

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ КАРДИОЛОГОВ О КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

С. Помешкина, кандидат медицинских наук,
Ю. Аргунова,
Н. Кондрикова, кандидат медицинских наук,
О. Барбараш, доктор медицинских наук, профессор
Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово
E-mail: swetlana.sap2@mail.ru

Согласно современным руководствам, кардиореабилитация показана большинству пациентов после операции коронарного шунтирования. Однако частота ее применения у таких больных остается крайне низкой. Одна из причин этого – недостаточность знаний врачей амбулаторного звена об эффективности и безопасности кардиореабилитации.

Ключевые слова: коронарное шунтирование, кардиореабилитация, физические тренировки, приверженность лечению.

Коронарное шунтирование (КШ) производится как в клиниках России, так и за рубежом [1]. Повышение безопасности КШ, его эффективности, совершенствование хирургической техники и анестезиологического пособия позволяют расширить показания к нему и существенно увеличить число больных, у которых оно выполняется [1]. Частота КШ растет во всем мире. В США ежегодно производится около 300 тыс. таких операций [2], их количество в нашей стране за последние 5 лет увеличилось более чем в 5 раз и достигло к 2013 г. почти 35 тыс. [3]. Ежегодно в Научно-исследовательском институте комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (НИИ КПССЗ) выполняется более 800 операций КШ [4].

Современные руководства придают большое значение реабилитации пациентов, в том числе и после КШ; кардиологическая реабилитация показана большинству таких пациентов (класс I, уровень доказательности A) [1].

Несмотря на это, далеко не все пациенты получают в достаточном объеме данный вид медицинской помощи. По результатам международного многоцентрового исследования EUROASPIRE III, в котором приняли участие 22 страны европейского региона, только 44,8% пациентам были рекомендованы те или иные программы реабилитации и выполнили эти рекомендации лишь 36% пациентов. Кроме того, установлены различия по этим показателям между странами-участниками – только 8% российских пациентов был рекомендован курс восстановительного лечения и менее 3% больных ишемической болезнью сердца его прошли; это – один из самых низких показателей, выявленных в данном исследовании [6].

Приказом Минздравсоцразвития России от 29.12.12 №1705н утвержден Порядок организации медицинской реабилитации: медицинская реабилитация проводится в 3 этапа:

- в острый период заболевания – в отделениях реанимации и интенсивной терапии;

- в ранний восстановительный период – в реабилитационных центрах, отделениях реабилитации;
- в ранний и поздний реабилитационный периоды при хроническом течении заболевания вне обострения – в специализированных отделениях (кабинетах).

Реабилитационные мероприятия должны выполняться группой врачей, но реализацию этого положения тормозит отсутствие квалифицированных кадров, профильных центров, разработанных программ реабилитации.

С 1995 г. в Кемерове разработана и реализована модель оказания помощи при болезнях системы кровообращения по типу замкнутого цикла: стационарный, санаторный и амбулаторный этапы [5]. Такая система обеспечивает преемственность ведения пациентов, важным звеном которого является кардиореабилитация, проводимая, в том числе, и на базе кардиологического санатория. Однако проблема обеспечения реабилитационными мероприятиями больных на амбулаторно-поликлиническом этапе (комплекс физической и психологической реабилитации) не решена.

Обсуждаются разные причины невключения пациентов в реабилитационные программы: пожилой возраст, наличие сопутствующей патологии, в том числе когнитивных нарушений и депрессии, низкий социальный статус пациентов, недостаточная доступность центров физической реабилитации. Большое значение для формирования приверженности лечению имеет информированность пациентов об эффективности и безопасности проводимых мероприятий, и здесь трудно переоценить роль врача-кардиолога и терапевта [7]. Убежденность врача, наблюдающего пациента после КШ, в необходимости реабилитационных мероприятий может стать решающим фактором. К сожалению, в последние десятилетия реабилитационные программы в амбулаторных условиях базируются исключительно на медикаментозном лечении [7]. Во многом такой подход определяется условиями финансирования отдельных видов помощи. Однако неясно, убеждены ли врачи в необходимости комплексной реабилитации пациентов после КШ. Отсутствие универсальных рекомендаций по этой проблеме, односторонность образовательных подходов к повышению квалификации врачей-кардиологов и терапевтов заставляют сомневаться в том, насколько они компетентны в области реабилитации после КШ.

Мы поставили перед собой задачу оценить знание врачами-кардиологами основных позиций, определяющих эффективность амбулаторной физической реабилитации пациентов, у которых выполнено КШ.

