

Вторичная профилактика в клиническом ведении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Ключевые компоненты, стандарты и критерии эффективности

Консенсусный документ Секции кардиореабилитации Европейской ассоциации по кардиоваскулярной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и реабилитации. Утверждено Комитетом клинических рекомендаций Европейского общества кардиологов

Опубликовано в 2014 г. European Journal of Preventive Cardiology 2014;21(6):664–681.

Научный редактор перевода Н.В. ПОГОСОВА

A Policy Statement From the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Endorsed by the Committee for Practice Guidelines of the European Society of Cardiology

Secondary Prevention in the Clinical Management of Patients With Cardiovascular Diseases. Core Components, Standards and Outcome Measures for Referral and Delivery

Massimo F Piepoli^{1,2}, Ugo Corra³, Stamatis Adamopoulos⁴, Werner Benzer⁵, Birna Bjarnason-Wehrens⁶, Margaret Cupples⁷, Paul Dendale⁸, Patrick Doherty⁹, Dan Gaita¹⁰, Stefan Hofer¹¹, Hannah McGee¹², Miguel Mendes¹³, Josef Niebauer¹⁴, Nana Pogossova¹⁵, Esteban Garcia-Porrero¹⁶, Bernhard Rauch¹⁷, Jean Paul Schmid¹⁸ and Pantaleo Giannuzzi³

Несмотря на значительный прогресс в сфере диагностики и инвазивных вмешательств, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются важнейшей проблемой здравоохранения и тяжелой социально-экономической ношей не только для экономически развитых, но и развивающихся стран, в которых актуальность проблемы ССЗ увеличивается в тесной корреляции с экономическим ростом. Органы здравоохранения и население в целом начинают понимать, что борьба с ССЗ может быть успешной только в случае инвестирования в профилактику заболеваний и изменение образа жизни людей. В настоящее время существуют неоспоримые доказательства эффективности вторичной профилактики, включая кардиореабилитацию, в отношении снижения заболеваемости и смертности. Однако вторичная профилактика все еще слабо реализуется в клинической практике, мероприятия проводятся у некоторых категорий пациентов и в течение ограниченного периода времени. Целесообразна разработка системных и комплексных профилактических программ, интегрированных с национальными системами здравоохранения. Более того, необходим систематический контроль осуществления таких программ и оценка их эффективности. Кардиология и вторичная профилактика, включая кардиореабилитацию, долгое время развивались почти независимо друг от друга и вносили свой отдельный вклад в прогресс, однако сегодня настало время объединить усилия под эгидой профилактической кардиологии и создать комплексную модель, позволяющую улучшить долгосрочный прогноз у больных ССЗ и в дальнейшем уменьшить нагрузку на систему здравоохранения. В связи с изложенным, члены Секции кардиореабилитации Европейской ассоциации по кардиоваскулярной профилактике ССЗ и реабилитации считают необходимым способствовать внедрению вторичной профилактической кардиологии в клиническую практику.

Ключевые слова: профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, кардиореабилитация, политика в системе здравоохранения, группа высокого риска.

Despite major improvements in diagnostics and interventional therapies, cardiovascular diseases remain a major health care and socio-economic burden both in western and developing countries, in which this burden is increasing in close correlation to economic growth. Health authorities and the general population have started to recognize that the fight against these diseases can only be won if their burden is faced by increasing our investment on interventions in lifestyle changes and prevention. There is an overwhelming evidence of the efficacy of secondary prevention initiatives including cardiac rehabilitation in terms of reduction in morbidity and mortality. However, secondary prevention is still too poorly implemented in clinical practice, often only on selected populations and over a limited period of time. The development of systematic and full comprehensive preventive programmes is warranted, integrated in the organization of national health systems. Furthermore, systematic monitoring of the process of delivery and outcomes is a necessity. Cardiology and secondary prevention, including cardiac rehabilitation, have evolved almost independently of each other and although each makes a unique contribution it is now time to join forces under the banner of preventive cardiology and create a comprehensive model that optimizes long term outcomes for patients and reduces the future burden on health care services. These are the aims that the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation has foreseen to promote secondary preventive cardiology in clinical practice.

Key words: cardiac prevention; cardiac rehabilitation; health care policy; high risk population.

¹Cardiology Unit, Guglielmo da Saliceto Hospital, Piacenza, Italy

²Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, Pisa, Italy

³Department of Cardiology, Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS Scientific Institute of Veruno, Veruno, Italy

⁴Department of Cardiology, Onassis Cardiac Surgery Centre, Athens, Greece

⁵Department of Interventional Cardiology, Academic Hospital, Feldkirch, Austria

⁶Institute for Cardiology and Sports Medicine, German Sport University, Cologne, Germany

⁷Department of General Practice, Centre of Excellence for Public Health, Queen's University, Belfast, UK

⁸Jessa Hospital and University of Hasselt, Hasselt, Belgium

⁹Faculty of Health Sciences, York St John University, UK

¹⁰Departamentul de Cardiologie, Universitatea de Medicina si Farmacie 'Victor Babes' din Timisoara, Romania,

¹¹Department of Medical Psychology, Innsbruck Medical University,

Innsbruck, Austria

¹²Royal College of Surgeons in Ireland, Dublin, Ireland

¹³Cardiology Department, CHLO-Hospital de Santa Cruz, Carnaxide, Portugal

¹⁴Institute of Sports Medicine, Prevention and Rehabilitation, Paracelsus Medical University, Salzburg, Austria

¹⁵National Research Centre for Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

¹⁶Hospital Universitario de Leo'n, Spain

¹⁷ZAR — Centre for Ambulatory Cardiovascular Rehabilitation at the Heart Centre Ludwigshafen, Germany

¹⁸Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, Department of Cardiology, Bern University Hospital, and University of Bern, Switzerland

Corresponding author:

Massimo Piepoli, Cardiology, Guglielmo da Saliceto Hospital, ASL

Piacenza, 29121 Piacenza, Italy.

E-mail: m.piepoli@alice.it

European Journal of Preventive Cardiology 2014; Vol 21(6): 664–681

Актуальность

Профилактическая кардиология

В настоящее время оптимальные вмешательства в сфере профилактической кардиологии (ПК) — это комплексные мультидисциплинарные вмешательства, направленные на сохранение сердечно-сосудистого здоровья и осуществляемые как с целью первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), так и вторичной профилактики (ВП), включая кардиореабилитацию (КР). Важнейшими элементами являются поведенческие вмешательства по модификации факторов риска (ФР) развития ССЗ и избирательное использование кардиопротективной лекарственной терапии с целью снижения заболеваемости и смертности.

За последнее десятилетие программы ВП и КР перешли из ряда простых вмешательств в более комплексные, они основаны на единых принципах и направлены, каждая в свою очередь, на предотвращение новых сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и замедление прогрессирования ССЗ. Эти программы включают комплексные профессиональные вмешательства по изменению образа жизни пациентов, базирующиеся на изменении поведенческих моделей (прекращение курения, выбор в пользу здорового питания, увеличение уровня физической активности). При этом могут использоваться различные стратегии: от базовых, связанных с семьей, к более структурированным и сложным методикам. Обязательным интегральным элементом программ является управление ФР, включая эффективный контроль артериального давления (АД), уровня липидов и глюкозы в крови (с достижением целевых уровней) посредством адекватного назначения кардиопротективной терапии и мероприятий по повышению приверженности пациентов рекомендованному лечению. Наконец, программы включают психосоциальную поддержку и консультирование по вопросам труда и занятости, чтобы помочь пациентам вернуться к полноценной жизни, насколько это возможно.

Европейские рекомендации по профилактике ССЗ (версия 2012 г.) четко обозначили приоритеты ПК в клинической практике, пороговые уровни для начала вмешательств и цели лечения [1]. В настоящей публикации нашей целью является помочь клиницистам и медицинским работникам внедрить эти Европейские рекомендации в клиническую практику в части, касающейся ВП, т.е. профилактики у лиц из группы очень высокого риска — больных ССЗ. Для этого важно определить основные компоненты программ ВП, показания к направлению пациентов на эти программы и критерии оценки эффективности проводимых мероприятий. Компоненты программ, их реализация и критерии эффективности рассматриваются как средства оценки и улучшения качества помощи применительно к различным категориям пациентов. Использование данного подхода позволит осуществить более прозрачный контроль качества оказания медицинской помощи и даст возможность медицинским работникам обмениваться информацией и перестроить существующую клиническую практику таким образом, чтобы необходимая помощь была оказана в одинаковой степени всем пациентам, которым она показана.

Описан стандартный порядок действий, являющийся набором инструкций, которых следует придерживаться для обеспечения

безопасности при выполнении работы (отсутствие вреда для здоровья) и максимального увеличения продуктивности работы.

Согласительный документ состоит из 4 разделов: первый раздел — введение, второй раздел описывает общие стандартные алгоритмы ВП ССЗ, третий — специальные вмешательства при основных клинических состояниях, встречающихся при ССЗ, в четвертом разделе рассматриваются отдельные темы, такие как роль врача общей практики и ассоциаций пациентов при проведении ВП ССЗ.

Таким образом, целевая аудитория данного согласительного документа — все работники здравоохранения (кардиологи, врачи общей практики, медицинские сестры и др.), а также преподаватели, организаторы здравоохранения, национальные правительства и, наконец, ведущие политические институты на местном и европейском уровнях, вовлеченные в процесс внедрения КР в клиническую практику. Они должны нести ответственность за осуществление контроля применения таких мер. Процессы утверждения стандартных подходов и оценка критериев их эффективности должны планироваться внутри каждой системы здравоохранения и на международном уровне. В первом случае представитель каждой из систем здравоохранения должен нести ответственность за планирование периодического анализа качества проводимых мероприятий и соответствие стандарту. На международном уровне такие широко известные организации, как научные общества (Европейское общество кардиологов) или политические деятели должны взять инициативу в проведении глобального мониторинга.

Целесообразность разработки и внедрения совокупности методов оценки доступности и эффективности программ в сфере ПК основывается на нескольких ключевых факторах:

1) ССЗ являются ведущей причиной заболеваемости и смертности населения экономически развитых стран, связанные с ними экономические затраты являются тяжелым бременем для общества. Несмотря на прогресс, публикацию и широкое распространение рекомендаций экспертов по профилактике ССЗ, наблюдается непоследовательное применение этих рекомендаций, что оборачивается для пациентов недополученной пользой и упущенными возможностями для улучшения ситуации в системе здравоохранения в целом.

