



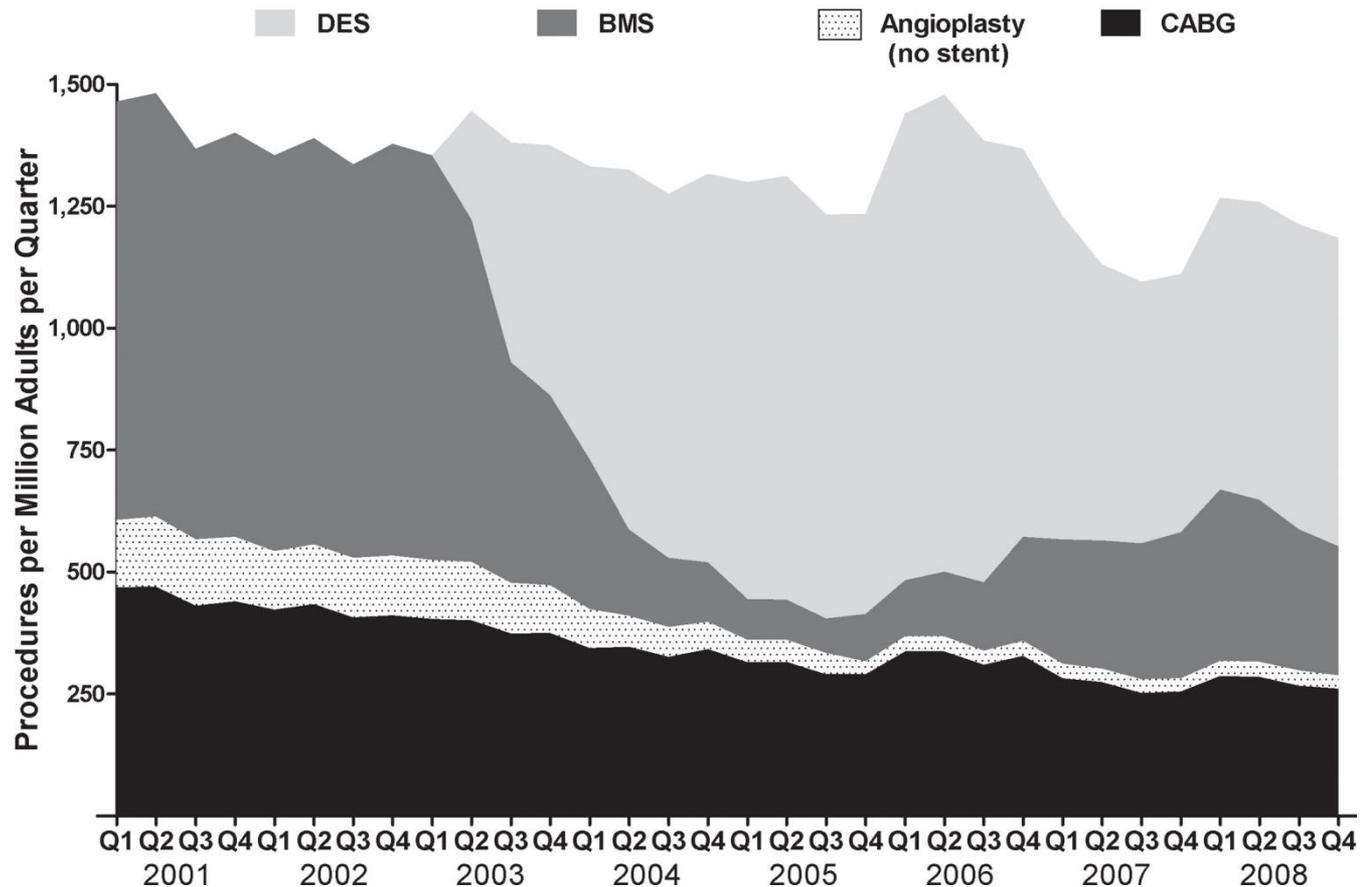
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
КОМПЛЕКСНЫХ ПРОБЛЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ. РЕАЛИИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Барбараш О.Л.
Кемерово, март 2016 г.

Тренды коронарной реваскуляризации в мире

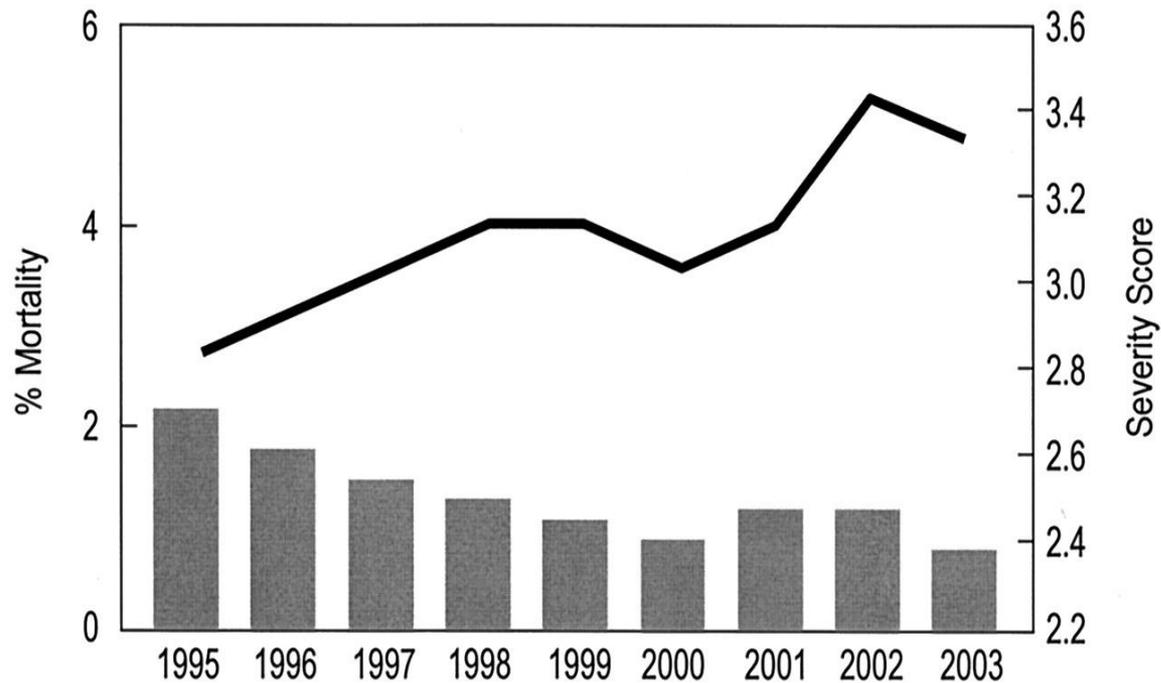
Revascularization Procedure Rates: 2001-2008