Для оценки информированности специалистов по вопросам физической реабилитации после КШ было проведено анонимное анкетирование 44 врачей-кардиологов нескольких амбулаторных лечебных учреждений Кемерова. У 32 (73%) респондентов средний стаж работы составил >10 лет, у 8 (18%) – до 5 лет, у 4 (9%) – от 6 до 10 лет. Все опрошенные ведут диспансерное наблюдение пациентов, перенесших КШ на амбулаторном этапе. Опрос проводился по разработанной НИИ КПССЗ анкете, которая включала в себя 10 вопросов, ответы на которые позволяют установить, как часто и в какие сроки кардиологи назначают те или иные виды физической реабилитации, а также определить возможные причины отсутствия таких назначений.

Программа физической реабилитации на амбулаторном этапе для кардиохирургических больных после оперативного

лечения должна предусматривать: занятия лечебной физкультурой (ЛФК); программу аэробных физических тренировок (тренировки на велотренажерах, беговой дорожке и др.); дозированную ходьбу [8].

Одна из главных составляющих реабилитационных программ – физические тренировки. Доказаны их многочисленные благоприятные эффекты, в том числе увеличение толерантности к физическим нагрузкам, нормализация АД, липидного состава крови, нейрогормональной активности и др. [8, 13]. Участие в реабилитационных программах существенно сокращает экономические затраты здравоохранения и прежде всего – благодаря уменьшению длительности госпитального послеоперационного периода и снижению потребности пациентов в повторных госпитализациях [9]. Существуют данные о том, что физические тренировки оптимизируют когнитивный статус пациента, определяя таким образом не только повышение качества его жизни, но и большую приверженность выполнению рекомендаций врача [1, 10]. В итоге не только улучшаются показатели качества жизни [10], но и появляется возможность влиять на «жесткие конечные точки» [11]. По данным ряда метаанализов, в группе пациентов после КШ, прошедших физические тренировки, снижаются показатели общей смертности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 20–32% [12].

К абсолютным противопоказаниям для физических тренировок относятся следующие состояния [1, 8]:

- нестабильная стенокардия;
- систолическое АД в покое >200 мм рт. ст. или диастолическое АД в покое >110 мм рт. ст.;
- значимый стеноз аортального клапана/выраженная обструкция выходного тракта левого желудочка (ЛЖ);
- ортостатическая гипотония;
- лихорадка/вирусная инфекция;
- активный перикардит, миокардит;
- неконтролируемая тахикардия >120 в минуту;
- некомпенсированная хроническая сердечная недостаточность – недостаточность кровообращения IIБ степени и выше;
- неконтролируемые наджелудочковые/желудочковые нарушения ритма сердца или блокада сердца III степени;
- неконтролируемый сахарный диабет или метаболические нарушения;
- тяжелые сопутствующие заболевания, препятствующие участию в программе тренировок;
- недавно перенесенные (<3 мес назад) тромбоэмболия легочной артерии или другие тромбоэмболические состояния;
- расслаивающая аневризма аорты;
- выраженный диастаз грудины;
- нагноение послеоперационных ран или септические осложнения;
- недавно перенесенные (<1 мес назад) острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) или транзиторные ишемические атаки.

На вопрос: «Направляете ли Вы пациентов, перенесших КШ, на консультацию к врачу по ЛФК?» только 73% опрошенных ответили утвердительно. Остальные дали отрицательный ответ, аргументируя его наличием у всех наблюдаемых больных противопоказаний для физической реабилитации после КШ.

При ответе на вопрос: «Что являлось основным лимитирующим фактором, препятствующим направлению пациентов на консультацию к врачу по ЛФК?» из 73% врачей, направлявших пациентов к врачу по ЛФК, 81% указали на наличие противопоказаний для физической реабилитации. Среди других лимитирующих факторов были отмечены отсутствие условий для проведения реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях (10% опрошенных) и отказ пациента (9%).

В реальной клинической практике все перечисленные противопоказания даже для активных физических тренировок после КШ встречаются достаточно редко. Так, неконтролируемый сахарный диабет, значимый стеноз аортального клапана или выраженная обструкция выходного тракта ЛЖ, а также другие перечисленные тяжелые сопутствующие заболевания являются, скорее, противопоказаниями для самого КШ и, следовательно, не могут часто встречаться у больных после него. Основные же значимые периоперационные осложнения КШ, регистрирующиеся у больных в ранний послеоперационный период и к моменту выписки из стационара, на амбулаторном этапе реабилитации уже купированы.

По данным регистрового исследования, проведенного при участии 708 пациентов, подвергшихся КШ в НИИ КПССЗ в 2011 г., в послеоперационном периоде были зарегистрированы следующие осложнения: гидроторакс — у 39,5% пациентов; пароксизм фибрилляции предсердий (ФП) — у 13,3%; инфаркт миокарда — у 0,8%; декомпенсация сердечной недостаточности (СН) — у 0,6%; гидроперикард — у 2,3%; острая почечная недостаточность, разрешившаяся без гемодиализа, — у 2,9%; синдром полиорганной недостаточности — у 2,5%; ОНМК — у 0,9%; раневые осложнения — у 2,5%. Все они были купированы и (или) стабилизированы на госпитальном этапе [13]. Более того, даже при наличии этих состояний на амбулаторном этапе актуальны дыхательная гимнастика и элементы лечебной гимнастики [8].