2) За последние три десятилетия накоплено много научных доказательств, свидетельствующих об эффективности службы ПК (базирующейся на центрах КР) для пациентов с ССЗ [4]. Имеющиеся доказательства указывают на то, что эффективность службы ПК у больных ССЗ в последние годы столь же значительна, как и в период дотромболитической эры [5]. Ряд систем здравоохранения одобрили использование службы ПК при лечении больных ССЗ и включили соответствующие положения в свои практические рекомендации и консенсусные документы по практическому внедрению [6, 7].

3) Несмотря на известную эффективность и широко распространенное одобрение практического применения, ПК недостаточно используется: в программах ВП после ССО участвуют в среднем менее 30% от числа пациентов, которым такие программы показаны [8]. Существует множество причин такого разрыва между рекомендациями и клинической практикой, но самые важные и, вероятно, самые модифицируемые, связаны с различными преградами, препятствующими первоначальному направлению пациентов на такие программы. Эти преграды могут быть устранены через систематическое отслеживание направлений (путевок) на программы у пациентов, госпитализированных по поводу ССО.

4) Более того, повышение ответственности врачей за направление пациентов на программы ПК, может оказаться принципиально новым подходом в отношении повышения частоты направления пациентов и улучшения прогноза ССЗ.

5) Рекомендации по необходимости направления пациентов на программы ПК включены во многие клинические руководства и согласительные документы по ведению пациентов с ССЗ, но к настоящему времени никакие профессиональные группы в Европе не включали направление на программы ПК в набор показателей качества лечения больных ССЗ. Соответственно, в настоящее время отсутствует набор показателей качества лечения, включающий в качестве критериев направления пациентов с ССЗ на программы ПК.

6) В настоящее время очевидна необходимость и существует хорошая возможность для уменьшения разрыва между клиническими рекомендациями и реальным использованием услуг службы ПК лицами из группы высокого риска и пациентами с ССЗ. Прогресс возможен, если будут предприняты целенаправленные усилия по активному направлению пациентов в службу ПК, вовлечению их в программы и удержанию с целью завершения этих программ. Ожидается, что внедрение набора показателей качества лечения ССЗ будет стимулировать оказание профилактической и реабилитационной помощи пациентам с установленными ССЗ и лицам из группы высокого риска.

7) Существует необходимость в предоставлении практических рекомендаций по внедрению ПК в повседневную клиническую практику с детальным описанием компонентов, стандартов и критериев оценки результатов.

Подводя итог, необходимо отметить, что преграды на пути внедрения ПК в клиническую практику существуют на разных уровнях (человек/пациент, врач, органы здравоохранения,

общество) и хорошо представлены в недавно сделанных обзорах [9, 10]. Данный документ разработан для оказания помощи в преодолении таких преград.

Цель документа

Наша цель — продвижение систематических вмешательств, способных оказывать положительное влияние на прогноз у лиц из группы высокого риска и страдающих ССЗ, за счет поддержки мероприятий и различных моделей ПК в рамках национальных систем здравоохранения каждой из стран Европы.

В отличие от некоторых ранее опубликованных документов [11] мы поставили перед собой цель создать консенсусный документ нового типа, клинически ориентированные, в том числе в зависимости от конкретных заболеваний, и представляющие все компоненты ПК, включая общепринятые и спорные аспекты. Документ представлен в виде нескольких таблиц, сопровождаемых короткими пояснительными параграфами: чтобы упростить чтение документа в настоящей публикации представлены только наиболее важные таблицы (табл. 1–5), тогда как большая часть таблиц (пронумерованы римскими цифрами I–XXII) доступны в качестве дополнительного материала на сайте журнала (*on-line*). Специфические цели этого документа:

1) внедрить эффективные принципы ПК в существующую клиническую практику, уменьшить разрыв между знаниями и их применением, повысить стандарт оказания кардиологической помощи посредством внедрения эффективных вмешательств ПК в реально действующие модели оказания помощи;

2) представить предложения в отношении конкретных вмешательств, таких как обучающие программы и методы оценки профиля риска, проведения программ ПК, мониторингования прогресса и изменений.

Таблица 1. Критерии направления пациентов на стационарную программу

Широта охвата
<p>Все пациентам, госпитализированным с первичным диагнозом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • С сохраняющейся клинической нестабильностью или осложнением после острого события, или с тяжелыми сопутствующими заболеваниями • С клинической нестабильностью с прогрессирующей ХСН (ФК III–IV по NYHA), нуждающимся в болюсном или постоянном введении лекарственных препаратов и/или в аппаратной поддержке кровообращения • С недавно перенесенными трансплантацией сердца и имплантацией искусственного левого желудочка • С очень ранней выпиской из стационара после острого события, даже неосложненного, с повышенным риском нестабильности (например, пожилые, имеющие сопутствующие заболевания) • С неспособностью посещать амбулаторные программы КР по причине транспортных проблем <p>Должна проводиться стационарная программа КР/ВП с целью оценки, клинической стабилизации, стратификации риска и подготовки к амбулаторной программе</p>
Числитель
<p>Число пациентов с установленным событием/диагнозом, которые были направлены на стационарную программу КР до выписки, и пациентов, не направленных на программу в связи с документированным медицинским обоснованием или личными причинами</p> <p>Под направлением понимают беседу медицинского работника с пациентом о необходимости участия в программе, закрепленную соответствующей записью в медицинской документации</p>
Критерии исключения
<p>Барьеры, связанные с пациентом (например, отказ пациента)</p> <p>Барьеры, связанные с системой здравоохранения (например, финансовые или отсутствие программ КР рядом с домом пациента)</p>
Знаменатель
<p>Число госпитализированных пациентов за последние 12 мес с установленным событием/диагнозом</p>
Период наблюдения
<p>12 мес после установленного события/диагноза</p>
Источник данных
<p>Административные данные и/или истории болезни</p>

Примечание. Здесь и в табл. 2, 3: ХСН — хроническая сердечная недостаточность; ФК — функциональный класс; КР — кардиореабилитация; ВП — вторичная профилактика.

Таблица 2. Критерии направления пациентов на амбулаторные программы

Широта охвата
<p>Все пациенты, наблюдаемые в амбулаторных условиях с диагнозом, установленным за последние 12 мес:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Острый коронарный синдром • Хроническая форма ИБС • Операция/интервенционное вмешательство на коронарных артериях или клапанах сердца • ХСН (после стационарной программы КР у пациентов III–IV ФК по NYHA) • Трансплантация сердца, имплантация искусственного левого желудочка (после стационарной программы КР) • СД и метаболический синдром • Периферический атеросклероз и операция/вмешательство на магистральных сосудах • Имплантация искусственного водителя ритма, кардиовертера-дефибриллятора, ресинхронизирующего устройства <p>И не принявшие участия в ранней амбулаторной программе КР/ВП должны направляться на такие программы</p>
Числитель
<p>Число пациентов с установленным событием/диагнозом, которые были направлены на амбулаторную программу КР до выписки, и пациентов, не направленных на амбулаторную программу в связи с документированным медицинским обоснованием или личными причинами</p> <p>Под направлением понимают беседу медицинского работника с пациентом о необходимости участия в программе, закрепленную соответствующей записью в медицинской документации</p>
Критерии исключения
<p>Барьеры, связанные с пациентом (например, отказ пациента)</p> <p>Барьеры, связанные с системой здравоохранения (например, финансовые или отсутствие программ КР рядом с домом пациента)</p>
Знаменатель
<p>Число госпитализированных пациентов за последние 12 мес с установленным событием/диагнозом</p>
Период наблюдения
<p>12 мес после установленного события/диагноза</p>
Источник данных
<p>Административные данные и/или истории болезни</p>

Примечание. ИБС — ишемическая болезнь сердца; здесь и в табл. 3: СД — сахарный диабет.

Общие стандарты и критерии эффективности

Определение

ВП и КР объединяются под знаменем ПК. Признано, что реабилитация столь же эффективна в отношении снижения выраженности тревоги и депрессии, сколько и в отношении изменения образа жизни пациентов, которое обеспечивает предотвращение дальнейшего прогрессирования заболевания [12]. Каждый пациент, страдающий ССЗ, сможет получить пользу от участия в стационарной или амбулаторной КР программе. Самые последние данные показывают, что эффективны различные вмешательства, основанные на опыте КР, который может быть использован для программ ПК в клинической практике. Различают 3 главные фазы:

Фаза 1 — раннее вмешательство в период нахождения пациента в больнице по поводу острого ССС, включая раннюю мобилизацию и профилактику вторичных осложнений иммобилизации.

Фаза 2 — предоставление пациентам профилактической и реабилитационной помощи после острого ССО с целью клинической стабилизации, стратификации риска и обеспечения долгосрочной поддержки. Может быть реализована как в стационарных, так и амбулаторных условиях.

Структурированная стационарная КР программа, предпочтительно проводимая в крупном КР центре, рассматривается как переходная фаза у пациентов с высоким риском развития осложнений при нестабильном состоянии с целью стабилизации перед началом длительной фазы амбулаторной КР программы (которая в наибольшей степени способствует повышению приверженности пациентов).

К пациентам из группы высокого риска относятся:

1) пациенты с сохраняющейся клинической нестабильностью по причине осложнений после острого события или тяжелых сопутствующих заболеваний;

2) пациенты, находящиеся в клинически нестабильном состоянии, с выраженной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) III–IV функционального класса (ФК) по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA), нуждающиеся в болюсном или постоянном введении препаратов;

3) пациенты после недавней трансплантации сердца или имплантации искусственного желудочка сердца;

4) пациенты, выписанные очень рано после острых событий, даже без осложнений, с высоким риском дестабилизации (например, с тяжелыми или множественными сопутствующими заболеваниями);

5) пациенты, не способные посещать амбулаторные КР программы из-за транспортных проблем.

Ранняя амбулаторная КР обеспечивает профилактическую и реабилитационную помощь более независимым пациентам в амбулаторных условиях на ранних сроках после ССО (обычно в течение первых 3–6 мес) и длится не менее 8–12 нед. Длительность программы может варьироваться, однако наиболее предпочтительно продолжение программы в течение 1 года после события.

Домашняя программа осуществляется у пациента дома, назначается и контролируется КР командой, поддерживается с помощью обучающих материалов, а также во время периодических визитов в КР центр и контактов с командой. Компоненты программы и мероприятия сходны с таковыми, включенными в раннюю амбулаторную КР программу.

