⁰, И.С.Сухинина⁸, А.Г.Ткачева²⁰, С.А.Устюгов²¹, Г.А.Чумакова²² от имени участников Пилотного проекта*

¹ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России. 101990, Россия, Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3;

²ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова Минздрава России. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1;

³ОБУЗ Городская клиническая больница №3. 153008, Россия, Иваново, ул. Постышева, д. 57/3;

⁴ФГБНУ НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний. 650002, Россия, Кемерово, Сосновый б-р, д. 6;

⁵ФГБОУ ВО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России. 153462, Россия, Иваново, Шереметевский пр., д. 8;

⁶БУЗ ВО Воронежская городская клиническая больница №3. 394030, Россия, Воронеж, ул. Плехановская, д. 66;

⁷ГБУ РС(Я) Республиканская больница №2 – Центр экстренной медицинской помощи. 677000, Россия, Якутск, ул. Петра Алексеева, д. 83а;

⁸ФГБУ Санаторий им. Горького Минздрава России. 141142, Россия, Щелковский р-н, пос. «Юность»;

⁹ГБУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи. 450106, Россия, Уфа, ул. Батырская, д. 39/2;

¹⁰ЗАО Санаторий «Черная речка». 197729, Россия, Санкт-Петербург, пос. Молодежное, Приморское ш., д. 648;

¹¹ФГАОУ ФО Северо-Восточный федеральный университет им. М.К.Аммосова. 677000, Россия, Якутск, ул. Белинского, д. 58;

¹²ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России. 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89;

¹³КГБУЗ Красноярская межрайонная клиническая больница №20 им. И.С.Берзона. 660123, Россия, Красноярск, ул. Инструментальная, д. 12;

¹⁴НИИ кардиологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского Минздрава России. 410012, Россия, Саратов, ул. Большая Казачья, д. 112;

¹⁵БУ Республиканский кардиологический диспансер Минздрава Чувашии. 480020, Россия, Чебоксары, ул. Федора Гладкова, д. 29А;

¹⁶ГБУЗ Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина. 443095, Россия, Самара, ул. Ташкентская, д. 159;

¹⁷ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России. 660022, Россия, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1;

¹⁸Департамент здравоохранения Воронежской области. 394036, Россия, Воронеж, ул. Никитская, д. 5;

¹⁹ГБУЗ РС(Я) Республиканская больница №3. 677027, Россия, Якутск, ул. Горького, д. 94;

²⁰МБУЗ Городская клиническая больница №2. 454080, Россия, Челябинск, пр-т Ленина, д. 82;

²¹КГБУЗ Краевая клиническая больница. 660022, Россия, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3а;

²²ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России. 656038, Россия, Барнаул, пр-т. Ленина, д. 40

Цель. В рамках Пилотного проекта организовать или провести усовершенствование работы уже имеющихся структурных подразделений в конкретных лечебных учреждениях (ЛУ) России с целью оказания реабилитационной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на трех этапах в рамках действующего «Порядка оказания медицин-

*Участники Пилотного проекта: Е.В.Ломтева, Л.А.Старкова, Т.В.Штырова (Барнаул); Ю.В.Довгалоук, Д.С.Суханова (Иваново); А.А.Чернова (Красноярск); Е.М.Родзинская (Москва); П.В.Александров, А.А.Горюнова, И.А.Зобенко, Н.Б.Перепеч, В.Н.Шестаков (Санкт-Петербург); Э.С.Карпова, Е.В.Котельникова (Саратов); Э.РАбдюкова, Н.Р.Газизова, К.С.Петрушкин (Уфа); А.В.Карпова (Чебоксары); Д.Л.Ильиных, Н.Н.Карауловская (Челябинск); В.Н.Никаноров (Якутск).

ской помощи больным по медицинской реабилитации», внедрить в практику этих подразделений апробированные научно обоснованные подходы, формы и методы кардиореабилитации и попытаться создать определенный алгоритм маршрутизации больных.

Материал и методы. В Пилотный проект вошли 17 ЛУ из 13 субъектов Российской Федерации. Для анализа эффективности организационных моделей кардиореабилитации в ЛУ были разработаны единые специальные карты, позволяющие оценивать соответствие Порядку по медицинской реабилитации предоставляемой реабилитационной помощи кардиологическим больным, мультидисциплинарной команды, задействованной в оказании реабилитационной помощи, штатного расписания и оснащения ЛУ. Специальные карты состояли из трех разделов, каждый из которых позволял оценить эффективность работы на каждом из трех этапов кардиореабилитации:

I этап – блок реанимации и интенсивной терапии (БРИТ) и специализированное кардиологическое отделение;

II этап – стационарное кардиореабилитационное отделение;

III этап – поликлиническое отделение кардиореабилитации.

В статье представлены результаты трехлетнего анализа с января 2013 г. по декабрь 2015 г.

Результаты. В рамках Пилотного проекта была организована кардиореабилитационная помощь I этапа в 10 ЛУ, II этапа – в 10 ЛУ и III этапа – в 7 ЛУ. К 2015 г. практически во всех ЛУ для оказания кардиореабилитационной помощи были сформированы мультидисциплинарные команды, состоящие из кардиолога, кардиолога-реабилитолога, врача лечебной физической культуры (ЛФК), инструктора-методиста ЛФК, психотерапевта, клинического психолога, физиотерапевта. Были предоставлены и оборудованы залы для занятий ЛФК, зал для проведения образовательных школ. Начало реабилитационного процесса с БРИТ позволило сократить пребывание больного на койке на 0,7 дня (с 2013 по 2015 г.) и на 1 день в кардиологическом отделении. В среднем 67% пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) стали переходить на II этап кардиореабилитации, в рамках которого они стали активнее вовлекаться в программу физической реабилитации, основу которой составляли классическая ЛФК, дозированная ходьба в помещении, физические тренировки на тренажерах. Во всех ЛУ были организованы образовательные школы для больных, активно проводились разъяснительные беседы с родственниками. Особые сложности в рамках проекта вызвала организация III этапа кардиореабилитации. В настоящее время проект продолжается.

Заключение. Проведенный анализ организации трехэтапной системы кардиореабилитационной помощи больным с ОИМ с учетом использования штатного расписания, оборудования и методологии, согласно действующему нормативному законодательству, показал существенное увеличение реабилитационной активности созданных мультидисциплинарных бригад на всех трех этапах кардиореабилитации, повышение количества применяемых методик реабилитации и улучшение качества их выполнения, а также продемонстрировал безопасность предлагаемых принципов физической реабилитации, согласно Российским клиническим рекомендациям «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика», в рамках предлагаемых организационных моделей кардиореабилитации.

Ключевые слова: кардиологическая реабилитация, острый инфаркт миокарда, организация, физические тренировки, этапы реабилитации.

