

Протокол заседания КРУГЛОГО СТОЛА
Национального общества профилактической кардиологии
«Кардиореабилитация: лучшие практики субъектов страны»
от 8 июня 2022 г.

Место проведения: Ежегодная Всероссийская научно-практическая конференция «Кардиология на Марше 2022» и 62 сессия ФГБУ «НМИЦК им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России.

Запись доступна по ссылке:

<https://cardioweb.ru/events/item/3517-zavershilas-ezhegodnaya-vserossijskaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-kardiologiya-na-marshe-2022-i-62-ya-sessiya-fgbu-nmitsk-im-ak-e-i-chazova-minzdrava-rossii>

Присутствовали: *Н.В.Погосова* – д.м.н., профессор, заместитель генерального директора по научно-аналитической работе и профилактической кардиологии, ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России, Президент Научного общества профилактической кардиологии, г. Москва; *Е.В.Милованова* – к.м.н. врач-кардиолог, заведующая отделом организационно-методической работы, Бюджетное учреждение «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры; *С.Е.Русал* – заведующая Центром медицинской реабилитации КГБУЗ «Краевая клиническая больница» г. Красноярск; *О.Ю.Кореннова* – д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины, ДПО ФГБОУ ВО «Омский МГМУ» Минздрава России, главный врач БУЗ «Клинический кардиологический диспансер», главный внештатный специалист кардиолог Омской области; *И.Е.Мишина* – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой госпитальной терапии, ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России г. Иваново; *С.А.Помешкина* – д.м.н., заведующая лабораторией реабилитации ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» г. Кемерово; *И.Л.Шимко* – главный врач, ГАУЗ «Центр медицинской реабилитации Дарасун» Забайкальского края г. Чита; *Н.В. Лазарева* – к.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории мониторинга программ по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний научно-организационного отдела, ФГБУ «НМИЦК им. акад. Е.И.Чазова» Минздрава России; *Е.В.Сорокин* – к.м.н., руководитель научно-организационного отдела, заместитель начальника Управления реализации задач НМИЦ в субъектах РФ ФГБУ «НМИЦК им. акад. Е.И.Чазова» Минздрава России.

Выступления:

1. **Приветственное слово** от заместителя генерального директора по научно-аналитической работе и профилактической кардиологии ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России, президента Научного общества профилактической кардиологии *Наны Вачиковны Погосовой*.

Была проведена большая работа по сбору информации о реализации всех этапов кардиореабилитации в курируемых субъектах Центрального, Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов. Разработанный и согласованный чек-лист с главным кардиологом ЦФО, УФО, СФО и ДФО С.А. Бойцовым был разослан в регионы и в дальнейшем были выбраны лучшие практики по кардиореабилитации. Позитивный опыт лучших методик проведения кардиореабилитации будет внедрен в работу кардиореабилитации регионов РФ.

2. Маршрутизация пациентов с болезнями системы кровообращения при оказании помощи по медицинской реабилитации в Ханты-Мансийском автономном округе

Докладчик: к.м.н. врач-кардиолог, заведующая отделом организационно-методической работы, Бюджетное учреждение «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры – Елена Владимировна Милованова (г. Нижневартовск)

В докладе представлена маршрутизация больных по кардиореабилитации в Ханты-Мансийском автономном округе – Югра (ХМАО). В настоящее время существует острая необходимость в кардиореабилитации: более 7800 пациентов нуждаются в I этапе кардиореабилитации, из них 70% пациентов с ОКС, с декомпенсацией ХСН и после кардиохирургических вмешательств, 60% пациентов – после ОНМК. Более 2300 пациентов нуждаются в кардиореабилитации II этапа, из них 25% – с ОКС, 70% – после кардиохирургических вмешательств и 35% – после перенесенного ОНМК. Более 4600 пациентов нуждаются в кардиореабилитации III этапа, из них 55% – с ОКС, 70% – с декомпенсацией ХСН и после кардиохирургических вмешательств, 45% – после ОНМК. Утверждена и реализуется региональная программа «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация в ХМАО – Югре». В рамках программы в 2020-2021 гг. прошли обучение 24 врача по первичной переподготовке по специальности «врач физической реабилитационной медицины». На 2022 г. запланировано обучение 38 врачей и 139 медсестер. Планируется открыть Центр маршрутизации пациентов при направлении на медицинскую реабилитацию, 3 дневных стационара, амбулаторное отделение медицинской реабилитации, оснащены оборудованием 9 медорганизаций. Доля пациентов с уровнем шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ) 4-6 баллов, направленных на II этап, возрастет с 60% в 2022 г. до 90% в 2030 г. Доля пациентов с ШРМ 2-3, направленных на III этап, возрастет с 10% в 2022 г. до 50% в 2030 г.