Таблица 3. Ключевые компоненты и задачи, общие для всех клинических состояний

Компоненты	Характеристика
Пациент: оценка риска	<p>Клинический статус</p> <ul style="list-style-type: none"> скрининг ФР развития ССЗ, оценка психологического стресса, трудового статуса, выявление сопутствующих заболеваний, наличие инвалидности <p>Симптомы</p> <ul style="list-style-type: none"> ССЗ (ФК ХСН по классификации NYHA и ФК стенокардии по Канадской классификации) <p>Приверженность</p> <ul style="list-style-type: none"> медикаментозной терапии и самоконтролю (масса тела, АД, симптомы) <p>Физический осмотр</p> <ul style="list-style-type: none"> общее состояние здоровья, ИМТ, окружность талии (ОТ), признаки ХСН, сердечные шумы и шумы над сонными артериями, пульс, контроль АД, наличие пульса на артериях конечностей, ортопедическая патология, неврологические расстройства <p>ЭКГ</p> <ul style="list-style-type: none"> ЧСС, ритм, реполяризация миокарда <p>Визуализация сердца</p> <ul style="list-style-type: none"> (2D- и доплер-ЭхоКГ): в особенности функция желудочков, пороки клапанов сердца, наличие выпота, где целесообразно <p>Исследование крови</p> <ul style="list-style-type: none"> общий анализ, биохимический анализ, определение электролитов, биохимических маркеров функции почек и печени, глюкозы натощак (при СД или повышенном уровне глюкозы натощак определение гликированного гемоглобина), ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, триглицеридов <p>Уровень физической активности из анамнеза</p> <ul style="list-style-type: none"> дома, на работе и досуге; соответствие физической активности возрасту и полу; готовность изменения поведения; уверенность в себе преграды к повышению физической активности, социальная поддержка поведенческим сдвигам максимальная мощность нагрузки: нагрузочная проба на велоэргометре или тредмиле. Если это невозможно (например, из-за недавней операции), рассмотреть возможность оценки выполнения субмаксимальной нагрузки и/или теста с 6-минутной ходьбой [34] <p>Обучение (Школа):</p> <ul style="list-style-type: none"> доступная, полная информация об основных целях программы КР и роли каждого компонента (включая приверженность оптимальной медикаментозной терапии) обучение самоконтролю (масса тела, АД, распознавание симптомов и признаков нестабильности, например, стенокардии, одышки) и самопомощи <p>Ожидаемые результаты</p> <ul style="list-style-type: none"> разработка адаптированного индивидуального плана программы КР
Консультирование по физической активности	<p>Рекомендовать</p> <ul style="list-style-type: none"> постепенное увеличение повседневной физической активности, рекомендации о том, как встроить эти изменения в распорядок дня аэробная нагрузка умеренной интенсивности длительностью минимум 2,5 ч в неделю, разделенная на множество подходов, каждый длительностью >10 мин, равномерно распределенных в течение недели, т.е. 4–5 дней в неделю <p>Акцентировать</p> <ul style="list-style-type: none"> малоподвижный образ жизни как ФР развития ССЗ, польза физической нагрузки: любое повышение физической активности оказывает положительный эффект на здоровье <p>Советовать</p> <ul style="list-style-type: none"> индивидуальные рекомендации по физической нагрузке в соответствии с возрастом пациента, его прошлыми привычками, сопутствующими заболеваниями, предпочтениями и целями <p>Убеждать</p> <ul style="list-style-type: none"> относительно безопасности рекомендуемой программы <p>Поддерживать</p> <ul style="list-style-type: none"> вовлечение в активный отдых, приносящий удовольствие, и в программу групповой физической подготовки, так как со временем пациенты стремятся вернуться к прежнему малоподвижному образу жизни <p>Заблаговременное предупреждение</p> <ul style="list-style-type: none"> информируйте пациентов о риске рецидива: обучение должно подчеркивать необходимость в пожизненном продолжении, а также информировать о том, как можно достигнуть положительного влияния. Если физическая активность прекращена, необходимо изучить физические, социальные и психологические барьеры, а также предложить альтернативные подходы <p>Ожидаемые результаты</p> <ul style="list-style-type: none"> более активное участие в бытовых, профессиональных и развлекательных мероприятиях улучшение психосоциального состояния, профилактика инвалидности и расширение возможностей для независимого самообслуживания улучшение выносливости улучшение прогноза
Физическая тренировка	<p>Физическая тренировка обозначает подкласс физической активности, при которой выполняются запланированные, структурированные и повторяющиеся движения тела для поддержания или улучшения физического состояния, т.е. это структурированное вмешательство за определенный период времени. Физические тренировки являются составной частью вмешательств по оптимизации физической активности (смотри предыдущий параграф)</p> <p>Общие рекомендации</p> <ul style="list-style-type: none"> тренировки субмаксимальной интенсивности, начиная с 50–60% от максимальной мощности нагрузки или максимального потребления кислорода, если доступно его определение, и постепенное увеличение нагрузки в соответствии с субъективным ощущением физического напряжения расширение физической активности за счет включения силовых тренировок/тренировок на выносливость 2 раза в неделю <p>На начальном этапе рекомендуются контролируемые физические тренировки в стационаре, особенно у пациентов, находящихся в нестабильном состоянии, и слабых пациентов с целью оценки индивидуальной реакции на нагрузку и переносимости, а также оперативного определения признаков и симптомов, указывающих на необходимость изменить или прервать программу. Контроль должен включать физический осмотр, мониторинг ЧСС, АД и ритма сердца до, в течение и после физической тренировки. Период наблюдения должен быть продлен для пациентов, у которых появились новые симптомы, резкие изменения уровня АД, наджелудочковая или желудочковая экстрасистолия в течение тренировки</p> <p>Ожидаемые результаты</p> <ul style="list-style-type: none"> увеличение кардиореспираторной выносливости, повышение гибкости, мышечной выносливости и силы на 5–10% уменьшение выраженности симптомов, ослабление физиологического ответа на физическую нагрузку и повышение психосоциального благополучия

Диета/консультирование по питанию	<p>Оценка</p> <ul style="list-style-type: none"> • ежедневной калорийности питания и содержания в рационе жиров, насыщенных жиров, натрия и других питательных элементов. Оценка пищевого поведения <p>Обучение</p> <ul style="list-style-type: none"> • пациентов (и членов их семей) принципам здорового питания и их реализации; контроль содержания поваренной соли, жиров и воды в привычных продуктах питания <p>Здоровое питание</p> <ul style="list-style-type: none"> • широкое разнообразие пищи; продукты с низким содержанием поваренной соли • средиземноморская диета: фрукты, овощи, цельнозерновые каши и хлеб, рыба (особенно жирная), постное мясо, молочные продукты с низким содержанием жира • замена насыщенных жиров с помощью продуктов, перечисленных выше, мононенасыщенных и полиненасыщенных жиров из овощей (олеиновая кислота в составе оливкового и рапсового масел) и морских продуктов для снижения уровня общего жира ниже 30% от общего энергопотребления, из которых на насыщенные жиры должно приходиться менее $\frac{1}{3}$ <p>Избегать</p> <ul style="list-style-type: none"> • напитков и пищи, содержащих добавки сахара, а также соленых продуктов <p>Включить в профилактическое консультирование</p> <ul style="list-style-type: none"> • модели изменения поведения и стратегии повышения приверженности <p>Ожидаемые результаты</p> <ul style="list-style-type: none"> • модификация ассоциированных ФР при необходимости
Контроль массы тела	<p>Контроль ИМТ</p> <ul style="list-style-type: none"> • на каждом визите важно настойчиво напоминать пациенту о необходимости контроля массы тела посредством надлежащего баланса между физической активностью и потреблением калорий, а также о возможности участия в программах по коррекции поведения с целью достижения и поддержания рекомендуемого ИМТ (18,5—24,9 кг/м²) <p>Контроль ОТ</p> <ul style="list-style-type: none"> • если ОТ > 80 см у женщин и > 94 см у мужчин, целесообразно начать изменение образа жизни и рассмотреть стратегии лечения метаболического синдрома. У некоторых мужчин могут иметься многочисленные метаболические ФР при незначительном увеличении ОТ (94—102 см). У них может быть выраженная наследственная предрасположенность к инсулинорезистентности, и они могут получить такую же пользу от оздоровления образа жизни, как и мужчины со значительным увеличением ОТ <p>Ожидаемые результаты</p> <ul style="list-style-type: none"> • разработка индивидуальной стратегии для снижения массы тела на 5—10% за 6 мес и модификация ассоциированных ФР при необходимости • если цель не достигнута, рассмотреть возможность направления пациента в специализированную клинику по лечению ожирения
Контроль уровня липидов крови	<p>Оценка</p> <ul style="list-style-type: none"> • уровня липидов в крови; изменение диеты, физической активности и лекарственных препаратов при необходимости <p>Ожидаемые результаты</p> <ul style="list-style-type: none"> • ОХС < 5 ммоль/л (< ~190 мг/дл) и ХС ЛНП < 3 ммоль/л (< ~115 мг/дл) для пациентов с низким или умеренным риском • ХС ЛНП < 1,8 ммоль/л (< ~70 мг/дл) или ≥ 50% снижение ХС ЛНП, если целевой уровень не может быть достигнут
Контроль АД	<p>Оценка</p> <ul style="list-style-type: none"> • частое измерение АД в покое. Во время физической нагрузки необходимо контролировать АД, если есть подозрения на возникновение гипертонической реакции на нагрузку <p>Обучение</p> <ul style="list-style-type: none"> • если в покое систолическое АД 130—139 мм рт.ст. или диастолическое АД 85—89 мм рт.ст., необходимо рекомендовать оздоровление образа жизни: физические упражнения, контроль массы тела, ограничение потребления натрия (поваренной соли) и ограничение употребления алкоголя (< 30 г/день для мужчин и < 15 г/день для женщин) в соответствии с диетой DASH [36]; если у пациента СД или хронические заболевания почек или ССЗ, рассмотреть терапию лекарственными препаратами • если в покое систолическое АД ≥ 140 мм рт.ст. или диастолическое АД ≥ 90 мм рт.ст., то помимо оздоровления образа жизни, необходимо начать лекарственную терапию в соответствии с рекомендациями [1] • АД < 140/90 мм рт.ст. (поддержание уровня < 130/80 мм рт.ст. при наличии СД, ХСН или почечной недостаточности остается все еще спорным вопросом)
Отказ от курения	<p>Необходимо настойчиво и на профессиональном уровне рекомендовать всем курильщикам отказаться от курения всех видов табака. Можно предложить наблюдение, направление на специальные программы и/или фармакотерапию (включая никотинзаместительную) как пошаговую тактику отказа от курения. Рекомендуется использовать структурированный подход 5A: спроси (ask), посоветуй (advise), оцени (assess), помоги (assist), организуй (arrange)</p> <ul style="list-style-type: none"> • оцените статус курения и использования различных табачных изделий. Уточните число (сигарет в день) и продолжительность курения (число лет) • определите готовность пациента к переменам; если пациент готов, выберите дату прекращения курения • оцените психосоциальные факторы, которые могут помешать успеху <p>Вмешательство</p> <ul style="list-style-type: none"> • предоставить структурированное наблюдение за пациентом; дать советы по изменению поведения и предложить групповые или индивидуальные консультации; рассмотреть назначение никотинзаместительной терапии в случаях, если сочетание с бупропионом или варениклином не противопоказано <p>Ожидаемые результаты</p> <ul style="list-style-type: none"> • долгосрочное воздержание от курения
Контроль психосоциальных факторов	<p>Оценка</p> <ul style="list-style-type: none"> • провести скрининговое обследование для оценки наличия психологического дистресса, на что будут указывать клинически значимые уровни депрессии, тревоги, гнева или враждебности, социальная изоляция, а также стресс, связанный с работой, семьей, браком; сексуальными расстройствами/изменениями, злоупотреблением алкоголя и/или другими психотропными препаратами. Используйте опрос и/или другие стандартизованные методы. В соответствии с рекомендациями необходимо задавать каждому пациенту следующие общепринятые скрининговые вопросы: • за последние 2 нед чувствовали ли Вы себя расстроенным, подавленным или бесполезным? • за последние 2 нед испытывали ли Вы слабый интерес или незначительное удовольствие во время выполнения всех дел? При положительном ответе рекомендуется обследование у психолога