✉mbubnova@gnicpm.ru

Для цитирования: Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Бойцов С.А. и др. Организация кардиореабилитации в России. Результаты Пилотного проекта «Развитие системы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации». КардиоСоматика. 2016; 7 (3): 72–81.

Cardiorehabilitation organization in Russia. The results of the pilot project "Development of the system of rehabilitation of patients with cardiovascular diseases in medical institutions of the Russian Federation"

M.G.Bubnova^{✉1}, D.M.Aronov¹, S.A.Boytssov¹, G.E.Ivanova², A.G.Andreev³, O.L.Barbarash⁴, V.V.Belova⁵, V.N.Belov⁶, B.V.Borisov⁷, E.V.Ivanov⁸, I.M.Karamova⁹, A.V.Karpukhin¹⁰, V.B.Krasnitskiy¹, E.S.Kylbanova¹¹, P.A.Lebedev¹², E.A.Lisnyak¹³, N.P.Lyamina¹⁴, T.N.Mizurova¹⁵, O.F.Misyura¹⁰, I.E.Mishina⁵, O.V.Mishchenko¹⁶, S.Yu.Nikulina¹⁷, N.I.Ostroushko¹⁸, S.A.Pomeshkina⁴, A.S.Sidorov¹⁹, A.A.Sprikut²⁰, I.S.Sukhinina⁸, A.G.Tkacheva²⁰, S.A.Ustyugov²¹, G.A.Chumakova²² from the participants of the pilot project*

¹State Research Centre for Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation. 101990, Russian Federation, Moscow, Petroverigskii per., d. 10, str. 3;

²N.I.Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 117997, Russian Federation, Moscow, ul. Ostrovitianova, d. 1;

³City Clinical Hospital №3. 153008, Russian Federation, Ivanovo, ul. Postysheva, d. 57/3;

⁴Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases. 650002, Russian Federation, Kemerovo, Sosnovyi b-l., d. 6;

⁵Ivanovo State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation. 153462, Russian Federation, Ivanovo, pr. Sheremetevskii, d. 8;

⁶Voronezh City Clinical Hospital №3. 394030, Russian Federation, Voronezh, ul. Plekhanovskaia, d. 66;

⁷Republic hospital №2 – Center of emergency medical aid. 677000, Russian Federation, Yakutsk, ul. Petra Alekseeva, d. 83a;

⁸Gorky Sanatorium of the Ministry of Health of the Russian Federation. 141142, Russian Federation, Moscow region, Shchelkovskii r-n, pos. "Iunost";

⁹The emergency hospital. 450106, Russian Federation, Ufa, ul. Batyrskaya, d. 39/2;

¹⁰Sanatorium «Chernaya rechka». 197729, Russian Federation, Saint Petersburg, pos. Molodezhnoe, Primorskoe sh., d. 648;

¹¹M.K.Ammosov North-Eastern Federal University. 677000, Russian Federation, Yakutsk, ul. Belinskogo, d. 58;

¹²Samara State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 443099, Russian Federation, Samara, ul. Chapaevskaya, d. 89;

- ¹³Berzon 20th Krasnoyarsk interregional clinical hospital. 660123, Russian Federation, Krasnoyarsk, ul. Instrumental'naya, d. 12;
¹⁴V.I.Razumovskiy Saratov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 410012, Russian Federation, Saratov, ul. Bol'shaia Kazach'ia, d. 112;
¹⁵Republican Cardiology Dispensary of the Ministry of Health of Chuvashia. 480020, Russian Federation, Cheboksary, ul. Fedora Gladkova, d. 29A;
¹⁶V.D.Seredavin Samara Regional Clinical Hospital. 443095, Russian Federation, Samara, ul. Tashkentskaya, d. 159;
¹⁷Prof. V.F.Voino-Yasenetski Krasnoyarsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 660022, Russian Federation, Krasnoyarsk, ul. Partizana Zhelezniaka, d. 1;
¹⁸The Department of Health of the Voronezh Region. 394036, Russian Federation, Voronezh, ul. Nikitskaya, d. 5;
¹⁹Republican Hospital №3. 677027, Russian Federation, Yakutsk, ul. Gor'kogo, d. 94;
²⁰City Clinical Hospital №2. 454080, Russian Federation, Chelyabinsk, pr. Lenina, d. 82;
²¹Regional Clinical Hospital. 660022, Russian Federation, Krasnoyarsk, ul. Partizana Zhelezniaka, d. 3a;
²²Altai State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 656038, Russian Federation, Barnaul, pr-t. Lenina, d. 40

Goal. The pilot project to organize or conduct performance improvement of existing structural units in specific hospitals (LU) Russia to provide rehabilitative care for patients with cardiovascular diseases in three stages under the current "Procedure for the provision of medical care for patients in medical rehabilitation", to introduce in practice these units tested scientifically sound approaches, forms and methods of cardio-rehabilitation, and try to create some patients routing algorithm.

Material and methods. The pilot project includes 17 of the medical institutions of 13 regions of Russian Federation. Single special cards that allow to evaluate the appropriate order on the medical rehabilitation provided rehabilitation assistance to cardiac patients, a multidisciplinary team involved in the provision of rehabilitation assistance, staffing and equipping MI To analyze the effectiveness of organizational models in cardiorehabilitation MI have been developed. Special cards consisted of three sections, each of which allows you to evaluate the effectiveness of each of the three stages cardiorehabilitation:

Stage I – unit intensive care unit (BRIT), and a specialized cardiology department;

Stage II – stationary cardiorehabilitation department;

Stage III – patient department cardiorehabilitation.

The article presents the results of a three-year analysis from January 2013 to December 2015.

Results. The pilot project was organized with the cardiorehabilitation help stage I in 10 DR, II stage – a 10-LU and Phase III – 7 DR. By 2015, almost all of Latvia to provide assistance in cardiorehabilitation area, multidisciplinary teams consisting of a cardiologist, cardiologist, rehabilitator, medical physical culture (physical therapy) specialist, physical therapy instructor-methodologist, psychotherapist, clinical psychologist, physiotherapist were formed. They were provided and equipped with facilities to practice physical therapy, room for educational schools. Home rehabilitation process BRIT has reduced the patient's stay in the bed of 0.7 days (2013 to 2015) and for 1 day in the cardiology department. On average, 67% of patients with acute myocardial infarction (AMI) were translated into Phase II cardiorehabilitation in which they have become actively involved in the physical rehabilitation program, which is based on a classic exercise therapy, dosage walking in the room, physical training on simulators. Each MI educational schools were organized for patients actively pursued discussions with the relatives. Special complexity of the project has caused the organization phase III cardiorehabilitation. The project is currently ongoing.