3. История, настоящее и будущее кардиореабилитации в Красноярском крае

Докладчик: заведующая Центром медицинской реабилитации КГБУЗ «Краевая клиническая больница» – Светлана Евгеньевна Русал (г. Красноярск)

В докладе представлены этапы реализации кардиореабилитации в медицинских организациях Красноярского края. Количество больных с ОКС, лечившихся в Региональном сосудистом центре (ККБ) и Первичных сосудистых отделениях (БСМП,

ГКБ № 20, гг. Канск, Ачинск, Минусинск, Лесосибирск, Норильск), с 2012 г. по 2021 г. увеличилось с 67,8% до 86,2%, где они прошли в полном объеме первый (ранний стационарный) этап реабилитации. Увеличение пациентов, проходивших лечение в РСЦ/ПСО было равномерным, в том числе в последние 4 года: 2018 г. - 81,2%, 2019 г. - 84,3%, 2020 г. - 86,1%, 2021 г. - 86,2%.

В связи с перепрофилированием коечного фонда стационаров (в том числе и за счет коек отделений реабилитации) реабилитацию на II этапе в «сосудистых центрах» прошли меньше пациентов: в 2020 г. и 2021 г. на 26,5% и 42,5%, соответственно.

В 2020 г. в связи с ограничением оказания плановой амбулаторной помощи пациентам реабилитацию на III этапе (в сравнении с 2019 г.) прошли на 41,3% меньше пациентов. В 2021 г. реабилитацию III этапа прошли на 16,3% меньше больных, чем за аналогичный период 2019 г.

В докладе представлена стратегия совершенствования кардиореабилитации в уже созданных структурах г. Красноярска (ООО «Центр Современной Кардиологии», «Профессорская клиника»), в том числе внедрение «амбулаторной реабилитации». Запланировано создать амбулаторную сеть реабилитации в поликлинических лечебных учреждениях г. Красноярска и районах Красноярского края (первый опыт – г. Ачинск, филиал ООО «Центр Современной Кардиологии», осуществляющий этот вид помощи).

4. Третий этап кардиореабилитации. Региональный опыт

Докладчик: д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины, ДПО ФГБОУ ВО «Омский МГМУ» Минздрава России, главный врач БУЗ «Клинический кардиологический диспансер», главный внештатный специалист кардиолог Омской области – Ольга Юрьевна Кореннова (г.Омск)

В докладе представлена оптимальная маршрутизация пациентов, которая определяет своевременность включения в программу физической реабилитации (ПФР). Раннее начало (в первые 3 суток после выписки из стационара) и непрерывность процесса реабилитации – залог скорейшего восстановления пациента. Если у пациента ШРМ 3, пациент направляется на дневной стационар Кардиодиспансера. При ШРМ 2 после ХИБС, инфаркта миокарда проводится комплексная услуга в рамках ОМС в течение 1,3,6,9,12 месяцев.

Подведены итоги работы в 2021 г. Абсолютные противопоказания для участия в ПФР встречаются редко (около 10%). Относительные противопоказания, несмотря на высокую распространенность (около 30%), могут быть скорректированы в процессе кардиореабилитации. Коррекция факторов риска прогрессирования ССЗ способствует включению в ПФР наибольшего количества пациентов. Своевременно выявлены показания для плановой реваскуляризации у 18 человек (2,3%). Целевое АД достигли 98,9%. Отказались от курения 24,1% курящих. Повышение мотивированности к участию в ПФР – с 55,2% до 89,3%. Улучшение качества жизни, согласно опроснику качества жизни (EQ-5D), отмечалось у 89,3% пациентов. Увеличение толерантности к нагрузкам по ТШХ наблюдалось у 96,1% пациентов (с 350 ± 20 м, до 465 ± 20 м); по ВЭМ – у 95% (от 75 Вт до 100 ± 25 Вт); по тредмил-тесту – у 98% (от $4,1 \pm 1,2$ до $5,8 \pm 1,2$ МЕТс). В 35% случаев выявлена выраженная тревога (12 чел.) и депрессия (18 чел.), проведена

коррекция психологического статуса. 96,1% пациентов, имеющих средний/высокий реабилитационный потенциал и благоприятный прогноз, вернулись к труду.

В докладе представлен рекомендуемый состав мультидисциплинарных команд: врач-кардиолог, врач по физиотерапии, врач функциональной диагностики, медицинская сестра, медицинская сестра по массажу, физиотерапии и отделения функциональной диагностики, инструктор по лечебной физкультуре, медицинский психолог, инструктор-методист по лечебной физкультуре. Подготовлено тарифное соглашение в системе ОМС Омской области на 2022 г. Рекомендовано использовать шкалу реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) для оценки функционирования и ограничения жизнедеятельности кардиологических больных и определения индивидуальной маршрутизации при проведении медицинской реабилитации взрослых в амбулаторных условиях.