Andrew J. Epstein, 2011



ТРЕНДЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ И ТЯЖЕСТЬ ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА



За 10 лет снижение госпитальной летальности на 42% - с 2,8 до 1,6%

THE ANNALS OF
THORACIC SURGERY

Портрет пациента, направляемого на КШ

Средний возраст	65 лет
Женщины	25%
СД	33%-40%
АГ	≈ 80%
ГХС	60%-84%
ХОБЛ	17%-20%

ElBardissi A. W. , Aranki S. F. , Sheng S. et al. Trends in isolated coronary artery bypass grafting: An analysis of the Society of Thoracic Surgeons adult cardiac surgery database. Journal of thoracic and cardiovascular surgery 2012. Vol. 143, p. 273-281

Heart Team – залог успеха в лечении ИБС



ИБС

Роль КАРДИОЛОГА в повышении эффективности коронарного шунтирования

- Выбор стратегии лечения (консервативная и хирургическая);
- Выбор метода реваскуляризации;
- Формирование «листа ожидания»;
- Предоперационная подготовка;
- **Выбор стратегии послеоперационной реабилитации (медикаментозной; немедикаментозной, социальной)**



АЗБУКА КАРДИОЛОГА

- **А** – антиагреганты
- **В** - бета-адреноблокаторы
- **С** - статины
- **Д** – иАПФ
- **Е** – дозированные физические нагрузки



Приверженность к терапии после КШ. Состояние проблемы в мире

Исследование	Приверженность пациентов через год после КШ к медикаментозной терапии
ROSCOPS III (Bosnia and Herzegovina) 2005-2006, (n=601, после КШ – 144 человека) Vulic D, Loncar S, Krneta M. et al. 2010	АТП – 74%; БАБ – 61%; иАПФ 79%; Статины – 63% Только 30% принимали все четыре группы препаратов
REACH, 2003–2004, (n=68 236, после КШ - 13 907 человек) Mehta RH, Bhatt DL, Steg PG. et al. 2008	АТП – 79%; БАБ – 71,9%; иАПФ 63,5%; Статины – 69% Только 25 % принимали 3-х компонентную схему.
PREVENT IV (n = 2970) Goyal A. et al.; Ann Thorac Surg 2007	АТП – 94,6%; БАБ – 76,9%; иАПФ 59,5%; Статины – 86,5%
EUROASPIRE I-III (n = 2970) Kotseva K. et al. Heart Metab. 2011; 50:32–35	АТП – 93,2%; БАБ – 74%; иАПФ 59,5%; Статины – 86,5%



Приверженность к терапии пациентов после КШ

Euroaspire 4 in the Netherlands:

50% - достигали целевых уровней АД

60% - достигали целевых уровней ОХ

16% - курили

29% - имели ожирение.

REACH,

2003–2004, n=68 236 (в том числе после КШ - 13 907 человек)

76% - достигали целевых уровней АД

75% - достигали целевых уровней ОХ

14% - курили

30% - имели ожирение





EUROASPIRE IV

оценка образа жизни, ФР и принципов
ведения пациентов с ИБС (2010-2012г.)

24 страны (в том числе Россия),

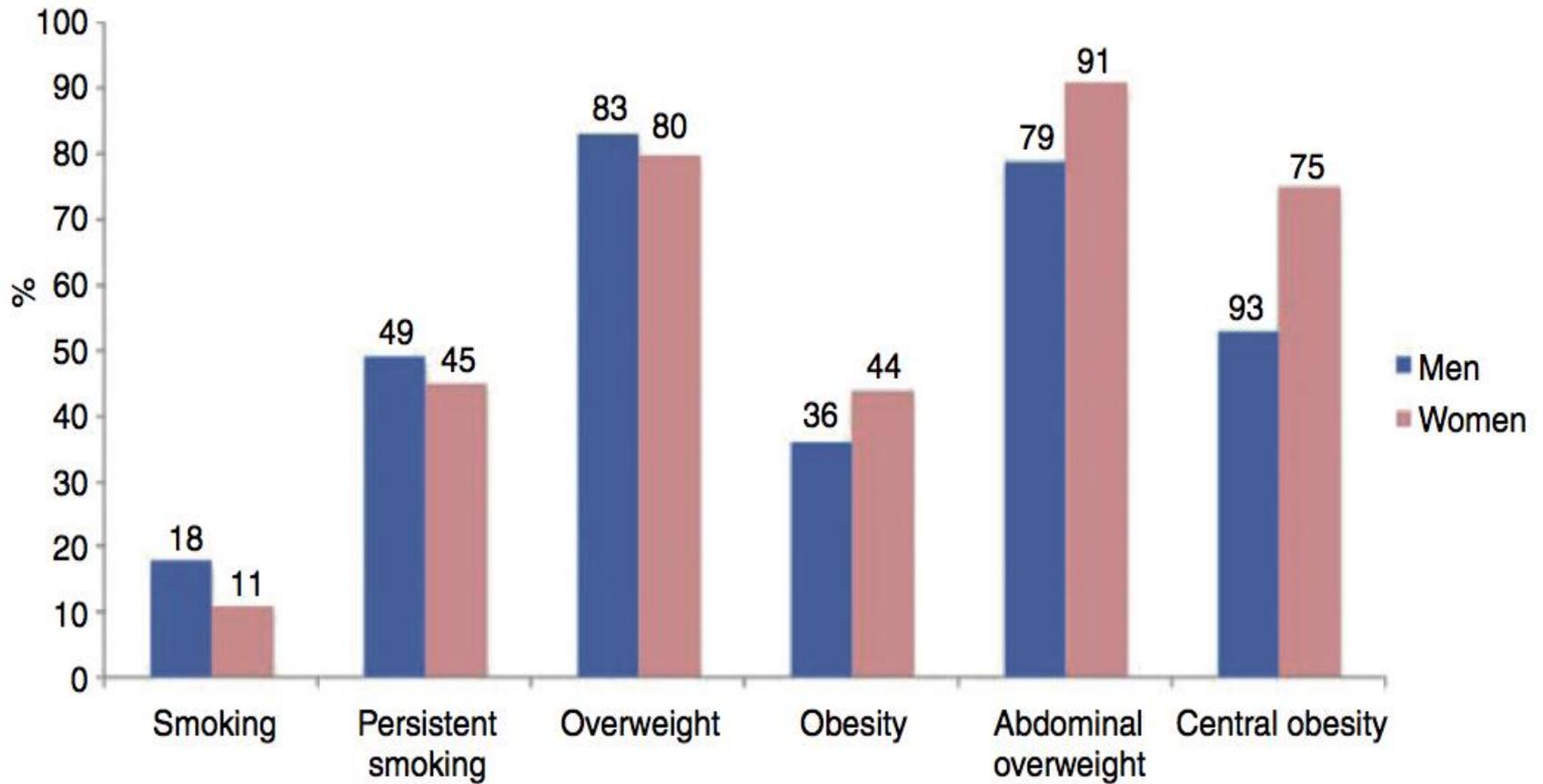
78 центров;