Conclusion. The analysis of the organization of a three-stage kardioreabilitatsionnoy care system with AMI patients considering the use of staffing, equipment and methodology, according to the current normative law, showed a significant increase in recreational activities created by multidisciplinary teams in all three stages of cardio-rehabilitation, increasing the number of used rehabilitation methods and improve the quality of their performance, as well as demonstrated safety of the proposed principles of physical rehabilitation, according to Russian clinical guidelines "Acute myocardial infarction with ST-segment elevation ECG: rehabilitation and secondary prevention", in the framework of the proposed organizational models cardiorehabilitation.

Key words: cardiac rehabilitation, acute myocardial infarction, organization, physical training, rehabilitation stages.

✉ mbubnova@gnicpm.ru

For citation: Bubnova M.G., Aronov D.M., Boytsov S.A. et al. Cardiorehabilitation organization in Russia. The results of the pilot project "Development of the system of rehabilitation of patients with cardiovascular diseases in medical institutions of the Russian Federation". *Cardiosomatics*. 2016; 7 (3): 72–81.

Государственной думой 1 ноября 2011 г. был принят Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», одобренный 9 ноября 2011 г. Советом Федерации. Статья 40 этого закона, посвященная медицинской реабилитации, определяет ее 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 или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество».

Минздравом России был утвержден новый «Порядок организации медицинской реабилитации» №1705н от 29 декабря 2012 г., согласно которому медицинская (в том числе кардиологическая) реабилитация осуществляется в соответствии с принципами обоснованности, этапности, непрерывности, мультидисциплинарности, преемственности реабилитационных мероприятий между медицинскими организациями и ориентированности на четко сформулированную цель проведения реабилитационных мероприятий.

Кардиологическая реабилитационная помощь оказывается в плановом порядке в рамках первичной медико-санитарной и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи: в стационаре, дневном стационаре, поликлинике, вне лечебного учреждения – ЛУ (на дому) путем вызова специалиста (мультидисциплинарной бригады) реабилитационного отделения медицинской организации, оказывающей помощь по медицинской

реабилитации. В зависимости от тяжести состояния пациента кардиореабилитационная помощь осуществляется в 3 этапа [1]:

- **I этап – стационарный**, начинается с блока реанимации и интенсивной терапии (БРИТ) и продолжается после перевода больного в обычную палату кардиологического отделения больницы или сосудистого центра.
- **II этап – стационарный реабилитационный**, проводится в стационарном кардиореабилитационном отделении специализированного Центра кардиологической реабилитации или мультидисциплинарного Центра медицинской реабилитации.
- **III этап – поликлинический реабилитационный**, выполняется в диспансерно-поликлиническом отделе специализированного Центра кардиологической реабилитации или мультидисциплинарного Центра медицинской реабилитации.

Кардиологическая реабилитация (КР) показана пациентам с перспективой восстановления функций, подтвержденной результатами обследования, и имеющим высокий, средний или низкий реабилитационный потенциал. Больные с крайне низким реабилитационным потенциалом в основном нуждаются в симптоматическом медикаментозном лечении, поддерживающем жизнь, и пребывании на постоянном полупостельном/постельном режиме, в том числе в специальных лечебных заведениях для бесперспективных пациентов. Критерии оценки реабилитационного потенциала имеют значение для подбора больному оптимального объема реабилитационной помощи на каждом этапе реабилитации и перевода его с одного этапа на другой. При определении реабилитационного потенциала следует учитывать степень мотивированности пациента к предстоящему реабилитационному лечению.

КР выполняется на любом сроке заболевания при стабильном клиническом состоянии больного, отсутствии противопоказаний к применению отдельных реабилитационных методов и на основании четко определенной реабилитационной цели. КР включает в себя комплекс мероприятий [1]:

- обучение пациентов в «Школе для больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ), и/или чрескожные вмешательства (ЧКВ), и/или хирургические операции на сосудах сердца (коронарное шунтирование – КШ) и их родственников» с целью информирования их о благоприятном влиянии изменений образа жизни и модификации факторов риска (ФР) на течение заболевания и долгосрочную выживаемость;
- вовлечение пациентов в разные программы физической реабилитации с применением длительных физических тренировок (ФТ) в условиях ЛУ (контролируемых ФТ) и дома (неконтролируемые «домашние» ФТ);
- помощь в психологической адаптации к наличию хронического заболевания, а также повышение мотивации пациентов к участию в реабилитационно-профилактических программах, в том числе с помощью специалистов по психическому здоровью (психологов, психотерапевтов);
- применение эффективной и основанной на доказательствах лекарственной терапии.

КР осуществляется специалистами мультидисциплинарной бригады, в составе которой врач анестезиолог-реаниматолог, кардиолог, интервенционный кардиолог, кардиохирург, врачи отделения кардио-

реабилитации, отделения (кабинета) физиотерапии и отделения лечебной физической физкультуры (ЛФК), инструкторы/методисты ЛФК, диетологи, клинические психологи, психотерапевты, врачи функциональной диагностики, медицинские сестры, социальные работники и др. Ведущая роль в этой мультидисциплинарной команде принадлежит сертифицированному по реабилитации кардиологу-реабилитологу. Мультидисциплинарный подход обеспечивает принятие сбалансированных решений и ведение больного на многопрофильной основе.

После принятия законодательных актов на повестку дня вышла проблема внедрения новой поэтапной системы медицинской реабилитации в клиническую практику. Для ее успешного решения в области кардиологической реабилитации необходимо: создать сами организационные структуры, оборудовать их современной реабилитационной медицинской техникой, подготовить медицинские кадры, в том числе по моделям новых медицинских (например, врач по физической и реабилитационной медицине) и педагогических специальностей, определить маршрутизацию кардиологического пациента в рамках структурных подразделений разных медицинских организаций или в составе одного ЛУ, обеспечить качество оказываемой реабилитационной помощи (в соответствии с клиническими рекомендациями, принятыми профессиональными сообществами, и используемым регламентированным инструментом анализа данных клинического, лабораторного и инструментального исследований по профилю кардиология и КР в соответствии с требованиями Международной классификации болезней 10-го пересмотра и Международной классификации функционирования).

В начале 2013 г. ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России в рамках Государственного задания Минздрава России был инициирован первый Пилотный проект «Развитие системы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации».

Целями Пилотного проекта явились организация или совершенствование работы уже имеющихся структурных подразделений в конкретных ЛУ России для оказания реабилитационной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на трех этапах в рамках действующего «Порядка оказания медицинской помощи больным по медицинской реабилитации» Минздрава России №1705н от 29 декабря 2012 г., внедрение в практику этих подразделений научно обоснованных подходов, форм и методов кардиореабилитации с попыткой создания определенного алгоритма маршрутизации больных.