Таким образом, основная часть пациентов, перенесших КШ, не имеют противопоказаний для физической реабилитации на амбулаторном этапе наблюдения, что определяет необоснованность отказа от реабилитационных программ.

На вопрос: «Если нет возможности направить пациента на консультацию к врачу по ЛФК, как часто Вы даете на приеме рекомендации по физическим нагрузкам пациентам, подвергшимся КШ?» только 63% врачей ответили, что дают такие рекомендации. Это согласуется с результатами других авторов. В исследовании Р.Г. Оганова и соавт. (2003) выявлены аналогичные недостатки ведения пациентов с ИБС: записи в амбулаторных картах с рекомендациями отказаться от курения обнаружены только в 2,6% случаев, с рекомендациями вести активный образ жизни — только в 31% случаев [14]. Ученые Великобритании, проанализировав 273 программы кардиореабилитации, осуществляемые разными медицинскими учреждениями, установили, что врачи принимают в них недостаточно активное участие: врачи-реабилитологи — в 40% программ, врачи общей практики — в 39% [15].

По данным проведенного нами анкетирования, большинство (54%) опрошенных предпочитают в качестве вида физической реабилитации ходьбу. При этом ни один специалист не дает рекомендаций по занятиям на тренажерах или ходьбе в эквивалентном режиме, несмотря на то, что все перечисленные выше положительные эффекты достигаются именно при активных физических тренировках.

Известно, что для определения мощности нагрузки, тренирующего пульса необходимо предварительно провести пациенту нагрузочное тестирование — велоэргометрию (ВЭМ). По данным анкетирования, на ВЭМ независимо от давности КШ направляют пациентов только 54% врачей, ссылаясь на высокую частоту осложнений. Этот результат согласуется с ранее опубликованными данными: по результатам регистра КШ НИИ КПССЗ (2009), включавшего в себя 427 пациентов, ВЭМ после КШ была проведена только у 28 % пациентов, причем у 59,3 % — на санаторном этапе реабилитации [16].

На вопрос: «Какие противопоказания к проведению ВЭМ наиболее часто встречаются у пациентов в Вашей практике?» чаще всего респонденты отвечали, что желудочковые нарушения ритма (63% ответов) и низкая фракция выброса ЛЖ (36%). Однако, согласно рекомендациям Американской ассоциации сердца [1], Европейского общества кардиологов [17], Национальным рекомендациям [18], противопоказанием для проведения нагрузочного тестирования является не сама по себе низкая фракция выброса, а лишь декомпенсация СН. Из нарушений ритма противопоказанием для ВЭМ являются только нарушения ритма, не контролируемые медикаментозной терапией. Однако насколько часто выявляются такие ограничения? По данным Научного центра хирургии им. М.А. Топчибаева, анализ осложнений у 354 больных после КШ при остром коронарном синдроме выявил нарушения ритма у 11% больных, из них желудочковые аритмии высоких градаций — у 0,6%, низких градаций — у 6,5%, наджелудочковые экстрасистолы — у 0,6%, эпизоды наджелудочковой тахикардии — у 0,3% и пароксизмы ФП — у 3,1% [19].

В какие сроки после КШ целесообразно нагрузочное тестирование для оценки реабилитационного потенциала? 54% врачей считают возможным его проведение через 3 мес после КШ, т.е. тогда, когда пациент либо возвращается к труду, либо его направляют на медико-социальную экспертизу, но в этом случае уже не стоит говорить о реабилитационных мероприятиях в раннем послеоперационном периоде; 9% специалистов вообще не дают ответа об оптимальных сроках проведения нагрузочного тестирования после КШ. И только 36% проанкетированных направляют пациентов на ВЭМ при отсутствии осложнений в необходимые сроки (через 1 мес после КШ). Согласно рекомендациям [20], для динамического наблюдения пациентов после КШ нагрузочное тестирование следует проводить через 1, 3, 6, 9 и 12 мес после операции.

Основные принципы кардиореабилитации, в соответствии с отечественными и зарубежными рекомендациями, — как можно более раннее ее начало, поэтапность и максимальная продолжительность (на протяжении всей жизни пациента) [1, 8]. Однако на практике эти принципы соблюдаются далеко не всегда. По мнению 54% врачей-кардиологов, продолжительность реабилитационных мероприятий после КШ должна составлять 1 год, по мнению 19% — 3 мес и лишь 27% врачей считают необходимым продолжать реабилитационные мероприятия на протяжении всей жизни пациента.