Пациенты в возрасте от 18 до 80 лет;

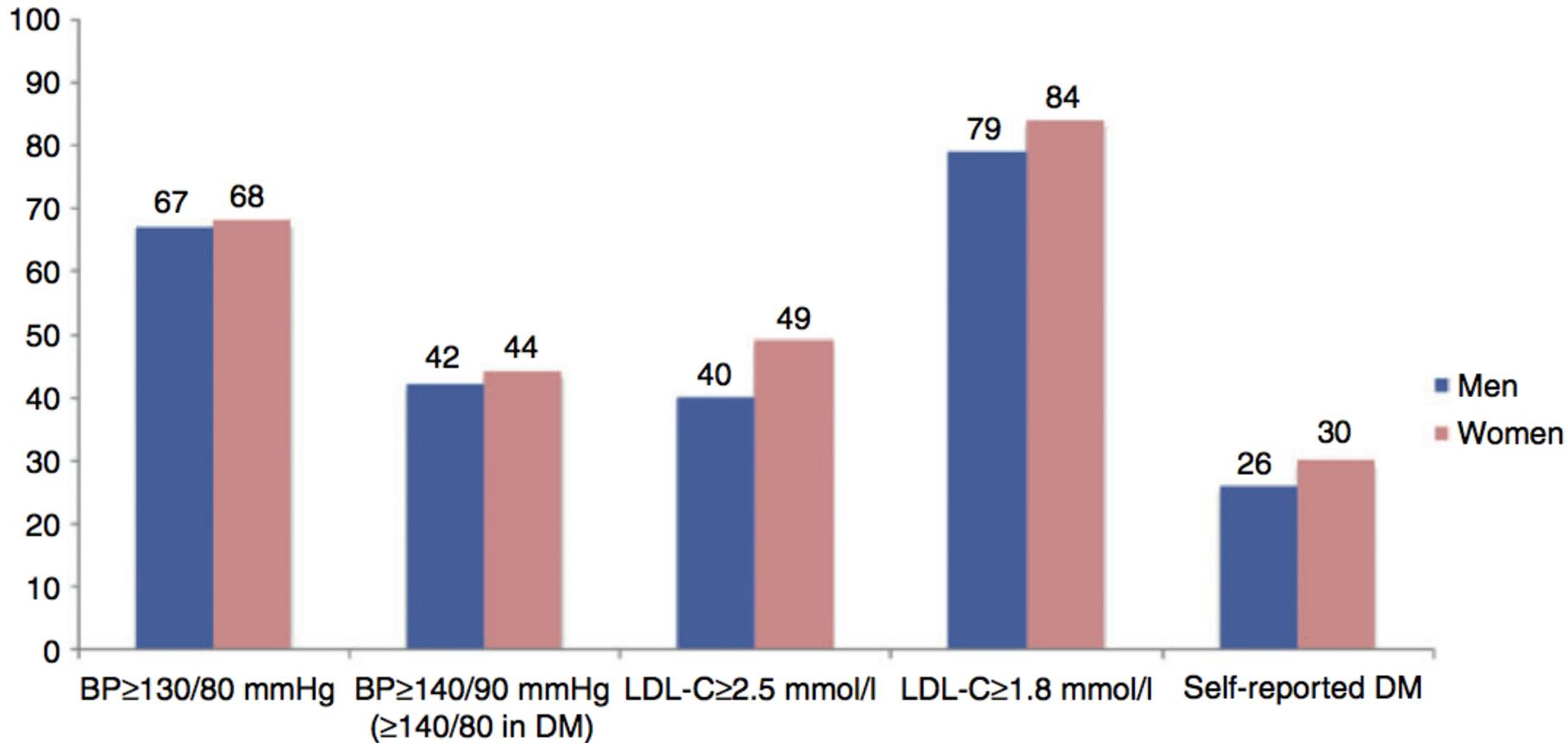
После АКШ, ЧКВ и ОКС

Срок оценки – через 6 месяцев после
события.