Материал и методы

В Пилотный проект вошли 17 ЛУ из 13 субъектов Российской Федерации: КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» (Барнаул); БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница №3»; клиника ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, ОБУЗ «Городская клиническая больница №3» (Иваново); МБУЗ «Кемеровский кардиологический центр»; КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №20 им. И.С.Берзона», КГБУЗ «Краевая клиническая больница» (Красноярск); ФГБУ «Санаторий им. Горького» Минздрава России (Московская область);

ЗАО «Санаторий "Черная речка"» (Санкт-Петербург); ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина», ОАО «Санаторий им. В.П.Чкалова (Самара); клиника ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского» Минздрава России; ГБУЗ РБ «Больница скорой медицинской помощи» (Уфа); БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии (Чебоксары); МБУЗ «Городская клиническая больница №2» (Челябинск); ГБУ РС(Я) «Республиканская больница №2 – Центр экстренной медицинской помощи» (Якутск), ГБУЗ РС(Я) «Республиканская больница №3» (Якутск).

В 5 ЛУ, включенных в Российский Пилотный проект, требовалось организационно-методологическое совершенствование уже предоставляемой пациентам кардиореабилитационной помощи, в остальных 12 ЛУ была поставлена задача ее организации – создание новых или перепрофилирование имеющихся структурных подразделений. В ЛУ, включенных в Российский Пилотный проект, сотрудниками отдела реабилитации и вторичной профилактики сочетанной патологии ФГБУ ГНИЦ ПМ осуществлялась консультативная помощь по организации и совершенствованию работы кардиореабилитационных структурных подразделений; оказывалась методическая поддержка в организации трехэтапной кардиореабилитационной помощи больным, перенесшим ОИМ, ЧКВ и КШ; проводились образовательные семинары и школы, мастер-классы и круглые столы с выездом в конкретное ЛУ, а также в рамках организуемых российских конференций.

Для анализа эффективности организационных моделей КР в ЛУ были разработаны единые специальные карты, позволяющие оценивать соответствие Порядку по медицинской реабилитации предоставляемой реабилитационной помощи кардиологическим больным, мультидисциплинарной команды, действующей в оказании реабилитационной помощи, штатного расписания и оснащения ЛУ. В анкету включались вопросы, оценивающие в определенной степени качество предоставляемой кардиореабилитационной помощи, правильность использования методик согласно нормативной базе, Российским клиническим рекомендациям «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика» (2014 г.) и профессиональным стандартам. Разработанные специальные карты состояли из трех разделов, каждый из которых содержал информацию о работе ЛУ на всех трех этапах КР (I этап – БРИТ и специализированное кардиологическое отделение, II этап – стационарное кардиореабилитационное отделение, III этап – поликлиническое отделение КР).

Пилотный проект «Развитие системы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации», стартовавший в начале 2013 г., продолжается по настоящее время.

Статистический анализ выполнен с помощью пакета прикладных программ Excel. Для каждого показателя, измеряемого по количественной шкале, определяли интервал вариации (минимум и максимум) и среднее групповое значение (M), среднее квадратичное отклонение (s), а также стандартную ошибку среднего (SD). Достоверность различий оценивали с помощью парного и непарного t-критерия Стьюдента, а также критерия χ^2 . Различия, при которых $p < 0,05$, рассматривали как статистически значимые.

Результаты

Организация трехэтапной системы кардиореабилитации

В статье представлены результаты трехлетнего анализа состояния КР с января 2013 г. по декабрь 2015 г. К концу 2013 г. кардиореабилитационная помощь I этапа, оказываемая больным в БРИТ и кардиологическом отделении, выполнялась только в 3 ЛУ, а к концу 2015 г. она была организована уже в 10 ЛУ, т.е. во всех ЛУ–участниках Пилотного проекта, в которых она могла быть предоставлена пациентам. При этом в 2015 г. в 9 ЛУ функционировали региональные или первичные сосудистые центры (против 5 учреждений в 2013 г. и 8 учреждений в 2014 г.), где больным с ОИМ выполнялись ЧКВ.

Стационарное кардиореабилитационное отделение (II этап реабилитации) имелось в 2013 г. только в 4 ЛУ, в 2014 г. – в 7 ЛУ и в 2015 г. было открыто в 10 ЛУ–участниках Пилотного проекта, нацеленных на предоставление кардиореабилитационной помощи II этапа. Следует отметить, что из этих 10 ЛУ 5 учреждений специализировались только на оказании кардиореабилитационной помощи в рамках II этапа.

Кардиореабилитационная помощь в пределах III этапа, осуществляемая согласно Порядку по медицинской реабилитации в амбулаторном реабилитационном отделении, включая кабинет реабилитации, санаторий или дневной стационар, к 2015 г. была организована в 7 ЛУ (против 2 ЛУ в 2013 г.).

В целом кардиореабилитационная помощь всех трех этапов (I, II, III) была организована в трех ЛУ – участниках Пилотного проекта, кардиореабилитационная помощь в пределах двух этапов имеется в 4 ЛУ (в 2 ЛУ – I и II этапы, в 1 ЛУ – II и III этапы и в 1 ЛУ – I и III этапы).

Таким образом, 5 ЛУ с I этапом КР имели возможность переводить больных на II этап в другое ЛУ, а 2 учреждения – со II этапа на III этап КР. При этом у сотрудников 8 ЛУ существовали определенные трудности в направлении пациентов на III амбулаторный этап кардиореабилитации ввиду либо отсутствия таковых структурных подразделений или из-за неорганизованности маршрутизации больных, перенесших ОИМ или инвазивные/хирургические вмешательства на сосудах сердца, в конкретном городе.

Штатное расписание и оснащение ЛУ

В рамках Пилотного проекта было проанализировано соответствие штатного расписания и оснащения ЛУ Порядку по медицинской реабилитации (табл. 1).

В 2013 г. специалист кардиолог-реабилитолог отсутствовал в 7 ЛУ – участниках Пилотного проекта, в 2014 г. – в 3 ЛУ и в 2015 г. – в 2 ЛУ. В 2014 и 2015 г. во всех ЛУ в состав штатного расписания вошли врачи ЛФК, инструкторы-методисты ЛФК и физиотерапевты (в 2013 г. данные специалисты отсутствовали в 2, 4 и 1 ЛУ соответственно). Клинический психолог и психотерапевт в 2013 г. не входили в штатное расписание 6 ЛУ, в 2014 г. – 3 и 2 учреждений соответственно, и в 2015 г. – 2 и 3 учреждений, т.е. имеется определенный дефицит специалистов данного профиля, способных оказывать медицинскую помощь больным в рамках реабилитационного процесса.