Для реализации кардиореабилитации необходимо утвердить перечень обязательных медицинских услуг, медицинских услуг по показаниям, проводимых в рамках комплексного посещения по профилю «медицинская реабилитация», для пациентов при заболеваниях сердца, перикарда, периферических сосудов на третьем (амбулаторном) этапе.

Комплексное посещение считать завершенным при следующих условиях: выполнение не менее 85% объема обязательных медицинских услуг, включенных в перечень; не менее 25% объема медицинских услуг по показаниям, включенных в перечень выполненных в срок не более двух месяцев от первого посещения; выполнение не менее 10 посещений специалистов мультидисциплинарной команды, включая консультации специалистов и медицинские услуги, согласно индивидуальной программе реабилитации; выполнение не менее 10 дат посещений специалистов мультидисциплинарной команды, выполняемых не реже, чем один раз каждые 48 часов. В рамках комплексного посещения необходимо утвердить лист учета выполнения мероприятий по медицинской реабилитации.

5. Опыт организации амбулаторной кардиореабилитации в г. Иваново

Докладчик: д.м.н., профессор, заведующая кафедрой госпитальной терапии, ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России – Ирина Евгеньевна Мишина (г. Иваново)

В Ивановской области в ОБУЗ «Кардиологический диспансер» осуществляются все три этапа медицинской реабилитации. В Клинике ФГБОУ ВО ИвГМА осуществляется III этап реабилитации (дневной стационар и амбулаторный этап). Разработано дополнительное соглашение к тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ивановской области на 2022 г. (от 25.03.2022 г.).

В амбулаторных условиях в регионе оплачивается комплексное посещение как законченный случай медицинской реабилитации. Комплексное посещение включает в себя посещение специалистов, а также медицинские услуги по медицинской реабилитации в соответствии с индивидуальным планом медицинской реабилитации.

В регионе создана рабочая группа по экспертизе качества оказания медицинской помощи пациентам, перенесшим инфаркт миокарда, ОНМК, включая кардиореабилитацию.

Программы кардиореабилитации для пациентов, перенесших инфаркт миокарда, должны иметь общую длительность кардиореабилитации 24 недели, при этом большая часть программ должна выполняться на амбулаторном этапе реабилитации. Для улучшения прогноза и снижения риска смерти рекомендуется проводить кардиореабилитацию до 48 недель.

Амбулаторная телекардиореабилитация – это способ предоставления пациенту квалифицированных реабилитационных услуг на дому, тем самым потенциально увеличивая доступность программ кардиореабилитации и приверженность пациентов к лечению.

6. Современные подходы к первому стационарному этапу реабилитации пациентов после коронарного шунтирования

Докладчик: д.м.н., заведующая лабораторией реабилитации ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» – Светлана Александровна Помешкина (Кемерово)

В докладе представлен опыт кардиореабилитации пациентов после коронарного шунтирования. Так, в отделении реанимации оказывают помощь врач по ЛФК (ежедневный осмотр) и 2 инструктора по ЛФК с работой по графику, психолог (по назначению лечащего врача); в кардиохирургическом отделении – врач ЛФК, 3 инструктора по ЛФК, 1 инструктор методист, психолог (по назначению лечащего врача). Разработаны шаблоны для консультации врача по ЛФК.

Представлена методика ранней респираторно-кинезиологической реабилитации. Первый этап – техника висцеральной мануальной терапии на абдоминальной области с релаксацией диафрагмы. Второй этап – активные (с сопротивлением врача) и/или пассивные (с помощью врача) движения в суставах верхних и нижних конечностей. Третий этап – перевод пациента в положение «сидя» (независимо от того, на ИВЛ пациент или на самостоятельном дыхании). Четвертый этап – перемещение пациента в специализированное кресло через положение «стоя» (с помощью врача). Пятый этап – после возвращения пациента в кровать – с помощью врача выполняются четыре релаксирующих упражнения. Велокинетические нагрузки.