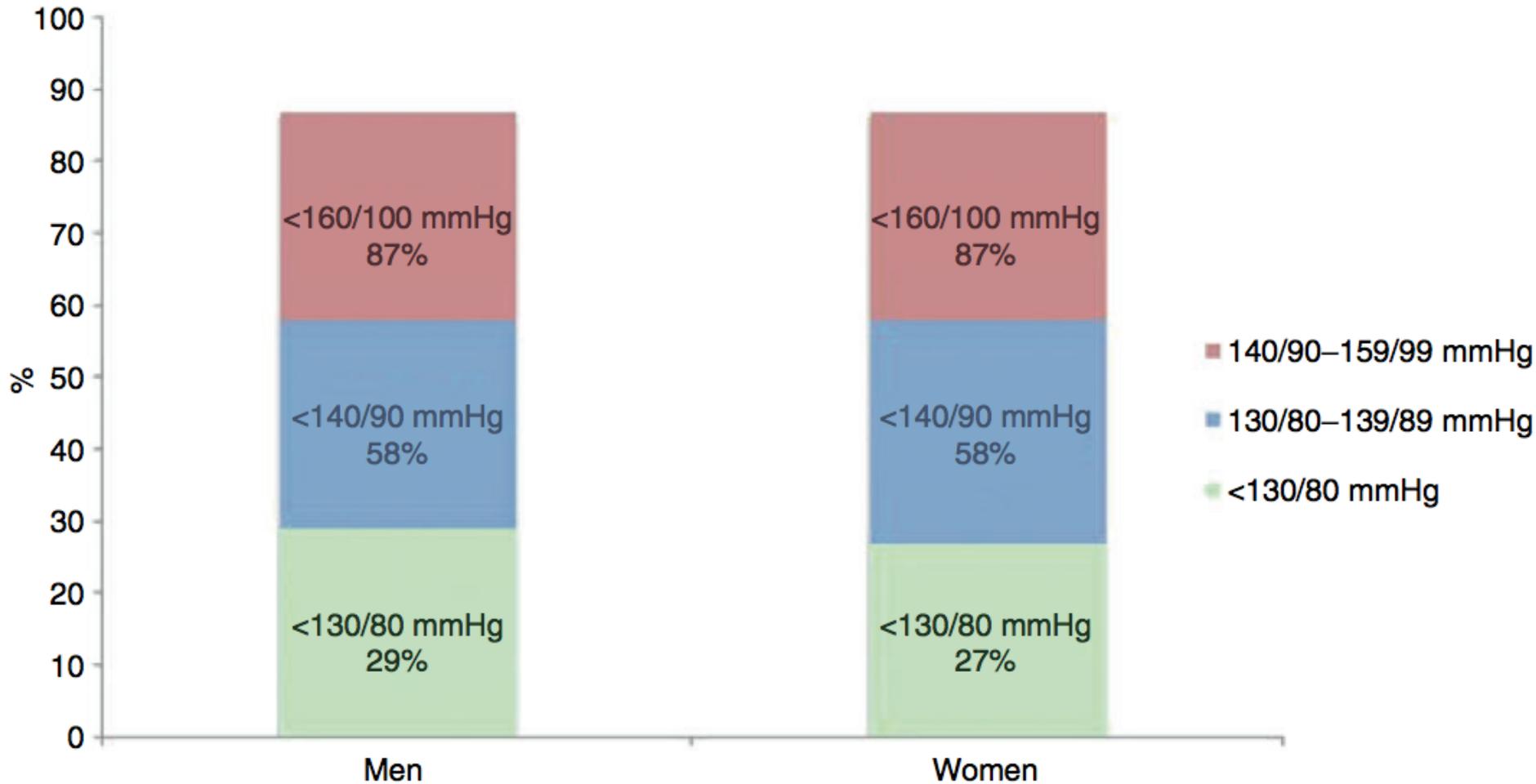
Факторы риска



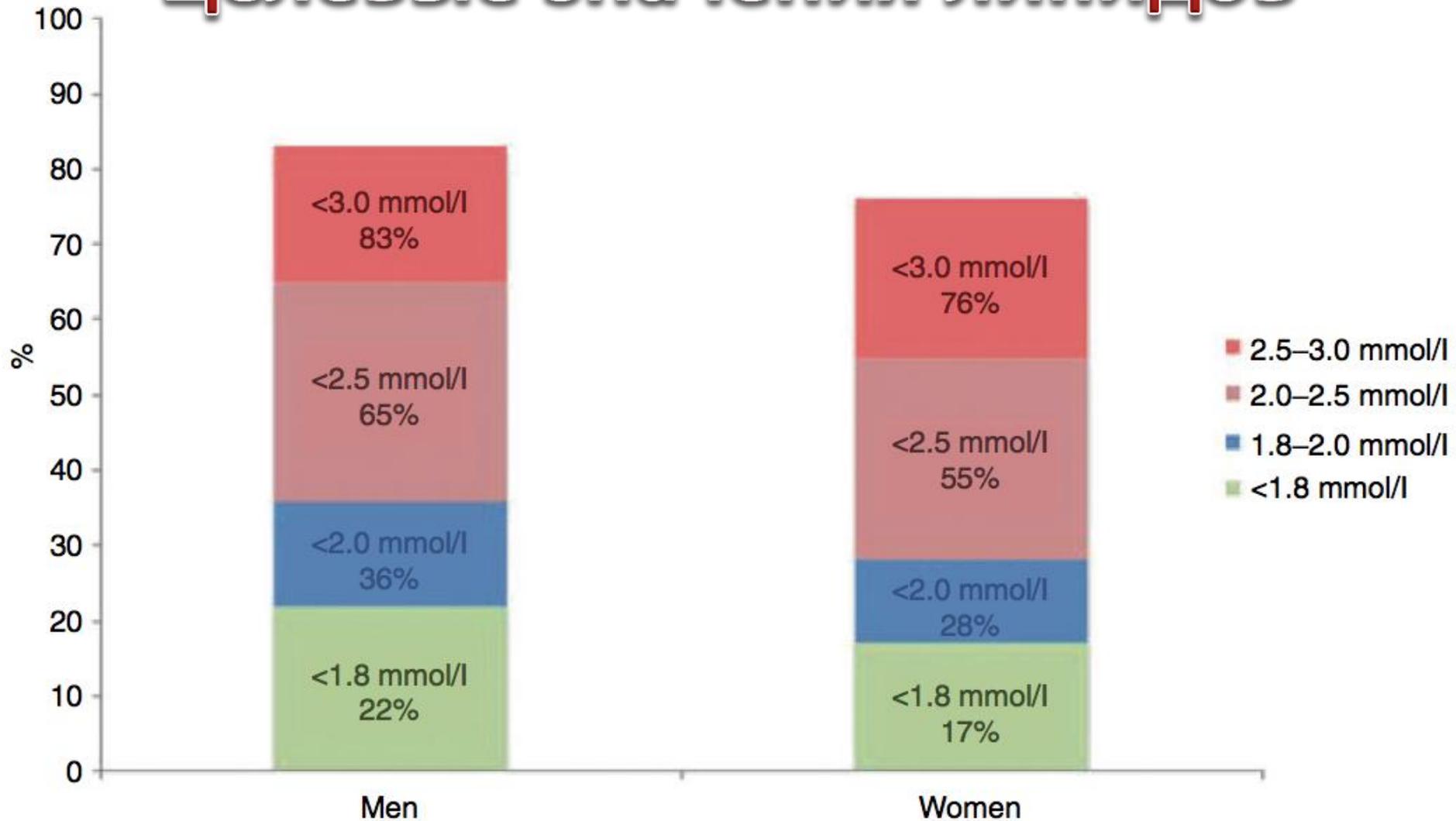
Целевые значения АД и ЛИПИДОВ



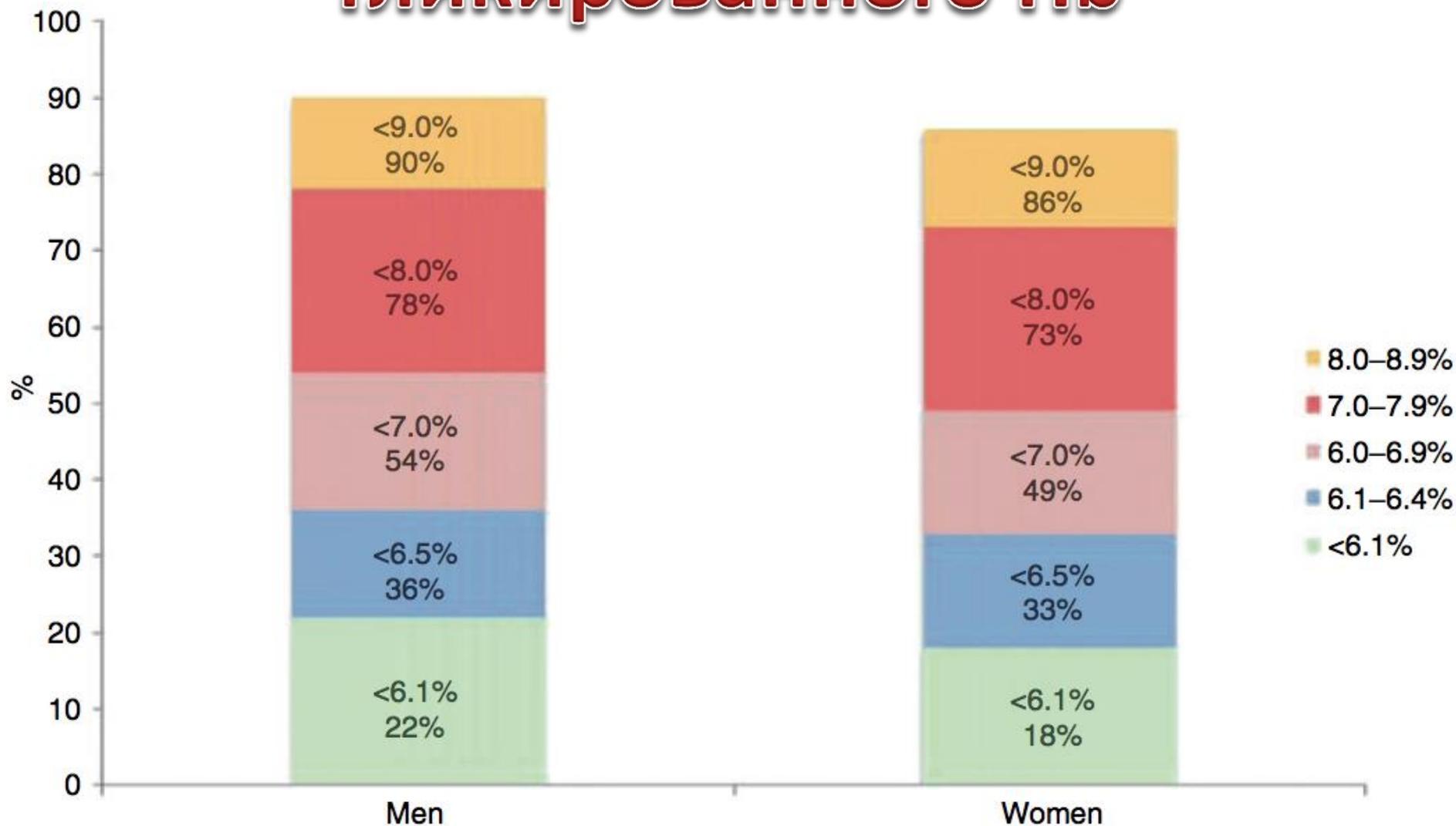
Целевые значения АД



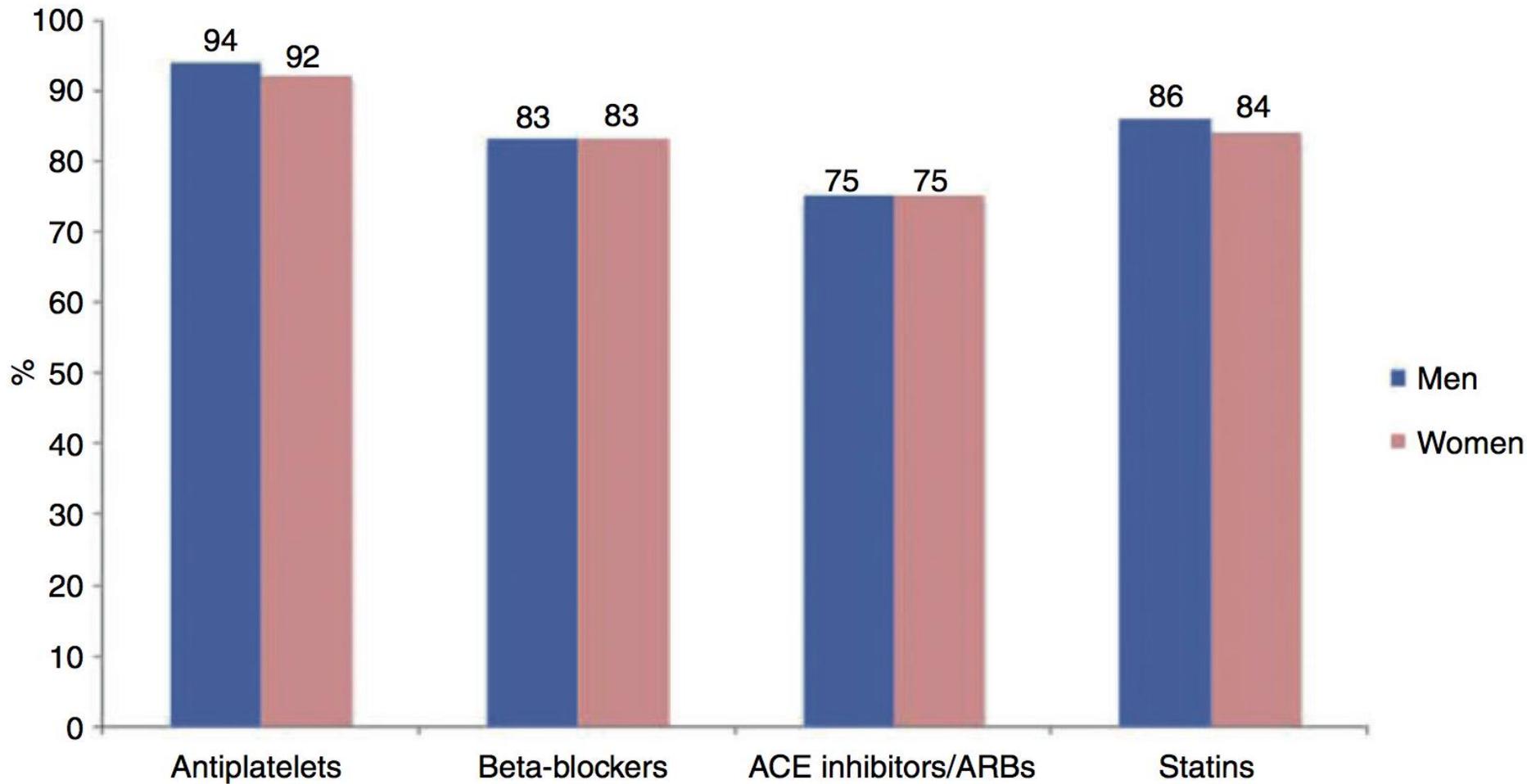
Целевые значения липидов



Целевые значения гликированного Hb



Прием препаратов



Низкая приверженность - низкий уровень качества жизни пациента с КШ:

- Повышение толерантности к физической нагрузке;