Таким образом, одна из важных проблем кардиореабилитации — несоответствие между ее доказанной эффективностью, безопасностью и незначительным числом пациентов, участвующих в программах физических тренировок. Среди причин этого — низкий уровень осведомленности и убежденности врачей в необходимости таких реабилитационных программ, что в конечном счете обуславливает

низкую эффективность хирургических вмешательств у пациентов с ИБС. Залог успеха ведения пациентов после КШ – преемственность между стационарным и амбулаторно-поликлиническим этапами ведения пациентов, участие междисциплинарной бригады в осуществлении реабилитационных программ, повышение компетентности врачей в области реабилитации.

Литература

- Hillis L., Smith P., Anderson J. et al. 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery A Report of the American College of Cardiology Foundation / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines // Circulation. – 2011; 124: 652–735.
- Head S., Kieser T., Falk V. et al. Coronary artery bypass grafting: part 1 – the evolution over the first 50 years // Eur. Heart J. – 2013; 34 (37): 2862–72.
- Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия - 2012. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения / М.: Научный центр сердечно-сосудистой хирургии РАМН, 2013; 210 с.
- Моисеенков Г.В. Основные результаты работы клиники в 2012 г. // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2013; 2: 43–8.
- Артамонова Г.В., Херасков В.Ю., Крючков Д.В. и др. Системный подход к организации помощи больным с инфарктом миокарда – «кемеровская модель» // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2013; 1: 52–9.
- Kotseva K., Wood D., De Backer G. et al. Use and effects of cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease: results from the EUROASPIRE III survey // Eur. J. Prev. Cardiol. – 2013; 20 (5): 817–26.
- Аронов Д.М. Успехи и проблемы кардиореабилитации в России // Кардиол. и ангиол. – 2011; 1: 22–8.
- Суджаева С.Г., Суджаева О.А. Реабилитация после реваскуляризации миокарда / М.: Медицинская литература, 2009; 104 с.
- Kwan G., Balady G. Cardiac Rehabilitation 2012: advancing the field through emerging science // Circulation. – 2012; 125: 369–73.
- Langlois F., Vu T., Chassé K. et al. Benefits of physical exercise training on cognition and quality of life in frail older adults // J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. – 2013; 68 (3): 400–4.
- Chase J. Systematic review of physical activity intervention studies after cardiac rehabilitation // J. Cardiovasc. Nurs. – 2011; 26: 351–8.
- Clark A., Hartling L., Vandermeer B. et al. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease // Ann. Intern. Med. – 2005; 143 (9): 659–72.
- Сумин А.Н., Безденежных А.В., Иванов С.В. и др. Мультифокальный атеросклероз у больных ишемической болезнью сердца: влияние на непосредственные результаты коронарного шунтирования // Сердце. Журнал для практикующих врачей. – 2014; 13 (1): 11–7.
- Оганов Р.Г., Лепехин В.К., Фитилев С.В. и др. Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации (международное исследование АТР – Angina Treatment Pattern) // Кардиология. – 2003; 5: 9–15.
- Levin L., Perk J., Hedbäck B. Cardiac rehabilitation – a cost analysis // J. Intern. Med. – 1991; 230: 427–34.
- Помешкина С.А., Кондрикова Н.В., Крупяно Е.В. и др. Анализ подходов к оценке стойкой утраты трудоспособности у пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию // Кардиология. – 2013; 7: 62–5.
- McMurray J., Adamopoulos S., Anker S. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC // Eur. Heart J. – 2012; 33 (14): 1787–847.
- Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П. и др. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (4-й пересм.) // Сердечная недостаточность. – 2013; 14 (7): 379–472.
- Мусаев К.К., Абдуллаев Ф.З., Шихиева Л.С. и др. Предикторы риска традиционного коронарного шунтирования при нестабильной стенокардии и остром инфаркте миокарда // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2012; 4: 20–6.
- Gibbons R., Balady G., Bricker J. et al. ACC/AHA 2002 guideline update for exercise testing: summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1997 Exercise Testing Guidelines) // J. Am. Coll. Cardiol. – 2002; 16 (8): 1531–40.

THE LEVEL OF CARDIOLOGISTS' KNOWLEDGE OF CARDIAC REHABILITATION AFTER CORONARY BYPASS SURGERY

S. Pomeshkina, Candidate of Medical Sciences; **Yu. Argunova**; **N. Kondrikova**, Candidate of Medical Sciences; **Professor O. Barbarash**, MD
Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo

In accordance with the current guidelines, cardiac rehabilitation is indicated for most patients following coronary bypass surgery. However, the frequency of its application in these patients remains extremely low. One of its reasons is outpatient physicians' unawareness of the efficiency and safety of cardiac rehabilitation.

Key words: coronary bypass surgery, cardiac rehabilitation, physical drill, adherence to treatment.