Учебный зал для проведения образовательной «Школы для больных» отсутствовал в 2013 г. в 6 ЛУ, в 2014 г. – в 3 и в 2015 г. – только в 1 учреждении. С целью выполнения физического аспекта КР необходимо было иметь залы для ЛФК и соответствующее оборудование. Так, оборудование (гимнастические стен-

Таблица 1. Результаты I этапа кардиореабилитации в БРИТ

Показатели	Годы		
	2013	2014	2015
Установление режима ДА, %	100	100	100
Сотрудники, устанавливающие режим ДА:			
• заведующий отделением, %	30	30	50
• лечащий врач, %	70	100	100
• медицинская сестра, %	40	20	20
• врач ЛФК/инструктор-методист ЛФК, %	0	10	40
Применение лечебной гимнастики	70	100	100
Сотрудники, проводящие ЛФК:			
• врач ЛФК, %	40	50	50
• инструктор ЛФК, %	40	40	70
• никто, %	30	10	0
Проведение образовательных бесед с больными	90	100	100
Сотрудники, проводящие беседы:			
• заведующий отделением, %	20	70	70
• лечащий врач, %	60	100	100
• медицинская сестра, %	50	40	10
• врач ЛФК, %	20	0	0
Больной из БРИТ переводится в:			
• инфарктное отделение, %	60	80	90
• общее кардиологическое отделение, %	30	20	10
• терапевтическое отделение, %	10	0	0
Средний койко-день в БРИТ	3,2±0,2	2,7±0,1	2,5±0,1

ки, стулья, коврики и т.д.) для работы в зале ЛФК в малых группах с применением мелкого оборудования (палки, пedomетры, гантели, мячи и т.д.) в 2013 г. отсутствовало в 7 ЛУ и в 2014 г. – в 5. Решить данную проблему удалось в 2015 г. Оборудование для занятий ЛФК в группах по 15–20 пациентов отсутствовало или было в недостаточном количестве в большем числе учреждений: в 2013 г. – в 12, в 2014 г. – в 9 и в 2015 г. – в 4. Тренажеры в разном количестве от 1–2 до 4–6 различного вида (вело-, тредмил, степперы) присутствовали в залах ЛФК в 2013–2014 гг. в 12 учреждениях, а в 2015 г. – в 16. Единая компьютерная система тренажеров, позволяющая на компьютере индивидуально подбирать программу реабилитации, непрерывно мониторить ее выполнение и клиническое состояние пациента, имела в 2013 г. в 1 ЛУ, в 2014 г. – в 2 ЛУ и 2015 г. – в 4.

I этап кардиореабилитации (БРИТ и специализированное кардиологическое отделение)

В течение трехлетнего Пилотного проекта в рамках БРИТ (I этап кардиореабилитации) удалось организовать реабилитационный процесс для больных, в первую очередь перенесших ОИМ, и привести (в определенной степени) качество оказываемой кардиореабилитационной помощи в соответствие с Российскими клиническими рекомендациями «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика» (см. табл. 1) [1].

Всем больным с ОИМ с первых суток пребывания в БРИТ устанавливался режим двигательной активности (ДА). В определении режима ДА пациента с ОИМ в 2014 и 2015 г. во всех ЛУ активное участие принимал лечащий врач (в 2013 г. – такая практика присутствовала только в 7 учреждениях). В 2015 г. к реше-

нию этого вопроса в 5 учреждениях подключились заведующие БРИТ (в 2013 и 2014 г. это прослеживалось только в 3 учреждениях). Сократилась доля участия в данном процессе среднего медицинского персонала: в 2013 г. это имело место в 4 ЛУ, а в 2015 г. – только в 2 ЛУ. В БРИТ наряду с кардиологами в определенной степени ДА больного участвовали врачи ЛФК и/или инструкторы-методисты ЛФК: в 2015 г. в 4 учреждениях против их отсутствия в 2013 г. Хорошая укомплектованность штатного расписания ЛУ врачами и инструкторами-методистами ЛФК позволила увеличить долю больных с ОИМ, начинающих заниматься лечебной гимнастикой уже в БРИТ. Врачи ЛФК консультировали пациентов, а в некоторых ЛУ и участвовали в проведении занятий ЛФК.

Со всеми больными с ОИМ уже на стадии БРИТ проводились образовательные беседы (в 2014 и 2015 г. в 100% случаев). При этом в образовательный процесс пациента с ОИМ на стадии БРИТ стали чаще вовлекаться заведующие БРИТ (увеличение в 3,5 раза с 2013 по 2014–2015 гг.) и лечащие врачи (в 2014 и 2015 г. – 100% участие). Средний медицинский персонал стал вовлекаться в образовательный процесс пациентов с ОИМ реже (в 1,25 раза – к 2014 г. и в 5 раз – к 2015 г.).

Из БРИТ практически все больные с ОИМ в 2015 г. переводились в инфарктные отделения (в рамках сосудистых центров). Перевод пациента с ОИМ в обычное стационарное кардиологическое отделение сократился по отношению к 2013 г. – в 2014 г. в 1,5 раза и в 2015 г. – в 3 раза. В ЛУ – участниках Пилотного проекта прекращен перевод больных с ОИМ в непрофильные терапевтические отделения, что является положительным фактом. Средний койко-день пациента с ОИМ в БРИТ сократился к 2015 г. на 0,7 койко-дня ($p < 0,05$) и составил 2,5 койко-дня (к концу 2013 г. после первого года Пилотного проекта он был 3,2 койко-дня).

Таблица 2. Результаты I этапа кардиореабилитации в инфарктном/кардиологическом отделении			
Показатели	Годы		
	2013	2014	2015
Расширение режима ДА:			
• по системе Д.М.Аронова (Российские рекомендации), %	70	90	100
• сроки устанавливаются спонтанно, %	30	10	0
Применение комплексов ЛФК, %	70	90	100
Обучение больного:			
• выходу в коридор, %	70	100	100
• подъему по лестнице, %	70	90	100
Проведение образовательной «Школы для больных с ОИМ», %	60	100	100
Кто проводит образовательную Школу:			
• лечащий врач, %	50	80	100
• психолог, %	20	30	0
• специально обученный персонал, %	30	40	40
Выполнение больному перед выпиской из отделения нагрузочного теста, %	22	32	44
Средний койко-день больных с ОИМ в отделении:			
• при ОИМ	12,2±2,4	12,7±2,3	11,2±2,1
• после ЧКВ	11,1±1,9	9,8±1,8	8,4±1,7
Больной из отделения I этапа переводится в:			
• домой/в городскую поликлинику, %	58	29	11
• стационарное отделение кардиореабилитации II этапа, %	15	40	67
• кардиологический санаторий (на III этап), %	12	16	17
• дневной стационар (на III этап), %	15	15	5

В инфарктных/кардиологических отделениях (I этап реабилитации), в которые из БРИТ переводились больные с ОИМ, больше внимание стали уделять правильной системе расширения режима ДА (согласно Российским клиническим рекомендациям «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика» [1]); табл. 2.

Больных с ОИМ стали обучать правильному выходу в коридор и подъему по лестнице (в 2014 и 2015 г. в 100% случаев). Они стали вовлекаться в программы физической реабилитации (с применением комплексов ЛФК), которые проводились инструктором-методистом ЛФК под контролем врача ЛФК. Вовлечение пациентов с ОИМ в процесс физической реабилитации увеличило процент выполнения нагрузочных тестов в 2 раза.