- Возможность возвращения к привычной трудовой профессиональной деятельности;
- Когнитивное благополучие;
- Психоэмоциональное благополучие;



Комплаентность

Ассоциация между использованием медикаментозной терапии и частотой смертельных исходов и инфаркта миокарда после КШ в течение 2 лет (PREVENT IV trial)

Группы пациентов	количество	% смерти+ИМ
Пациенты, не принимающие рекомендованную терапию при выписке из госпиталя	488	8,0%
Пациенты, принимающие более половины терапии	558	5,0%
Пациенты, принимающие всю терапию, рекомендованную при выписке	1924	4,2%

Goyal A. et al.; Ann Thorac Surg 2007;83:993-1001



Оценка приверженности к терапии пациентов перед КШ

Немедикаментозная терапия



Медикаментозная терапия

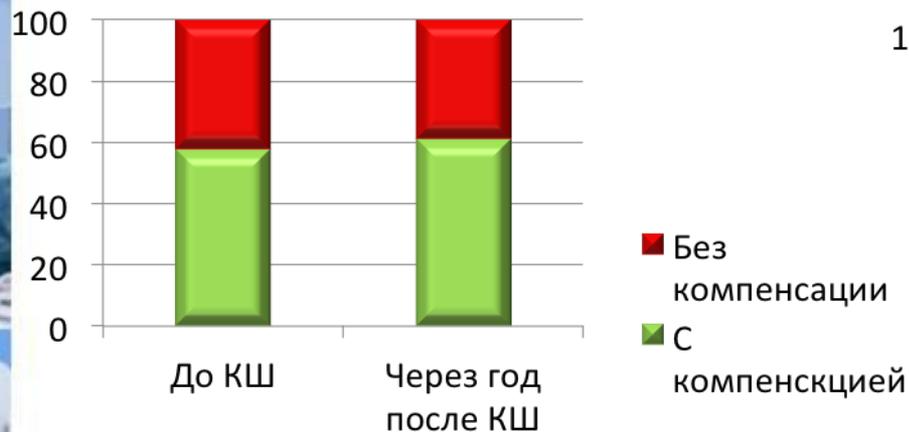


Перед проведением КШ не привержены к медикаментозному лечению 44% пациентов (данные по опроснику Мориски –Грина)