Профессиональное кон- сультирование	<p>Вмешательство Предложите:</p> <ul style="list-style-type: none"> — индивидуальное консультирование — и/или обучение, консультирование в маленьких группах по адаптации при ССЗ, управлению стрессом и образу жизни (в том числе социально-трудовым вопросам, управлению машиной и сексуальной активности), техникам расслабления — во всех случаях, когда это возможно, предложите супругам и другим членам семьи, гражданским супругам и/или другим значимым для пациента людям доступ к занятиям. Обучайте пациентов стратегиям самопомощи и способам получения эффективной социальной поддержки. Обеспечьте профессиональное консультирование в случае стресса, связанного с работой <p>Ожидаемые результаты</p> <ul style="list-style-type: none"> — отсутствие клинически значимых психосоциальных проблем и приобретение навыков по управлению стрессом — улучшение качества жизни, связанного со здоровьем <p>Оценка</p> <ul style="list-style-type: none"> — перед выпиской из стационара с пациентом и его партнером следует обсудить процесс возвращения к прежней активности и способствовать этому в отсутствие медицинских противопоказаний. Необходимо выявить любые препятствия к возврату к работе <p>Вмешательство</p> <ul style="list-style-type: none"> — все методики, позволяющие помочь пациентам преодолеть преграды на пути возвращения к работе или получения работы, включая переподготовку и повышение потенциала, корректировку квалификации, вопросы получения инвалидности, коррекции клинического состояния и медикаментозного лечения
--	--

Примечание. ФР — фактор риска; ССЗ — сердечно-сосудистое заболевание; ЧСС — частота сердечных сокращений; ИМТ — индекс массы тела; АД — артериальное давление; ЭКГ — электрокардиограмма; ЭхоКГ — эхокардиография; ОХС — общий холестерин; ХС ЛНП — холестерин липопротеидов низкой плотности; ХС ЛВП — холестерин липопротеидов высокой плотности; ОТ — окружность талии.

Фаза 3 — длительная амбулаторная КР, обеспечивающая длительную профилактическую и реабилитационную помощь в амбулаторных условиях и/или домашнем кругу.

Первые компоненты КР следует начинать настолько возможно раньше после госпитализации пациента. Последующие компоненты позволяют достичь основных задач программы КР и сохранить результаты в средне- и долгосрочной перспективе.

Ключевые компоненты и задачи

В соответствии со стандартами, общими для всех клинических состояний, изложенными в недавно опубликованных Европейских документах [13], ключевыми компонентами КР являются:

- Обследование пациента с медицинским контролем
- Консультирование по физической активности
- Назначение физических тренировок
- Консультирование по питанию и диете
- Контроль массы тела
- Контроль уровня липидов крови
- Контроль и мониторинг уровня АД
- Отказ от курения
- Консультирование по вопросам труда и занятости
- Консультирование по психосоциальным аспектам

Ожидаемым результатом всех программ ПК является повышение клинической стабильности пациентов, уменьшение выраженности симптомов заболевания, снижение суммарного риска развития ССЗ, повышение приверженности пациентов приему лекарственных препаратов и оздоровление поведенческого профиля, приводящие к повышению качества жизни, социальной интеграции и улучшению прогноза.

Критерии соответствия

Направление к врачу

Скрининг. Существуют весомые доказательства того, что программы ПК/КР следует начинать в стационаре и продолжать в амбулаторных условиях в течение 1–3 нед после выписки [1, 9–12]. Программы показаны пациентам, имеющим одно или несколько

из следующих заболеваний в качестве первичного диагноза, иногда в течение предшествующих 12 мес (если пациенты ранее не вовлекались в программы ранней амбулаторной КР/ВП):

- ишемическая болезнь сердца (ИБС);
- недавно перенесенные хирургические или интервенционные вмешательства (на коронарных артериях и сердце, включая клапаны сердца);
- ХСН;
- трансплантация сердца;
- сахарный диабет (СД) и метаболический синдром;
- атеросклероз периферических артерий и перенесенные операции/вмешательства на магистральных сосудах;
- искусственный левый желудочек;
- наличие электрокардиостимулятора, кардиовертера-дефибриллятора и ресинхронизирующего устройства.

Участие пациентов в программах ПК/КР ограничивают разного рода барьеры, а именно:

- связанные с самим пациентом, например отказ пациента от участия в программе, депрессия, социальная изоляция, недостаток денежных средств, отсутствие транспорта для передвижения;
- связанные с системой оказания помощи, т.е. особенностями системы здравоохранения и/или социальными барьерами (отсутствие программ ПК/КР, страхового покрытия, слабая транспортная инфраструктура).

Несмотря на то что некоторые пациенты могут столкнуться с существенными препятствиями к участию в КР, необходимо учитывать, что почти все больные ССЗ могут получить пользу, по меньшей мере от некоторых компонентов программ ПК/КР.

У всех пациентов перед выпиской из стационара по поводу перенесенного острого ССО следует рассмотреть, поэтапно спланировать и начать программу КР, направленную на изменение образа жизни и обеспечение долгосрочной приверженности пациента лечению.

Направление пациентов на программы. На включение в раннюю стационарную или амбулаторную программу КР должны направляться пациенты, которые в предшествующие 12 мес имели один из диагнозов, перечисленных выше. Программы КР обычно дают наилучший эффект, если они начинаются вскоре

после исходной госпитализации. Однако бывают клинические, социальные и транспортные причины, которые могут помешать участию пациентов в структурированной программе КР. Для того чтобы обеспечить максимально возможное участие пациентов в программах КР на различных этапах после исходного события, необходимо предусмотреть ответственность за направление пациентов на эти программы на всех уровнях — на уровне медицинских учреждений — стационара и амбулатории (поликлиники), а также на уровне врачей, ответственных на всех этапах за ведение пациентов, перенесших ССО.

Критерии. Набор индикаторов проведения программ ПК/КР основывается на 2 критериях своевременного направления пациентов на раннюю стационарную или амбулаторную программу КР:

1) всех госпитализированных пациентов с установленным диагнозом ССО следует направлять на раннюю программу КР до выписки из стационара;

2) все амбулаторные пациенты с установленным диагнозом перенесенного в течение прошлого года ССО, не участвовавшие в ранних программах КР, должны направляться на программы своими врачами или иными медицинскими работниками. В этом случае наиболее приемлемым для пациента будет участие в амбулаторной программе КР.

Следует отметить, что органы управления системой здравоохранения и медицинские работники, наблюдающие пациента во время пребывания в стационаре и/или после события, должны нести ответственность на основе обозначенных индикаторов.

Предложены индикаторы качества ВП, имеющие отношение к направлению пациентов на стационарные программы КР (см. табл. 1) и амбулаторные программы КР (см. табл. 2). Показаны примеры бланков-заказов для направления пациентов на стационарные (дополнительный материал см. табл. I) и ранние амбулаторные программы (фаза 2) (дополнительный материал см. табл. II).

Главный компонент программы ПК — надлежащая оценка ФР у пациента, включая его уровень образования и контекстные факторы окружения. Эту оценку ФР следует выполнить как можно раньше после острого ССО. Дополнительный материал (см. табл. III) представляет универсальные наборы индикаторов для оценки полноты и адекватности профилактических вмешательств после острого коронарного осложнения и перед началом фазы 2 программы КР.

Качество медицинской помощи. Как индикаторы, отражающие структуру программы, так и индикаторы процесса ее прохождения, разработаны для того, чтобы помочь организаторам здравоохранения выявить потенциально корректируемые причины недостаточного участия пациентов в программах ПК/КР, требующие принятия мер.

Индикаторы, отражающие структуру программы. Эти индикаторы отражают инфраструктуру, включая наличие соответствующего помещения, оборудования и персонала, достаточных для обеспечения высоких стандартов качества при проведении пациентам программ КР. К структурным индикаторам относятся квалификационные требования к руководителю и персоналу, осуществляющим программу КР, а также наличие необходимого оборудования и правильной организации оказания медицинской помощи в неотложных ситуациях, которые могут возникнуть во время проведения программы.

Помещение. Основные требования к помещению нацелены на обеспечение безопасной, функциональной и эффективной рабочей обстановки. Многие требования регламентированы

федеральными, государственными и местными органами исполнительной власти; в дополнение, помещения должны соответствовать государственным и местным нормам пожарной безопасности и в некоторых случаях государственным требованиям по аккредитации помещений. Компоненты материально-технической базы включают следующее: 1) планирование использования площади; 2) приобретение оборудования и техническая эксплуатация; 3) уменьшение и контролирование опасных факторов окружающей среды; 4) обеспечение комфорта пациента и безопасных условий (должен быть немедленный доступ ко всем помещениям, в которых может оказаться пациент, размеры помещений должны обеспечивать легкий доступ персонала и оборудования); 5) климатический контроль (комфортная температура и влажность воздуха).

Следующие зоны должны входить в состав основных помещений КР центра (более подробное описание помещений и оборудования для стационарных и амбулаторных реабилитационных программ приводится в специализированных научных источниках [14]):

- зона, предназначенная для консультирования, индивидуального медицинского осмотра и психологического консультирования;
- зона для группового обучения и консультирования (Школа для пациентов). Рекомендуется приглашать супругу(а)/партнера пациента для участия в Школе для пациентов (необходимо предоставить пациентам печатную информацию о здоровом образе жизни и модификации ФР);
- кабинет для проведения исследований (например, эхокардиографии — ЭхоКГ);
- кабинет для проведения нагрузочных проб;
- помещение для физических тренировок: помещение должно отвечать требованиям по проведению физических тренировок и индивидуальным нуждам пациентов (расчет площади: примерно 4 м² на пациента);
- помещение для досуга;
- спортивный зал;
- комната отдыха/раздевалка с отдельными туалетами и душевыми.