В 2014–2015 гг. все больные с ОИМ, находившиеся в инфарктном или кардиологическом отделениях, прошли через организованную образовательную «Школу для больных с ОИМ». В работе образовательной Школы принимали участие лечащий врач (в 2015 г. в 100% учреждений), психолог и специально обученный персонал.

Следует отметить, что на I этапе КР к ведению больного с ОИМ привлекалась мультидисциплинарная бригада: помимо кардиолога в 2015 г. это психотерапевт (в 25% случаев), клинический психолог (в 50%), врач ЛФК (в 90%), инструктор-методист ЛФК (100%), врач физиотерапевт (в 67%). В 1 ЛУ пациентов консультировал социальный работник.

Следует обратить внимание на сроки пребывания больных с ОИМ в стационаре (I этап реабилитации): отмечается их сокращение на 1 день к 2015 г. по сравнению с 2013 г. (см. табл. 2). Если в 2013 г. в зависимости от степени тяжести клинического состояния пациента с ОИМ койко-день колебался в пределах 9,2–17 койко-дней, то в 2015 г. – в пределах

7,7–11,5 койко-дня. При применении ЧКВ срок пребывания больного на койке сократился на 2,7 койко-дня (см. табл. 2). В зависимости от степени тяжести клинического состояния пациента он колебался в пределах 7,2–15,8 койко-дня в 2013 г. и в пределах 6,1–12,1 койко-дня – в 2015 г.

Отмечаемая положительная тенденция к сокращению пребывания больного с ОИМ на койке I этапа реабилитации может быть обусловлена появившейся возможностью его перевода в отделения КР II этапа (перевод пациентов вырос с 15% в 2013 г. до 67% в 2015 г., т.е. в 4,5 раза) и в учреждения/отделения III этапа (27% в 2013 г. и 22% в 2015 г.). При этом сократился процент больных с ОИМ, которые просто выписывались домой под наблюдения врача-кардиолога или врача-терапевта по месту жительства (в 5,3 раза).

Следует заметить, что, несмотря на намеченную правильную направленность в отношении перевода пациентов с ОИМ на разные этапы реабилитации, проблема выработки четкой карты маршрутизации больного с ОИМ на всех ее этапах по-прежнему остается актуальной и требует дальнейшего решения.

II этап кардиореабилитации (специализированное стационарное кардиореабилитационное отделение)

На II этапе КР во вновь созданных (с 2013 г.) или усовершенствованных в организационно-методологическом плане согласно Порядку стационарных кардиореабилитационных отделениях больные, перенесшие ОИМ, к 2015 г. во всех 10 ЛУ стали активно вовлекаться в программу физической реабилитации, основу которой составляют классическая ЛФК, дозированная ходьба в помещении, ФТ на тренажерах (табл. 3).

ЛУ – участники Пилотного проекта к 2015 г. для физической реабилитации больных с ОИМ стали использовать свободную ходьбу вокруг ЛУ.

Таблица 3. Результаты II этапа кардиореабилитации в специализированном стационарном кардиореабилитационном отделении

Показатели	Годы		
	2013	2014	2015
Виды применяемой реабилитации:			
• классическая ЛФК, %	80	100	100
• дозированная ходьба (в помещении), %	70	100	100
• ФТ на тренажерах, %	60	80	100
• свободная ходьба по территории вокруг ЛУ, %	40	100	100
• консультации психолога, %	40	70	80
• консультации психотерапевта, %	40	60	70
Проведение:			
• образовательной «Школы для больных», %	70	100	100
• бесед с родственниками, %	50	90	100
• иных форм общения, %	20	30	20
Выполнение больному перед выпиской из отделения нагрузочного теста, %	40	48	63
Получение больными рекомендаций			
• по модификации ФР, %	60	90	100
• по физической активности, %	60	80	100
• по соблюдению антиатеросклеротической диеты, %	60	90	100
• по прекращению курения, %	60	90	100
Средний койко-день в отделении:			
• при ОИМ	16,8±24	17,3±3,1	16,6±2,8
• после КШ	16,4±2,6	16,2±2,5	16,7±2,3
Больной после II этапа переводится в:			
• обычное отделение городской поликлиники, %	80	70	60
• реабилитационное поликлиническое отделение III этапа, %	10	20	30
• другое учреждение	10	10	10

На II этапе КР к 2015 г. увеличился процент участия в работе мультидисциплинарной бригады клинических психологов и психотерапевтов (до 80 и 70% соответственно). Все пациенты, перенесшие ОИМ, обучались в «Школе для больных с ОИМ», стали активнее проводиться образовательные беседы с родственниками больных. Большому числу пациентов выполнялись нагрузочные тесты с целью индивидуального подхода к правильному выбору тренирующей частоты сердечных сокращений. Это стало возможным в связи с комплектацией отделений II этапа тренирующим оборудованием (тренажерами). Абсолютное большинство больных в отделениях КР к 2015 г. стали получать рекомендации по модификации ФР, в отделениях с пациентами стали активнее обсуждаться вопросы ежедневной физической активности, соблюдения антиатеросклеротической диеты, прекращения курения.

Средний койко-день пребывания больного в отделении КР II этапа с 2013 по 2015 г. не изменился (см. табл. 3).

Важно отметить, что организация отделений III этапа КР (хотя и не в достаточном количестве) позволила начать процесс перераспределения потока больных, перенесших ОИМ. В 2015 г. число пациентов, направляемых со II этапа на КР в учреждения/отделения III этапа реабилитации, увеличилось на 20%, тогда как число поступающих больных в обычное отделение городской поликлиники со II этапа, напротив, сократилось на 20%.

В разработанных в рамках Пилотного проекта специальных картах спрашивалось мнение врачей по готовности пациентов принимать постоянно медикаментозную терапию и участвовать в КР после выписки из ЛУ II этапа реабилитации. Если в 2013 г., по мнению

врачей, только 40% пациентов с ОИМ понимали, какая польза назначаемой комплексной терапии, то в 2015 г. их число возросло до 80%. В этой связи увеличилось и число больных, готовых принимать лекарства неопределенно долго (с 50% в 2013 г. до 71% в 2015 г.).

По мнению врачей, пациенты имеют «смутное» представление о КР. Это подтверждают результаты ранее выполненного исследования, в котором оценивалось понимание пациентами значения разных медицинских терминов, включая и термин «кардиореабилитация» [2]. Только 34,2% больных правильно, хотя и недостаточно полно или полно в соответствии с официальным определением, понимали термин «кардиореабилитация». Причем хуже интерпретировали это слово женщины (54,8% женщин против 35,9% мужчин не знали, что такое кардиореабилитация).