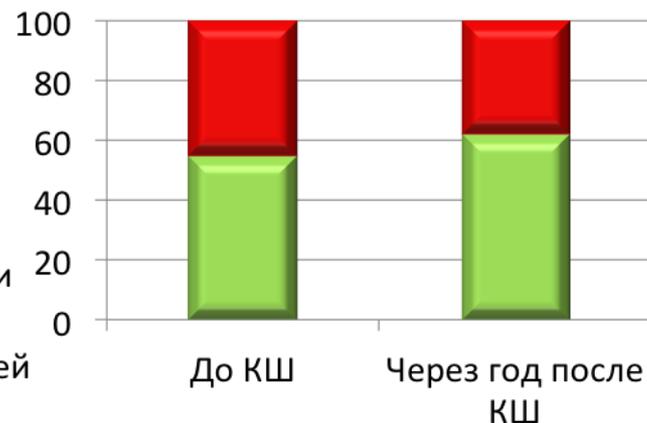
Оценка модифицируемых кардио-васкулярных факторов риска у пациентов ИБС до и после КШ



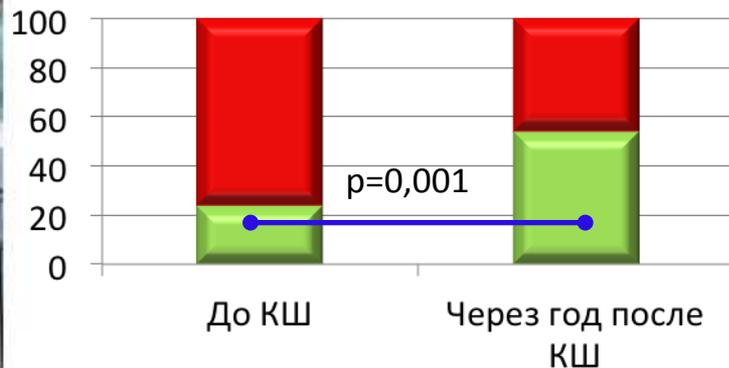
Динамика числа пациентов, достигавших целевых уровней АД покоя



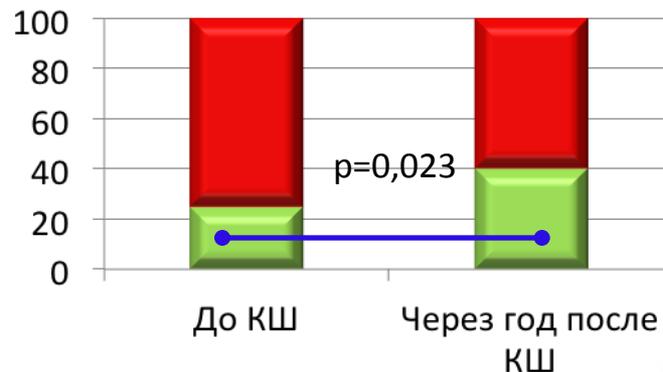
Периоперационная динамика числа % пациентов, достигавших целевых уровней ЧСС покоя



Динамика числа пациентов, достигавших целевых уровней общего холестерина



Динамика числа пациентов, достигавших целевых уровней ЛПНП

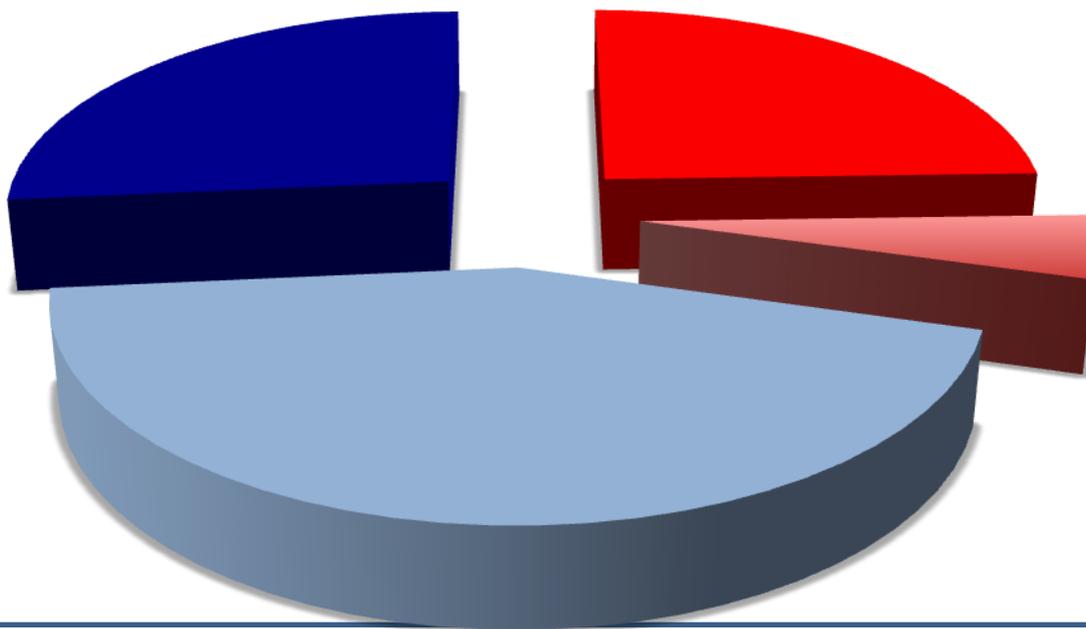




Кузбасский
Кардиологический
центр

КУЗБАССКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

ЕЖЕГОДНО ОКОЛО **4000** РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС



- АКШ_плановые
- АКШ_ОКС
- ЧКВ_плановые
- ЧКВ_ОКС

**Как улучшить прогноз
и повысить качество
жизни пациента после
КШ?**



Роль мероприятий по вторичной профилактике и контролю факторов риска в снижении частоты развития рецидивов ишемических событий

Journal of the American College of Cardiology
© 2011 by the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association, Inc.
Published by Elsevier Inc.