Оборудование. Выбор оборудования зависит от особенностей конкретной программы, доступной площади и бюджетных возможностей. Все оборудование должно быть сертифицировано и снабжено руководствами по обеспечению безопасности пациентов при его эксплуатации. Персонал должен пройти обучение по использованию данного оборудования. Информация о правилах эксплуатации оборудования и его калибровке должна быть легко доступна. Стул и кушетка для обследования пациента в горизонтальном положении должны быть доступны во всех зонах (обследование пациентов должно быть ограничено тестами, позволяющими ответить на конкретные клинические вопросы).

Необходимо наличие оборудования для проведения следующих исследований:

- оценка клинического состояния пациента: стетоскоп, сфигмоманометр, весы, биохимический анализ крови, анализ мочи, электрокардиография;
- оценка функции левого желудочка: ЭхоКГ, радионуклидная вентрикулография, рентгенконтрастная вентрикулография в зависимости от обстоятельств и состояния пациентов;
- оценка нарушений ритма сердца: амбулаторное холтеровское мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ);

- оценка функциональной способности: нагрузочный тест (тредмил/велосипед), кардиопульмональный тест с физической нагрузкой, тест с 6-минутной ходьбой, тест с ходьбой в зависимости от обстоятельств и состояния пациентов;

- оценка психосоциального состояния: лицензированные тесты и инструменты для скрининга (в идеале компьютеризированные);

- оборудование для проведения контролируемых физических тренировок: стетоскоп и сфигмоманометр, оборудование для ЭКГ-телеметрии, оборудование для выполнения физических упражнений (легкий инвентарь для тренировок, гири, гантели, тренажеры для силовой тренировки, тредмилы, стационарные велотренажеры, эргометры для плечевого пояса). (Важно! Возможно проведение контролируемых физических тренировок с применением небольшого количества оборудования и сохранения принципа качественной клинической практики при низкой цене. Выбор оборудования отчасти определяется уровнем физических нагрузок. Упражнения высокой интенсивности могут быть выполнены на обычном оборудовании, но при этом требуется дополнительное оборудование для обеспечения безопасности, как отмечено ниже).

Регулярный аудит программ необходим и направлен на демонстрацию того, что программы позволяют достичь желаемых клинических результатов. Аудит дает возможность провести оценку программ на местном и национальном уровнях. Каждая КР служба (отделение) должна проверяться на уровне учреждения и медицинской инспекции органа управления здравоохранением. На регулярной основе необходимо регистрировать данные о клинических исходах, удовлетворенности пациентов программами, своевременности, эффективности, непрерывности, безопасности и продуктивности программ. Сбор данных необходим для оценки эффективности программ и их дальнейшей оптимизации. Для облегчения анализа данных (в идеале в виде проспективного наблюдения) целесообразно их сохранение в электронном виде (с использованием компьютера) или в виде специальных таблиц.

Оборудование для неотложной помощи описано в специализированных документах [15]. Письменный протокол по оказанию неотложной помощи и быстрый доступ к телефону для вызова экстренной помощи обязательны при проведении всех программ. (Важно! При проведении контролируемых физических тренировок низкой интенсивности риск развития кардиальных осложнений очень низкий. Однако персонал должен владеть навыками проведения сердечно-легочной реанимации. Дополнительное оборудование и обучение персонала необходимы для контролируемых физических тренировок высокой интенсивности).

Персонал обеспечивающий реализацию эффективной программы ПК персонал представлен на рисунке:

1. Директор программы: любой из членов команды с хорошими организаторскими, управленческими и коммуникационными навыками. Обеспечивает надлежащую организацию программы и ее соответствие научно обоснованным рекомендациям.

2. Медицинский директор (заместитель директора по медицинской части), имеющий квалификацию кардиолога и ответственный за контроль соблюдения принципов программы и проведения медицинских процедур. Может исполнять обязанности директора программы.

3. Обученный и хорошо проинструктированный персонал, способный немедленно оказать помощь при возникновении неотложной ситуации. Соответствующее оборудование и препараты

для оказания неотложной помощи должны быть в постоянной готовности.

4. Мультидисциплинарная команда:

- кардиолог;
- физиотерапевт;
- медицинская сестра;
- психолог;
- диетолог;
- фармацевт (в зависимости от обстоятельств и направления);
- инструктор по лечебной физкультуре — ЛФК (в зависимости от обстоятельств и направления);
- врач по профессиональным заболеваниям (в зависимости от обстоятельств и направления);
- консультирующие врачи: терапевт, невролог, диабетолог (эндокринолог), кардиохирург (в зависимости от обстоятельств и направления);
- врач общей практики;
- работник социальной службы (в зависимости от обстоятельств и направления).

Каждый член команды должен иметь сертификат, подтверждающий его право работать на соответствующей позиции. Кроме того, персонал, вовлеченный в проведение КР, должен регулярно проходить курсы повышения квалификации для обновления знаний и непрерывного обучения.

Несмотря на то что несколько членов команды могут выполнять множество задач, некоторые задачи требуют специальных навыков и прохождения обучения, потому должны выполняться сотрудником, имеющим соответствующую специализацию. Члены команды имеют различный опыт и подготовку, а, следовательно, и знания в различных областях. Важно заранее определить задачи, которые будут решаться персонально каждым из членов команды и задачи, которые могут быть общими для нескольких членов команды. Отсутствие распределения задач в команде может создать напряжение.

Важно определить для каждого специалиста:

- конкретную профессиональную квалификацию [21];
- обучающие тренинги;
- обязанности;
- общие обязанности, такие как:
 - процедуры оказания неотложной медицинской помощи (весь персонал должен пройти обучение современной сердечно-легочной реанимации);
 - взаимодействие с другими медицинскими работниками;
 - базовые навыки сбора данных и документации, процедур регистрации данных пациента, использование персонального компьютера;
 - знания о программе, ее целях, содержании и структуре, умение ее представить.
 - специальные обязанности, такие как:
 - консультирование пациентов, содействие в изменении поведения, проведение интерактивных дискуссионных групповых занятий, обучение;
 - проведение контролируемых физических тренировок;
 - оформление направления на программу, координирование и управление программой;
 - планирование выписки и последующего наблюдения за пациентом.

Ответственность за предоставление пациентам услуг, отвечающих соответствующим стандартам оказания медицинской помощи, лежит, прежде всего, на медицинском работнике.

Это персональная ответственность медицинского работника работать в соответствии с принципами качественной медицинской практики и современными достижениями и подходами, изложенными в рекомендациях профессиональных медицинских обществ и ассоциаций. Поскольку может возникнуть такая клиническая ситуация, которая находится вне рамок программы, врач должен провести независимую клиническую оценку и определить наиболее подходящую тактику для конкретного пациента или группы пациентов, он также должен направить пациентов к другим специалистам, когда требуются знания и опыт, выходящие за пределы его/ее уровня квалификации.

Профессиональная команда может быть определена как группа медицинских работников, имеющих необходимые знания и профессиональные навыки, необходимые для обеспечения всех компонентов программы КР. Рекомендуется составить список медицинских работников в алфавитном порядке с указанием конкретной роли при осуществлении программы ПК/КР

(дополнительный материал табл. IV, V, VI), а также проведении обучения пациентов (дополнительный материал табл. VII). Несмотря на то что в некоторых частях Европы недоступны все специалисты, поиск квалифицированного персонала для специальных разделов программы может быть осуществлен в профессиональной структуре занятости [22].

Важно предоставить:

- схему организационной структуры (см. рисунок как пример организационной структуры программы ПК/КР);
- число сотрудников по каждой профессиональной дисциплине в команде;
- число постоянных или временных консультантов;
- коэффициент отношение персонал/пациенты (физические тренировки обычно проводятся двумя специалистами, которые вместе могут контролировать до 20 пациентов);
- совещания членов команды, необходимые для облегчения взаимодействия между членами команды и регулярного

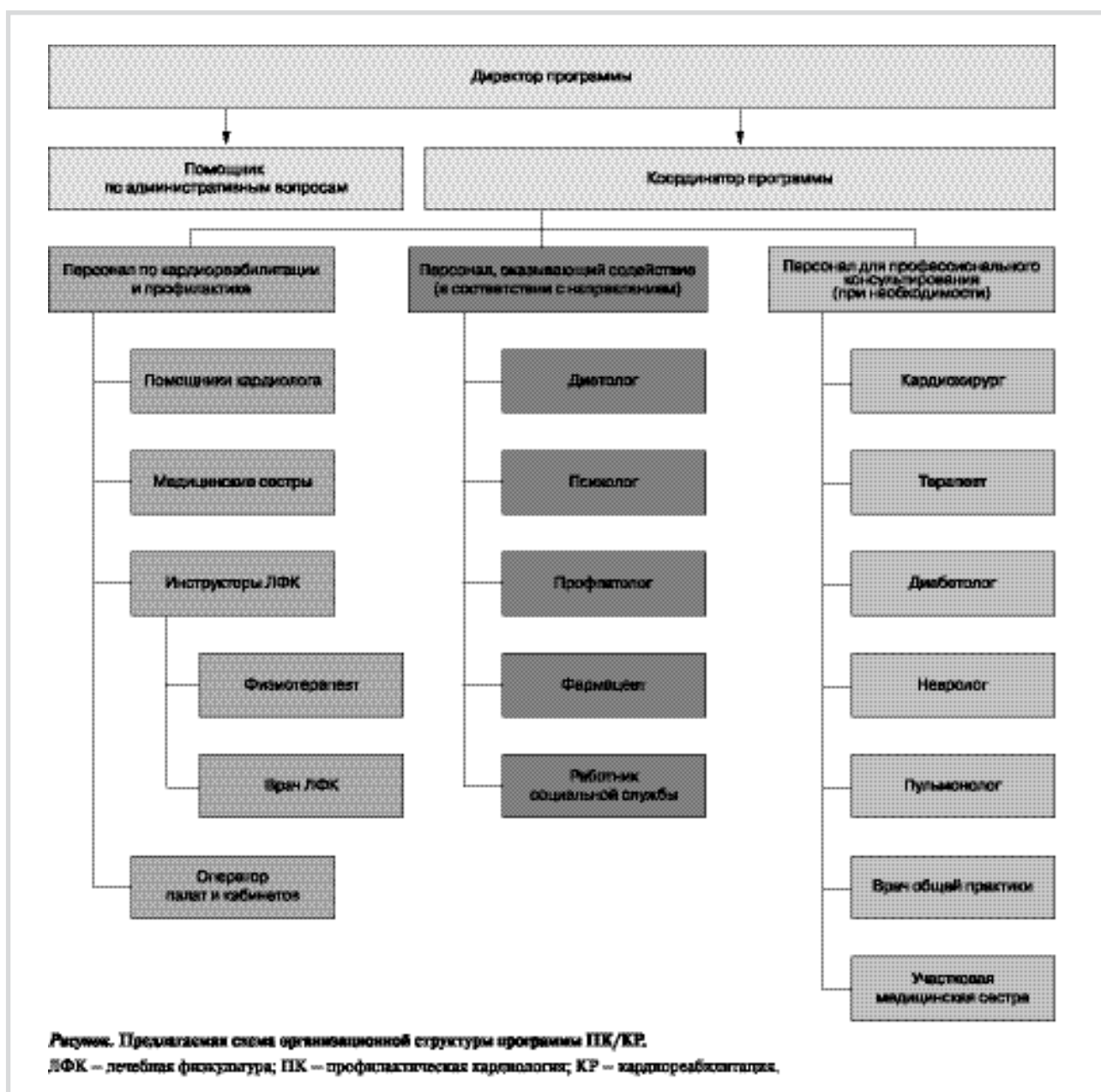


Таблица 4. Образец инструмента по сбору данных для контроля выполнения каждого компонента программы КР (во время и после программы)