Продолжать участие в программе кардиореабилитации после выписки из стационара в 2015 г. готовы были 62% пациентов. На вопрос, что является сдерживающим фактором в продолжении оказания кардиореабилитационной помощи в условиях поликлиники (т.е. на III этапе), от врачей были получены следующие ответы:

- отсутствие четкого представления о целях, пользе и необходимости физической реабилитации и ежедневной ДА – 44%;
- отсутствие или недостаточное освещение этих вопросов в реальной медицинской практике – 67%;
- отсутствие подготовленных специалистов для проведения такой работы – 77%;
- отсутствие или недостаточное внимание к образовательной практике со стороны администрации ЛУ – 22%;
- низкий уровень образования и информированности больных – 56%.

III этап кардиореабилитации (поликлиническое кардиореабилитационное отделение)

Проблема создания поликлинического отдела КР – самая сложная. Этот отдел должен в течение всего времени заниматься групповыми тренировками больных, иметь в достаточном количестве тренажерные залы, помещение для обучения пациентов по программе «Школа для больных», помещение для психологической реабилитации и другую инфраструктуру с соответствующим оборудованием и оснащением.

Именно поэтому все ЛУ, включенные в Пилотный проект, столкнулись с трудностями организации III этапа КР. Если в самом учреждении или учреждении данного региона создается поликлинический отдел, то обычно он представлен дневным стационаром или санаторием кардиологического профиля, т.е. учреждениями, выполняющими функцию только раннего поликлинического III этапа. Тем не менее 87% врачей считают, что в их городе имеется реальная возможность для организации III этапа КР. При этом 80% врачей заявили, что в конкретном городе есть условия для продолжения физической реабилитации (систематических ФТ) в течение первых 3–4 мес после выписки больного из стационара; 60% врачей указали на возможность направлять пациента к психотерапевту и/или клиническому психологу; 90% утверждали, что есть условия для проведения поддерживающих кратких бесед с больным о приверженности терапии, физической реабилитации в домашних условиях, об изменении образа жизни.

Основной задачей предстоящих 2–3 лет должна стать организация III этапа КР согласно Порядку по медицинской реабилитации.

Обсуждение

Под руководством Минздрава России в рамках протокола «О разработке Концепции развития медицинской реабилитации» с 21 ноября по 4 декабря 2012 г. были заслушаны отчеты руководств 81 субъекта РФ и рассмотрены проекты долгосрочных целевых программ «Развитие медицинской реабилитации в регионе». Анализ отчетов по направлению «Кардиология» показал, что в целом у руководства здравоохранения большинства субъектов РФ не имелось четкого понимания роли КР в восстановлении здоровья и трудоспособности больных, перенесших острый коронарный синдром, ОИМ, оперативные и инвазивные вмешательства на сосудах сердца, клапанах сердца и т.д. Это выражалось в отсутствие понимания единства целей и предпринимаемых усилий для организации трехэтапной системы КР. Общими для всех регионов явились практически полное отсутствие III этапа КР и частично II этапа, а также дефицит кадров. Частично положительным моментом на конец 2012 г. было то, что на III этапе КР в ряде регионов использовались санатории кардиологического профиля и открывшиеся к тому времени дневные стационары. В подавляющем большинстве случаев больные после ОИМ, хирургических вмешательств на сердце и сосудах оставались только под наблюдением участкового врача (терапевта). Особенно остро стояла проблема, которая сохраняется и сегодня, – это организация проведения физической реабилитации с включением программ систематических ФТ в предоставляемых помещениях для тренировочного зала, обеспечение их компьютеризированными тренажерами и вовлечение в реабилитационный процесс опытных специалистов (практически во всех регионах).

К концу 2013 г. (как и сегодня) для реализации I этапа КР не было особых препятствий. Достаточно хорошо разработаны методические вопросы, имеется структурная база, основу которой составляют сосудистые центры. Главное – привлечь мультидисциплинарную команду к ведению больного. Методические аспекты II этапа кардиореабилитации также хорошо разработаны, активно идет процесс их адаптации к современным требованиям. Главное, что необходимо сделать на II этапе КР, – это достаточно быстро решить организационные вопросы (создавать стационарные кардиореабилитационные отделения, в том числе путем перепрофилирования неэффективно используемого коечного фонда), вопросы кадрового обеспечения, позволяющие формировать мультидисциплинарные команды. Завершение организации II этапа КР – задача, которую следует решать в короткие сроки. Самым сложным оказалось создание лечебных структур, оказывающих кардиореабилитационную помощь III этапа.

Для решения изложенных нами проблем впервые в нашей стране в начале 2013 г. был организован Пилотный проект «Развитие системы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации», в который вошло 17 ЛУ из 13 городов России. Проведенный анализ организации трехэтапной системы кардиореабилитационной помощи больным с ОИМ с учетом штатного расписания, применения оборудования и методологии согласно действующим порядкам и Российским клиническим рекомендациям «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика» (2014 г.) показал существенное увеличение реабилитационной активности созданных мультидисциплинарных бригад на I и II этапах КР и отчасти на III этапе. Установлены повышающие количества применяемых методик реабилитации и улучшение качества их выполнения. Доказана безопасность физической реабилитации в рамках предлагаемых организационных моделей КР.

Наилучшие результаты по организации и качеству проведения реабилитационной помощи больным с ОИМ в ЛУ Пилотного проекта были показаны на I этапе КР в рамках БРИТ и последующего кардиологического отделения. В ЛУ – участниках Пилотного проекта полностью прекращен перевод пациентов с ОИМ в непрофильные терапевтические отделения, что является положительным фактом. В условиях создания кардиореабилитационной системы наметилась благоприятная тенденция к сокращению пребывания больного с ОИМ на койке I этапа реабилитации. Это напрямую связано с появившейся возможностью перевода пациента с ОИМ в отделения КР II этапа и учреждения/отделения III этапа, в основном в дневные стационары (т.е. учреждения раннего поликлинического III этапа КР). В отдельных регионах функции II этапа КР выполняют кардиологические санатории, перепрофилированные в отделения ранней КР. При этом сократился процент больных с ОИМ, просто выписываемых из ЛУ домой с рекомендацией посещения врача-кардиолога или врача-терапевта по месту жительства. В настоящее время пришло понимание важности привлечения к оказанию кардиореабилитационной помощи пациентам с ОИМ мультидисциплинарной бригады.

В ЛУ субъектов РФ наибольшие трудности возникают с организацией отделов поликлинической КР. Если в самом учреждении или учреждении данного

региона создается КР III этапа, то обычно она представлена дневным стационаром, т.е. учреждением, выполняющим функцию только раннего поликлинического этапа. В то же время нельзя не отметить положительное стремление ЛУ в создании определенных систем мониторинга за больными, прошедшими II этап КР. Важно также подчеркнуть, что начавшаяся организация отделений III этапа кардиореабилитации (хотя и не в явно достаточном количестве) явилась толчком к процессу перераспределения потока пациентов, перенесших ОИМ.