7. Кардиореабилитация: второй-третий этапы. Опыт Забайкальского края

Докладчик: главный врач, ГАУЗ «Центр медицинской реабилитации Дарасун» Забайкальского края – Ирина Леонидовна Шимко (Чита)

В докладе представлены II-III этапы кардиореабилитации в Забайкальском крае. Кардиореабилитация II этапа оказывается в отделениях медицинской реабилитации: ГАУЗ «ЦМР Дарасун» - якорное учреждение, ГУЗ «Краевая больница №3» пос. Первомайский, ГАУЗ «Краевая больница №4» г.Краснокаменск», ЦВМИР «Карповска» г.Чита. В данных учреждениях проводится медикаментозное лечение, бальнеолечение (природные углекислые ванны, прием минеральной воды, гидромассажные процедуры),

физиотерапия, лечебная физкультура (кардиотренажеры, групповые и индивидуальные занятия в залах, терренкурах, скандинавская ходьба), спелеотерапия, рефлексотерапия и диетотерапия.

Реализуется региональная программа «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация на территории Забайкальского края». Среди задач программы:

- Обеспечение доступности медицинской реабилитации на всех этапах.
- Обеспечение межведомственного взаимодействия по маршрутизации пациентов в медицинские организации вне зависимости от форм собственности.
- Создание центра маршрутизации по медицинской реабилитации взрослого населения.
- Усовершенствование материально-технической базы медицинских организаций, оказывающих помощь по медицинской реабилитации.
- Кадровое обеспечение реабилитационной службы Забайкальского края.
- Развитие телемедицинских консультаций, в том числе с применением профильными научно-медицинскими исследовательскими центрами телемедицинских технологий.

8. Реализация мероприятий по организации службы реабилитации в рамках региональных программ федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

*Докладчик: к.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории мониторинга программ по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний научно-организационного отдела, ФГБУ «НМИЦК им. акад. Е.И.Чазова» Минздрава России – **Наталья Витальевна Лазарева** (г.Москва)*

В докладе представлены все этапы кардиореабилитации в субъектах Центрального, Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов. Проведенный анализ показал, что все этапы реализуются в неполном объеме, сохраняется дефицит помещений, кадровый дефицит врачей ФРМ, ЛФК, врачей-диетологов, психологов.

Не в полном объеме проводится кардиореабилитация пациентов после АКШ, после ЧКВ, после перенесенных операций на клапанах сердца, пациентов с ХСН и после перенесенного инфаркта миокарда.

Подведены итоги реализации мероприятий за I квартал 2022 г. в рамках реализации региональных программ «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

По результатам проведенного анализа представлены проблемы кардиореабилитации:

- Кадровый дефицит (отсутствие специалистов: врач ФРМ, врач ЛФК, дефицит инструкторов ЛФК – возможность занятий только с пациентами после ОНМК).
- Дефицит площадей для организации оказания реабилитационной помощи на II и III этапах.
- Временное перепрофилирование реабилитационных коек для оказания медицинской помощи пациентам с НКВИ.
- Износ имеющегося реабилитационного оборудования.

- Отсутствие отдельного тарифа по финансированию реабилитационной помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе в некоторых субъектах.

- Отсутствие нормативно-правового акта, определяющего кратность использования амбулаторного тарифа кардиореабилитации (обеспечить длительность программ – 24-48 недель).

По результатам заслушанных докладов и их обсуждения постановили:

1. Рассмотреть вопрос о возможном включении Федеральным фондом ОМС в территориальную программу Государственных гарантий на 2023 год отдельной группы для кардиореабилитации больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию и с наличием сердечно-сосудистых осложнений (нарушения ритма сердца, воспалительные заболевания сердца и т.д.).
2. Увеличить частоту направлений пациентов кардиологического профиля с I на II этап кардиореабилитации.
3. Проработать вопрос о тарификации всех этапов кардиореабилитации, включая телемедицинский мониторинг.
4. Возобновить работу санаторно-курортных организаций и проведение в них III этапа кардиореабилитации.
5. Восполнить кадровый дефицит, на регулярной основе повышать квалификацию профильных специалистов.
6. Включить мероприятия по выполнению кардиореабилитации в Критерии качества оказания медицинской помощи.
7. Дооснастить и переоснастить имеющееся оборудование кардиореабилитационных подразделений и организаций.
8. Своевременно обеспечить издание современных методических руководств и пособий по кардиореабилитации.
9. Установить контроль за выполнением мероприятий по реабилитации в региональных программах «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».
10. Учесть рекомендации по планированию и координации медицинской помощи больным с болезнями системы кровообращения в условиях новой коронавирусной инфекции (COVID-19), направленные на обеспечение её доступности и качества, сохранение организационных и кадровых резервов в субъектах Российской Федерации.

Заместитель генерального директора
по научно-аналитической работе
и профилактической кардиологии,
Президент Научного общества
профилактической кардиологии

Н.В.Погосова

Генеральный директор,
Главный внештатный специалист
кардиолог Минздрава России по
Центральному, Уральскому, Сибирскому и
Дальневосточному федеральным округам,
академик РАН

С.А.Бойцов