Имя пациента или код —		Дата перенесенного события(ий):		Дата рождения:	
Пол:	<input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен				
Диагнозы: (a) Острый коронарный синдром, (b) Хроническая ишемическая болезнь сердца, (c) недавняя операция на коронарных артериях или клапанах сердца), (d) хроническая сердечная недостаточность, (e) трансплантация сердца, (f) сахарный диабет/ метаболический синдром, (g) заболевание периферических артерий, вмешательство/операция на магистральных сосудах, (h) пациент с искусственным левым желудочком, (i) пациент с искусственным левым желудочком, (j) пациент с искусственным водителем ритма/ кардиовертгером-дефибриллятором/ ресинхронизирующим устройством, (k) другие					
Целевой показатель	Исходное обследование	План вмешательства и взаимодействия	Повторное обследование до завершения программы	Изменения в плане вмешательства и взаимодействия	
Данные					
Физическая активность/уровень	2,5 ч в неделю, распределить в течение недели: 4—5 дней в неделю	<input type="checkbox"/> Обучение, касающееся оптимального уровня физической активности, проведено. <i>Выполнить только, если уровень субоптимальный</i> <input type="checkbox"/> План вмешательства разработан вместе с пациентом <input type="checkbox"/> План вмешательства обсужден с пациентом и медицинским работником	Оптимальный уровень Субоптимальный уровень	<i>Отметить только в том случае, если привычки становятся субоптимальными</i> <input type="checkbox"/> План вмешательства разработан вместе с пациентом <input type="checkbox"/> Медицинский работник проинформирован	
Физические тренировки/работоспособность	Оценка симптом-лимитированной толерантности к физической нагрузке и разработка индивидуального плана физических тренировок	<input type="checkbox"/> Оценка и рекомендации по физическим тренировкам выполнены <input type="checkbox"/> Оценка и рекомендации по физическим тренировкам не выполнены	Повторная оценка и рекомендации по физическим тренировкам выполнены Повторная оценка и назначение физической нагрузки не выполнено	<input type="checkbox"/> Внесены изменения в рекомендации по физическим тренировкам, что доведено до сведения пациента и медицинского работника	
Диета/консультирование по питанию	Широкое разнообразие продуктов в рационе; пища с низким содержанием соли; средиземноморская диета	<input type="checkbox"/> Рекомендуется всем пациентам с ССЗ <input type="checkbox"/> Обучение проведено: <input type="checkbox"/> Намеченные цели по питанию <input type="checkbox"/> Модификация образа жизни	Отметить только в том случае, если выявлен субоптимальный контроль при начальном обследовании: Рекомендовать пациенту повторное обращение к медицинскому работнику для повторной оценки	<input type="checkbox"/> При необходимости взаимодействие с медицинскими работниками/ поставщиками медицинских услуг	
Контроль массы тела	Индекс массы тела: 18,5—24,9 кг/ м ² и окружность талии: мужчины <94 см, женщины <80 см	<input type="checkbox"/> Рекомендуется всем пациентам <input type="checkbox"/> Проведено обучение по достижению целевых уровней, диете, регулярной физической активности <input type="checkbox"/> Рекомендовано посещение программы по контролю массы тела и окружности талии <input type="checkbox"/> Медицинский работник проинформирован, если целевой уровень выше целевого	<input type="checkbox"/> Целевой уровень <input type="checkbox"/> Выше целевого уровня	<i>Отметить только в том случае, если целевые уровни не достигнуты</i> <input type="checkbox"/> Дополнительное обучение по достижению целевых уровней, диете, изменению поведения, физической нагрузке <input type="checkbox"/> Рекомендовано посещение программы по контролю массы тела и окружности талии <input type="checkbox"/> Медицинский работник проинформирован	

Имя пациента или код —		Дата перенесенного события(ий):		Дата рождения:	
Пол:	<input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен				
Контроль уровня липидов крови	<p>Общий холестерин <5 ммоль/л (<~190мг/дл) и ЛПНП <3 ммоль/л (<~115 мг/дл) для пациентов с низким и умеренным риском</p> <p>ЛПНП <1,8 ммоль/л (<~70 мг/дл) или ≥50%снижение холестерина ЛПНП когда целевой уровень не может быть достигнут у пациентов с высоким риском</p>	<p><input type="checkbox"/> Оптимальный контроль</p> <p><input type="checkbox"/> Субоптимальный контроль</p>	<p>Рекомендуется всем пациентам с ССЗ:</p> <p>Проведено обучение по темам:</p> <p><input type="checkbox"/> Целевые уровни липидов</p> <p><input type="checkbox"/> Приверженность к приему лекарственных препаратов</p> <p><input type="checkbox"/> Модификация образа жизни</p>	<p>Отметить только, если при исходном обследовании целевые уровни субоптимальные:</p> <p><input type="checkbox"/> Рекомендовать пациенту обратиться к медицинскому работнику для повторной оценки</p>	<p>При необходимости взаимодействия с медицинскими работниками/ поставщиками медицинских услуг</p>
Контроль АД	<140/90 мм рт.ст.	<p><input type="checkbox"/> Пациент с диагнозом АГ, леченной или нелеченной</p> <p><input type="checkbox"/> Без АГ</p>	<p>Отметить только в том случае, если пациент имеет АГ:</p> <p>Проведено обучение по темам:</p> <p><input type="checkbox"/> Целевой уровень АД</p> <p><input type="checkbox"/> Приверженность к приему лекарственных препаратов</p> <p><input type="checkbox"/> Модификация образа жизни</p>	<p><input type="checkbox"/> Периодический контроль АД в течение программы КР</p>	<p>При необходимости взаимодействия с медицинскими работниками/ поставщиками медицинских услуг</p>
Курение табака	Полный отказ от курения табака	<p><input type="checkbox"/> Никогда не курил</p> <p><input type="checkbox"/> Отказался от курения недавно (менее 12 мес назад)</p> <p><input type="checkbox"/> Курит в настоящее время</p>	<p>Отметить только в том случае, если пациент курил недавно или курит в настоящее время</p> <p><input type="checkbox"/> Индивидуальное обучение и консультирование или</p> <p><input type="checkbox"/> Направление на программу по отказу от курения</p> <p><input type="checkbox"/> Медицинский работник проинформирован</p>	<p><input type="checkbox"/> Отказ от курения</p> <p><input type="checkbox"/> Все еще курит</p>	<p>Отметить только в том случае, если пациент все еще курит</p> <p><input type="checkbox"/> Индивидуальное обучение и консультирование или</p> <p><input type="checkbox"/> Направление на программу по отказу от курения</p> <p><input type="checkbox"/> Медицинский работник проинформирован</p>
Психологический стресс	Оценка наличия или отсутствия психологического стресса: депрессии, тревоги, личности типа D, качества жизни с помощью валидных и надежных скрининговых инструментов	<p><input type="checkbox"/> Проведена оценка психологического стресса/депрессии/ качества жизни</p> <p><input type="checkbox"/> Пациент не обследован на наличие психологических расстройств/депрессии, не проведена оценка качества жизни, связанного со здоровьем</p>	<p>Отметить только в том случае, если скрининг выявил стресс:</p> <p><input type="checkbox"/> Результаты обсуждены с пациентом и</p> <p><input type="checkbox"/> Медицинский работник проинформирован</p>	<p><input type="checkbox"/> Проведена повторная оценка психологического стресса/депрессии/качества жизни</p> <p><input type="checkbox"/> Повторная оценка не проводилась</p>	<p>Отметить только, если скрининг выявил стресс:</p> <p><input type="checkbox"/> Результаты обсуждены с пациентом</p> <p><input type="checkbox"/> Медицинский работник проинформирован</p>
Медикаментозное лечение	<p><input type="checkbox"/> Приверженность назначенной профилактической медикаментозной терапии</p>	<p><input type="checkbox"/> Пациенту назначены профилактические лекарственные препараты его врачом</p>	<p>Индивидуальное обучение и консультирование по приверженности к рекомендованной профилактической медикаментозной терапии или</p> <p>Групповое обучение и консультирование по приверженности к рекомендованной профилактической медикаментозной терапии</p>	<p><input type="checkbox"/> Выполнено индивидуальное или групповое обучение</p>	<p><input type="checkbox"/> Пациенту рекомендовано обсудить со своим врачом все вопросы или опасения, касающиеся назначенной профилактической медикаментозной терапии</p>

Примечание: АД — артериальное давление; ЛПНП — липопротеиды низкой плотности; здесь и в табл 5: АГ — артериальная гипертензия; КР — кардиореабилитация.