Отсутствие реабилитационной помощи на уровне поликлинического этапа объясняется объективными причинами: отсутствием в структуре III этапа КР больших тренажерных залов, помещений для выполнения программ обучения больных, психологической реабилитации и т.д. Эта проблема не была решена и в советское время. Требуется обсуждение данного вопроса на высоком государственном уровне.

В настоящее время разные составляющие новой системы медицинской реабилитации апробируются в рамках Пилотного проекта Минздрава России «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации», начатого в 2015 г. в 13 субъектах РФ (Московская область, Санкт-Петербург, Ленинградская область, Нижний Новгород, Екатеринбург, Самара, Казань, Красноярск, Владивосток, Тверь, Чувашия, Пермь, Иваново) по одному или нескольким выбранным профилям (неврология, травматология, кардиология) оказания медицинской помощи в соответствии с госпрограммой развития здравоохранения до

2020 г. [3]. В Пилотный проект Минздрава России вошли несколько ЛУ из городов Иваново, Санкт-Петербург и Чебоксары, участвующих в Пилотном проекте «Развитие системы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации».

Литература/References

1. Аронов ДМ, Бубнова МГ, Барбараш ОЛ и др. Российские клинические рекомендации «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика». Кардиосомастика. 2014; 5 (1): 4–42. / Aronov D.M., Bubnova M.G., Barbarash O.L. et al. Rossiiskie klinicheskie rekomendatsii "Ostryi infarkt miokarda s pod'emom segmenta ST elektrokardiogrammy: reabilitatsiia i vtorichnaia profilaktika". Cardiosomatics. 2014; 5 (1): 4–42. [in Russian]
2. Бубнова МГ, Холмогорова Г.Т., Худяков М.Б. и др. Как больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями понимают некоторые медицинские термины? Профилактика. медицина. 2016; 2: 36–42. / Bubnova M.G., Kholmogorova G.T., Khudyakov M.B. et al. Kak bol'nye s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami ponimaiut nekotorye meditsinskie terminy? Profilakt. meditsina. 2016; 2: 36–42. [in Russian]
3. Иванова Г.Е., Аронов ДМ, Белкин АА и др. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Вестн. восстановительной медицины. 2016; 2: 2–6. / Ivanova G.E., Aronov D.M., Belkin A.A. et al. Pilotnyi proekt "Razvitie sistemy meditsinskoi reabilitatsii v Rossiiskoi Federatsii". Vestn. vosstanovitel'noi meditsiny. 2016; 2: 2–6. [in Russian]

Сведения об авторах

Бубнова Марина Геннадьевна – д-р мед. наук, проф., рук. отд. реабилитации и вторичной профилактики сочетанной патологии с лаб. профилактики атеросклероза и тромбоза ФГБУ ГНИЦ ПМ. E-mail: mbubnova@gnicpm.ru

Аронов Давид Меерович – д-р мед. наук, проф., засл. деятель науки РФ, рук. лаб. кардиологической реабилитации ФГБУ ГНИЦ ПМ

Бойцов Сергей Анатольевич – д-р мед. наук, проф., дир. ФГБУ ГНИЦ ПМ, гл. специалист по мед. профилактике Минздрава России

Иванова Галина Евгеньевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. мед. реабилитации фак-та дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, гл. специалист по мед. реабилитации Минздрава России

Андреев Андрей Германович – канд. мед. наук, гл. врач ОБУЗ ГКБ №3

Барбараш Ольга Леонидовна – д-р мед. наук, проф., дир. ФГБНУ НИИ КПССЗ

Белова Виктория Валентиновна – канд. мед. наук, зам. гл. врача клиники ФГБОУ ВО ИвГМА

Белов Владислав Николаевич – д-р мед. наук, зав. отд-нием мед. реабилитации БУЗ ВО ВГКБ №3

Борисов Борис Витальевич – канд. мед. наук, гл. врач РБ №2 – Центр экстренной медицинской помощи

Иванов Евгений Валентинович – гл. врач ФГБУ Санаторий им. Горького

Карамова Ирина Марселовна – д-р мед. наук, проф., гл. врач БУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи

Карпухин Александр Васильевич – канд. мед. наук, исполнительный дир. ЗАО Санаторий «Черная Речка»

Красницкий Владимир Борисович – канд. мед. наук, вед. науч. сотр. лаб. кардиологической реабилитации отд. реабилитации и вторичной профилактики сочетанной патологии ФГБУ ГНИЦ ПМ

Кыбланова Елена Семеновна – д-р мед. наук, зав. каф. внутренних болезней и общеврачебной практики (семейной медицины) фак-та последипломного обучения врачей ФГАОУ ВО СВФУ им. М.К.Аммосова

Лебедев Петр Алексеевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. ФГБОУ ВО СамГМУ

Лисняк Елена Александровна – канд. мед. наук, зам. гл. врача по мед. части КГБУЗ КМКБ №20 им. И.С.Берзона

Лямина Надежда Павловна – д-р мед. наук, проф., зам. дир. по науке НИИ кардиологии ФГБОУ ВО СГМУ им. В.И.Разумовского

Мизурова Татьяна Николаевна – гл. врач БУ Республиканский кардиологический диспансер

Мисюра Ольга Федоровна – канд. мед. наук, гл. врач ЗАО Санаторий «Черная речка»

Мишина Ирина Евгеньевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. госпитальной терапии ФГБОУ ВО ИвГМА

Мищенко Ольга Владимировна – канд. мед. наук, зам. гл. врача БУЗ СОКБ им. им. В.Д.Середавина

Никилина Светлана Юрьевна – д-р мед. наук, проф., проректор по учебной работе, зав. каф. внутренних болезней №1 ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Остроушко Надежда Игоревна – канд. мед. наук, нач. отд. специализированной и высокотехнологической мед. помощи Департамента здравоохранения Воронежской области

Помешкина Светлана Александровна – канд. мед. наук, зав. лаб. реабилитации ФГБНУ НИИ КПССЗ

Сидоров Александр Семенович – канд. мед. наук, гл. врач БУЗ РС(Я) РБ №3

Сприкут Анна Александровна – канд. мед. наук, зав. отд-нием кардиореабилитации МБУЗ ГКБ №2

Сухинина Ирина Станиславовна – зам. гл. врача по лечебной работе ФГБУ Санаторий им. Горького

Ткачева Агата Геннадьевна – канд. мед. наук, гл. врач МБУЗ ГКБ №2

Устюгов Сергей Александрович – канд. мед. наук, зав. кардиологическим отд-нием КГБУЗ ККБ

Чумакова Галина Александровна – д-р мед. наук, проф. каф. госпитальной и поликлинической терапии ФГБОУ ВО Алтайский ГМУ