Таблица 5. Образец инструмента по сбору данных для контроля выполнения каждого компонента программы КР (во время и после программы) (рассматривается вместе с таблицей 3)
Целевые уровни, обследования, план вмешательства и взаимодействия, повторное обследование и наблюдение, изменения в плане вмешательства и взаимодействия, отдельные группы пациентов (в идеале данные следует собирать на отделенном этапе)

Имя пациента или Код:	Дата рождения:
Пол: <input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен Диагнозы: Острый коронарный синдром Ишемическая болезнь сердца (ИБС) Операции и вмешательства по поводу ИБС, структурных заболеваний сердца, включая пороки клапанов сердца Хроническая сердечная недостаточность Трансплантация сердца Сахарный диабет/ метаболический синдром Заболевания периферических артерий, вмешательства/операции на магистральных сосудах Установленный искусственный левый желудочек Установленный искусственный водитель ритма, кардиовертер-дефибриллятор и ресинхронизирующее устройство Другие	Дата события(ий):
Намеренные цели	Стабилизировать клиническое состояние и/или улучшить функциональный статус Оптимизировать научно обоснованную медикаментозную терапию Выявить и контролировать клинические или поведенческие факторы риска Рекомендовать большую активность в быту, на работе и на досуге Улучшить психосоциальный статус, предотвратить инвалидность и расширить возможности для независимого самообслуживания Улучшить аэробную выносливость Возврат к работе, когда это возможно Разработка адаптированного индивидуального плана программы КР
Начальное обследование: инструменты для стратификации риска	История болезни Определение тяжести заболевания Ответ на текущую и прельдущую терапию Физикальный осмотр Анализ крови Рентгенография органов грудной клетки (при необходимости) ЭКГ 2D- и доплерокардиография: дополнительные неинвазивные исследования (при необходимости) Толерантность к физической нагрузке Оценка психосоциального статуса
План вмешательства и взаимодействия	Обучение: предоставление ясной, полноценной информации об основных целях программы КР и роли каждого ее компонента Поведенческое вмешательство: пациенты должны начать и/или продолжить коррекцию образа жизни Контроль массы тела Отказ от курения и ограничение употребления алкоголя Диета/консультирование по питанию: потребление жидкости и соли, ограничение потребляемых калорий или потакания своим желаниям (в соответствии с тяжестью заболевания) Консультирование по самоконтролю схемы рекомендованной терапии и самоконтролю веса, АД, симптомов Консультирование по физической активности Физические тренировки Контроль психосоциального статуса

Продолжение таблицы 5

Целевые уровни, обследования, план вмешательства и взаимодействия, повторное обследование и наблюдение в плане вмешательства и взаимодействия, отдельные группы пациентов (в идеале данные следует собирать на отделенном этапе)

Имя пациента или Код:

Дата рождения:

Сроки повторной оценки образа жизни и повторного клинического обследования определяются в зависимости от тяжести заболевания и ответа на ранее рекомендованную терапию

Повторная оценка образа жизни

Контроль массы тела, курения и употребления алкоголя

Диета/пищевое поведение

Самоконтроль пациента

Рекомендации по физической активности

Приверженность лекарственной терапии

Повторная оценка клинического состояния

Субоптимальное клиническое состояние с неоптимальной медикаментозной терапией: *изменить научно-обоснованную терапию или дозы лекарственных препаратов (если возможно)*

Субоптимальное клиническое состояние с оптимальной медикаментозной терапией: *принять во внимание сопутствующие заболевания и рекомендовать немедикаментозную терапию (если возможно)*

Улучшение клинического состояния с неоптимальной медикаментозной терапией: *изменить/улучшить научно обоснованную медикаментозную терапию или дозы лекарственных препаратов (если возможно)*

Улучшение клинического состояния с оптимальной медикаментозной терапией: *поддерживать научно обоснованный медицинский режим и начать повторное обследование сердца и сосудов.*

Повторное обследование и наблюдение

Стратификация риска в зависимости от исходного клинического состояния по сердечно-сосудистым заболеваниям

РИСК:

Низкий: повторная оценка образа жизни, клиническое и функциональное обследование в течение < 12 месяцев

Умеренный: повторная оценка образа жизни, клиническое и функциональное обследование в течение < 6 месяцев

Высокий: повторная оценка образа жизни, клиническое и функциональное обследование в течение < 3 месяцев: рассмотреть дистанционный мониторинг (если доступно и/или применимо)

Отметить только в том случае, если клиническое состояние остается субоптимальным

Вернуться вновь к пунктам «Повторное обследование и наблюдение»

Рекомендовать наблюдение пациента мультидисциплинарной командой, чтобы гарантировать оптимальную медикаментозную терапию, обучение пациента навыкам самоконтроля и облегчить доступ к поддерживающим службам

Оценить новый план вмешательства и намеченные цели с пациентом, ухаживающими за пациентом людьми и медицинским работником

Изменения в плане вмешательства и взаимодействия

обсуждения состояния пациентов, которые недавно вступили в программу, а также пациентов, требующих особого внимания. При этом важно определить детали:

- время совещаний: совещания необходимо проводить не реже 1 раза в месяц, предпочтительно еженедельно;
- роль каждого члена команды на встрече: можно обсудить задачи каждого члена команды в отношении конкретных пациентов для предотвращения дублирования выполняемых функций;
- посещения: на совещания должны приходиться все члены команды;
- возражения/особые мнения: нужды конкретных пациентов, рассмотрение и внесение улучшений в программу.

Примеры критериев эффективности деятельности задействованного персонала приведены (дополнительный материал табл. VIII).

Индикаторы процесса оказания помощи количественно оценивают специфические аспекты помощи и предназначены для охвата всех составляющих программы КР. Следующие шаги должны применяться в отношении клинических состояний:

- Индивидуальное обследование и оценка модифицируемых ФР развития ССЗ.
- Разработка индивидуальных вмешательств по снижению риска с согласованием оказания медицинской помощи пациентам между всеми медицинскими работниками.
- Наличие плана мониторинга эффективности программы через текущую проверку и анализ собранных данных, что включает:
 - план для проверки факта, что назначенный курс КР успешно завершен пациентом. При этом каждый пациент должен быть обследован по всем ключевым показателям при первой же возможности, результаты должны использоваться для согласования новых клинических целей и задач, в том числе поставленных пациенту;
 - стандартизованный план для повторной оценки профиля ФР пациента в конце программы. Пациенты должны быть повторно обследованы с использованием всех соответствующих методик к концу программы КР, должен быть согласован долгосрочный план поддержки;
- Методология для документального подтверждения эффективности программы и разработки стратегии по улучшению качества.

В табл. 3 представлен полный список индикаторов процесса оказания помощи в рамках программы КР, общих для всех ССЗ, с выделением главного компонента вмешательств и ожидаемых результатов, которые должны учитываться при оценке полноты программы.

Дополнительный материал табл. IX представляет пример краткого оценочного листа для контроля полноты и целесообразности профилактических вмешательств, проводимых во время и после программы КР: включена программа отдаленного наблюдения за пациентом, а также другие медикаментозные и немедикаментозные назначения.

Представлены примеры инструментов для мониторинга отзывов и эффективности программы по различным позициям через детализированный индивидуальный анализ изменений отношения пациента: табл. 4 — инструмент по сбору данных для оценки качества каждого компонента программы КР; табл. 5 — инструмент по сбору данных для оценки совокупного качества программы КР.

Все эти инструменты представлены в качестве примеров и не являются обязательными к использованию. Свои наиболее подходящие и эффективные инструменты мониторинга национальные системы здравоохранения должны создавать с учетом местных условий.

План при выписке и долгосрочный подход

Полноценное взаимодействие пациента с постоянным врачом является исключительно важным. Выписка пациента из стационара должна содержать информацию для врача и для пациента, в ней должны быть четко обозначены ФР и их целевые уровни, другие показатели ВП, толерантность пациента к физической нагрузке и программа, в которую был включен пациент. Это взаимодействие должно быть установлено и активировано в конце разных фаз программы ПК, в частности при выписке из стационара (дополнительный материал табл. III и VI) в конце интенсивной программы КР.

Особые стандарты и критерии эффективности

Дополнительный материал табл. X–XVII представляет стандарты ключевых компонентов, включая методики и задачи, специфичные для каждого клинического состояния.

Рассматриваются:

- ИБС;
- операции на сердце и сосудах, вмешательства (на коронарных артериях и сердце, включая клапаны);
- ХСН;
- трансплантация сердца;
- СД и метаболический синдром;
- заболевания периферических артерий и операции/вмешательства на магистральных сосудах;
 - пациенты с искусственным левым желудочком;
 - пациенты с искусственным водителем ритма, кардиовертером-дефибриллятором и ресинхронизирующим устройством.

Наконец, ключевые компоненты программы для некоторых категорий пациентов с более высоким риском рассматриваются отдельно от общей популяции (дополнительный материал табл. XVIII–XXII). Эта подгруппа включает пожилых пациентов, женщин и пациентов с перенесенной транзиторной ишемической атакой/инсультом, хронической обструктивной болезнью легких, почечной недостаточностью.

Отдельные вопросы для обсуждения

Роль первичной медицинской помощи. После завершения ранних фаз КР большая роль принадлежит обеспечению отдаленного наблюдения за пациентами, которое зависит от вовлечения первичного звена здравоохранения и социальных служб. Плавный переход между госпитальным этапом и последующим наблюдением пациентов в первичном звене может быть обеспечен при тесном взаимодействии всех вовлеченных в процесс сторон, каждая из которых имеет свои задачи в деле оптимального осуществления рекомендаций по ВП.

Взаимодействие. Эффективное взаимодействие между всеми специалистами, вовлеченными в проведение КР, может помочь уменьшить переживания и улучшить самочувствие пациентов, их семей и друзей. Специалисты первичного звена обычно имеют детализированную информацию о социальном и меди-

цинском статусе пациента, что очень важно для понимания значения диагноза ИБС для пациента и его семьи. Вовлечение членов семьи в реабилитационные программы может быть полезным, обеспечивая, таким образом, поддержку для пациентов и способствуя их восстановлению после острого коронарного осложнения. Это вовлечение членов семьи может быть инициировано членами мультидисциплинарной команды из специалистов первичного звена здравоохранения.

В большинстве систем здравоохранения врач первичного звена является связующим звеном между пациентами, больницей и тем профессионалом, к которому в первую очередь обращаются за помощью люди при возникновении медицинских проблем. Врачи первичного звена могут способствовать тому, чтобы работа между всеми специалистами, обеспечивающими КР и ВП, была скоординирована с целью повышения эффективности. Хорошая координация позволяет избежать дублирования усилий и предложить пациенту выбор между госпитальной реабилитацией и реабилитацией на дому в разные периоды времени: интеграция госпитальной реабилитации и реабилитации, проводимой на дому, повышает эффективность ВП [23].

Длительное наблюдение. Хотя ответственность за соблюдение рекомендаций по оздоровлению образа жизни и приему лекарственных препаратов лежит на пациентах, тем не менее им должна быть предоставлена непрерывная поддержка для облегчения выбора в пользу здорового образа жизни. Эта поддержка должна обеспечиваться первичным звеном здравоохранения. Врачи общей практики (участковые врачи) должны следить за тем, чтобы их пациенты были осведомлены о важности соблюдения здорового образа жизни и приема препаратов с целью снижения риска развития коронарных осложнений. ВП ИБС эффективна [25–27], и она более эффективно осуществляется через организованный спланированный анализ, нежели на случайной основе [28]. Для пациентов с осложнениями важно обеспечить регулярный доступ к специалистам.

Принятие во внимание индивидуальных нужд. Анализ свидетельствует о том, что реже принимают участие в программах КР социально неблагополучные лица, женщины и пожилые люди [29–31]. Эти люди часто обращаются к врачам первичного звена по другим причинам, в связи с этим важно создать условия для их участия в КР. Невнимание к этой категории лиц с ее спецификой приводит к их отказу от участия в КР и как результат — к увеличению расхождения в состоянии здоровья между социальными классами. Врачи первичной сети здравоохранения находятся в позиции, которая позволяет им правильно понять потребности пациентов, нужды и приоритеты местного сообщества.

Поддержка общества. В дополнение к медицинским программам КР оказать поддержку пациентам могут группы самопомощи (клубы пациентов) на местном уровне, однако следует принять во внимание, что не каждый пациент готов посещать такие группы. Для пациентов, для которых посещение подобных групп неприемлемо, единственным источником поддержки остаются врачи первичной медицинской помощи, которые будут пытаться помочь им добиться контроля ФР, соблюдения принципов здорового образа жизни и приверженности назначенной схеме лечения. Они также могут проинформировать пациентов

о возможностях получения помощи в улучшении их физического и психосоциального здоровья из местных источников социальной и общественной поддержки.

Вопросы финансирования. Участие служб первичной медицинской помощи в проведении КР и ВП требует выделения соответствующих ресурсов. При предоставлении услуг на базе служб первичной медицинской помощи возникают затраты, касающиеся персонала и расходных материалов [33]. Необходимо учитывать, что возрастающее применение КР может привести к увеличению стоимости назначений, что в некоторых странах, например в Великобритании, ложится бременем на бюджет служб первичной медицинской помощи, соответственно необходимо выделить финансирования для покрытия этих средств.

Роль ассоциаций пациентов. Ассоциации пациентов чаще всего являются добровольными объединениями, цель которых — поддержка и консультирование кардиологических больных, членов их семей и людей, ухаживающих за больными, предоставление советов и необходимой информации на бесплатной основе. В подобные ассоциации входят по большей части сами пациенты, их родственники и друзья, но в их состав могут также входить врачи и другие медицинские работники. Эти ассоциации были вовлечены в организацию и интеграцию программ КР и ВП на базе больниц, учреждений первичной медицинской помощи [34]. Они активно вовлекали медицинских сестер и других медицинских работников различных учреждений здравоохранения в мероприятия по формированию здорового образа жизни. Подобные ассоциации могут играть роль в проведении профилактического консультирования по некоторым аспектам здорового образа жизни, например по физической активности, питанию и курению, обеспечивая эффективное обучение пациентов и самоконтроль заболевания. Прошедшие обучение пациенты, становясь проводниками идей здорового образа жизни, могут в дальнейшем сами участвовать в создании ассоциаций пациентов, поддерживающих программы КР и ВП.

Ассоциации кардиологических пациентов были предложены для содействия повышению приверженности пациентов программам КР и физическим тренировкам, минимизации выбывания пациентов из программ, повышения взаимопонимания в группе (что дает пациентам психологическое преимущество), непрерывной поддержки и обучения пациентов. Опубликовано небольшое число статей на данную тему, совокупный анализ которых затруднен в связи с гетерогенностью вмешательств, различиями в изучаемых популяциях, критериях качества наблюдения и индикаторах оценки эффективности. Необходимо проведение большего числа исследований с целью формулирования четких рекомендаций по форме и содержанию программ обучения самопомощи в КР.

Финансирование

На проведение данного исследования не было выделено гранта от каких-либо финансовых учреждений в государственном, коммерческом или благотворительном секторах.

Технический перевод текста на русский язык подготовлен Г.В. Сечкиной.

Сведения об авторе:

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава РФ, Москва
Отдел вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний

Погосова Н.В. - д.м.н., проф., руков. отдела.
E-mail: NPogosova@gnicpm.ru

ЛИТЕРАТУРА

- European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) * Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur J Prev Cardiol* 2012;19:585–667.
- Spertus J.A.* for the ACC and the AHA Task Force on Performance Measures. ACC and AHA methodology for the selection and creation of performance measures for quantifying the quality of cardiovascular care. *Circulation* 2005;111:1703–1712.
- Redberg F., Benjamin E.J., Bittner V.* et al. ACCF/AHA 2009 performance measures for primary prevention of cardiovascular disease in adults: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Performance Measures for Primary Prevention of Cardiovascular Disease). *Circulation* 2009;120:1296–1336.
- Daviglus M.L., Liu K., Greenland P.* et al. Benefit of a favorable cardiovascular risk-factor profile in middle age with respect to Medicare costs. *N Engl J Med* 1998;339:1122–1129.
- Krumholz H.M., Brindis R.G., Brush J.E.* et al. Standards for statistical models used for public reporting of health outcomes: An American Heart Association Scientific Statement from the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Writing Group: Cosponsored by the Council on Epidemiology and Prevention and the Stroke Council. *Circulation* 2006;113:456–462.
- Pearson T.A., Blair S.N., Daniels S.R.* et al. AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2002 update: Consensus panel guide to comprehensive risk reduction for adult patients without coronary or other atherosclerotic vascular diseases. *Circulation* 2002; 106: 388–391.
- Agency for Healthcare Research and Quality. The Guide to Clinical Preventive Services 2007: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Available at: https://www.oxhp.com/secure/materials/member/adult_preventive.pdf (accessed 3 June 2009).
- Bjarnason-Wehrens., McGee H., Zwisler A.D.* et al.; Cardiac Rehabilitation Section European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Cardiac rehabilitation in Europe: Results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17:410–418.
- Piepoli M.F., Conraads V., Corra' U.* et al. Exercise training in heart failure: From theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Heart Failure* 2011;13:347–357.
- Fernandez R.S., Davidson P., Griffiths R. and Salamonsen Y.* Overcoming barriers to guideline implementation: The case of cardiac rehabilitation. *Qual Saf Health Care* 2010;19:e15.
- Thomas R.J., King M., Lui K.* et al. J. AACVPR/ACC/AHA 2007 performance measures on cardiac rehabilitation for referral to and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention services. *Circulation* 2007;116:1611–1642.
- World Health Organization. Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries: Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series, No. 831. Geneva, Switzerland: World Health Organization 1993.
- Piepoli M.F., Corra' U., Benzer W.* et al.; Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: From knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17:1–17.
- Hamm L.F., Sanderson B.K., Ades P.A.* et al. Core competencies for cardiac rehabilitation/secondary prevention professionals: 2010 update: position statement of the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2011;31:2–10.
- Field J.M., Hazinski M.F., Sayre M.R.* et al. 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010;122:S640–S656.
- Giannuzzi P., Saner H., Bjornstad H.* et al.; Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003;24:1273–1278.
- Corra U., Giannuzzi P., Adamopoulos S.* et al.; Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. Executive summary of the position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology (ESC): Core components of cardiac rehabilitation in chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005;12:321–325.
- Williams M.A., Ades P.A., Hamm L.F.* et al. Clinical evidence for a health benefit from cardiac rehabilitation: An update. *Am Heart J* 2006;152:835–841.
- King M.L., Williams M.A., Fletcher G.F.* et al. Medical director responsibilities for outpatient cardiac rehabilitation/secondary prevention programs. A scientific statement from AHA/American Association for Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2005;112:3354–3360.
- Grady K.L., Dracup K., Kennedy G.* et al. AHA scientific statement. Team management of patients with heart failure. A statement for healthcare professionals from the Cardiovascular Nursing Council of the AHA. *Circulation* 2000; 102: 2443–2456.
- Niebauer J., Mayr K., Tschentscher M.* et al. Outpatient cardiac rehabilitation: the Austrian model. *Eur J Prev Cardiol* 2013;20:468–479.
- Best practice guidelines. Outpatient cardiac rehabilitation, http://www.health.qld.gov.au/publications/best_practice/9115cardiac_doc.pdf (accessed 14 March 2007).
- Dalal H. and Evans P.H.* Achieving national service framework standards for cardiac rehabilitation and secondary prevention. *BMJ* 2003;326:481–484.
- Cupples M.E. and McKnight A.* Five year follow up of patients at high cardiovascular risk who took part in a randomised controlled trial of health promotion. *BMJ* 1999;319:687–688.
- McAlister F., Lawson F.M., Teo K.K., Armstrong P.W.* Randomised trials of secondary prevention programs in coronary heart disease: Systematic review. *BMJ* 2001;323:957–962.
- Cupples M.E., McKnight A.* Randomised controlled trial of health promotion in general practice for patients at high cardiovascular risk. *BMJ* 1994;309:993–996.
- Belardinelli R., Georgiou D., Cianci G., Purcaro A.* Randomized, controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure: Effects on functional capacity, quality of life, and clinical outcome. *Circulation* 1999;99:1173–1182.

28. *Campbell N.C., Thain J., Deans H.G.* et al. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: Randomised trial of effect on health. *BMJ* 1998; 316:1434–1437.
29. *Pell J., Pell A., Morrison C.* et al. Retrospective study of influence of deprivation on uptake of cardiac rehabilitation. *BMJ* 1996; 313: 267–268.
30. *McGee HM and Horgan JH.* Cardiac rehabilitation programs: Are women less likely to attend? *BMJ* 1992;305:283–284.
31. *Cooper A., Lloyd G., Weinman J., Jackson G.* Why patients do not attend cardiac rehabilitation: Role of intentions and illness beliefs. *Heart* 1999;82:234–236.
32. *Dusseldorp E., van Elderen T., Maes S.* et al. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol* 1999;18:506–519.
33. *Taylor R, Kirby B.* The evidence base for the cost effectiveness of cardiac rehabilitation. *Heart* 1997;78:5–6.
34. *Dafoe W.A., Huston P., Wong C.* et al. Primary and secondary prevention of cardiac disease: bridging the two solitudes. *Can J Cardiol.* 2003;19:709–713.
35. *Arena R., Myers J., Williams M.A.* et al.; American Heart Association Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention of the Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing. Assessment of functional capacity in clinical and research settings: A scientific statement from the American Heart Association Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention of the Council on Clinical Cardiology and the Council on Cardiovascular Nursing. *Circulation* 2007;116:329–343.
36. *Bjarnason-Wehrens B., Mayer-Berger W., Meister E.R.* et al. Recommendations for resistance exercise in cardiac rehabilitation. Recommendations of the German Federation for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2004;11:352–361.
37. *Sacks F.M., Svetkey L.P., Vollmer W.M.* et al.; DASH Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med* 2001;344:3–10.

Поступила 27.07.14