Vol. 58, No. 24, 2011
ISSN 0735-1097/\$36.00
doi:10.1016/j.jacc.2011.08.009

PRACTICE GUIDELINE

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

Developed in Collaboration With the American Association for Thoracic Surgery,
Society of Cardiovascular Anesthesiologists, and Society of Thoracic Surgeons

Writing committee Members*

L. David Hillis, MD, FACC, *Chair†*
Peter K. Smith, MD, FACC, *Vice Chair†*

Jeffrey L. Anderson, MD, FACC, FAHA*
John A. Bittl, MD, FACC‡
Charles R. Bridges, MD, ScD, FACC, FAHA*
John G. Byrne, MD, FACC†
Joaquin E. Cigarroa, MD, FACC†
Verdi J. DiSesa, MD, FACC†

Loren F. Hiratzka, MD, FACC, FAHA†
Adolph M. Hutter, Jr, MD, MACC, FAHA†
Michael E. Jessen, MD, FACC†
Ellen C. Keeley, MD, MS†
Stephen J. Lahaie, MD†
Richard A. Lange, MD, FACC, FAHA‡§
Martin J. London, MD||

Michael J. Mack, MD, FACC*
Mahesh R. Patel, MD, FACC†
John D. Puskas, MD, FACC†
Joseph F. Sabik, MD, FACC*
Ola Schone, PhD¶
David M. S
Jeffrey C. T
Michael D.

*Writing committee members who are members of the American College of Cardiology/American Heart Association/American Association for Thoracic Surgery/Society of Cardiovascular Anesthesiologists/Society of Thoracic Surgeons.

ACCF/AHA Task Force Members

Alice K. Jacobs, MD, FACC, FAHA, *Chair*
Jeffrey L. Anderson, MD, FACC, FAHA, *Chair-Elect*

Nancy Albert, PhD, CCNS, CCRN, FAHA
Mark A. Creager, MD, FACC, FAHA
Steven M. Ettinger, MD, FACC

Robert A. G
Jonathan L.
Judith S. H
Frederick G
E. Magnus
William Ste
Clyde W. Y

This document was approved by the American College of Cardiology Foundation Board of Trustees and the American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee in July 2011, by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists and the Society of Thoracic Surgeons in August 2011, and by the American Association for Thoracic Surgery in September 2011.

The American College of Cardiology Foundation requests that this document be cited as follows: Hillis LD, Smith PK, Anderson JL, Bittl JA, Bridges CR, Byrne JG, Cigarroa JE, DiSesa VJ, Hiratzka LF, Hutter AM Jr, Jessen ME, Keeley EC, Lahaie SJ, Lange RA, London MJ, Mack MJ, Patel MR, Puskas JD, Sabik JF, Selnes O, Shahian DM, Tracy JC, Winansford MD. 2011 ACCF/AHA guideline for coronary artery bypass graft surgery: a report of the American

College of Cardiology Foundation Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2011;58(24):e1-e122. Copyright © 2011 American College of Cardiology Foundation. All rights reserved. Permission: Multiple copies of this document are permitted for personal or institutional use. For more information, contact the American College of Cardiology Foundation, 555 North Dearborn Street, Chicago, IL 60610-5212.

Downloaded from content.onlinejacc.org by on November 1

OXFORD JOURNALS

European Heart Journal

ABOUT THIS JOURNAL CONTACT THIS JOURNAL SUBSCRIPTIONS CUR

Institution: Russian Archive 4 Sign In as Personal Subscriber

Oxford Journals > Medicine > European Heart Journal > Advance Access > 10.1093/eurheartj/

CARDIOSTIM2014 World cong
EHRA EUROPACE June 18-21 Registrat
Nice-France

AHA Scientific Statement

Secondary Prevention After Coronary Artery Bypass Graft Surgery

A Scientific Statement From the American Heart Association

Alexander Kulik, MD, MPH, FAHA, Chair; Marc Ruel, MD, MPH, FAHA, Co-Chair; Hani Jneid, MD, FAHA; T. Bruce Ferguson, MD, FAHA; Loren F. Hiratzka, MD, FAHA; John S. Ikonomidis, MD, PhD, FAHA; Francisco Lopez-Jimenez, MD, MSc, FAHA; Sheila M. McNallan, MPH; Mahesh Patel, MD; Véronique L. Roger, MD, MPH, FAHA; Frank W. Sellke, MD, FAHA; Domenic A. Sica, MD, FAHA; Lani Zimmerman, PhD, RN;

**Российские клинические рекомендации:
«Коронарное шунтирование больных ИБС:
реабилитация и вторичная профилактика»**

Рекомендация: Класс I, уровень A

**Любое эффективное
кардиохирургическое
вмешательство у больных ИБС не
гарантирует отдалённого хорошего прогноза
без продолжительной комплексной
программы реабилитации и вторичной
профилактики.**





Влияние кардиореабилитации после КШ на выживаемость больных

**Выживаемость после КШ больных,
получивших реабилитационную помощь,
за 10 лет на **45%** выше, чем у больных,
не участвовавших в реабилитационных
программах (Quin RP et al, 2013)**

Проблемы реализации программ вторичной профилактики после КШ в России

- недостаток оптимальных программ восстановительного лечения пациентов после операции реваскуляризации миокарда;
- низкая доступность для пациентов центров физической реабилитации;
- отсутствие финансирования программ реабилитации;
- нежелание кардиологов участвовать в программах кардиореабилитации;
- пациенты не всегда охотно участвуют в таких программах, мотивируя это отсутствием финансовых и временных возможностей;
- **Только 30 % пациентов после КШ наблюдаются у кардиолога, 30% - у фельдшеров, 40 % - у терапевтов.**





**Российские клинические рекомендации:
«Коронарное шунтирование больных ИБС:
реабилитация и вторичная профилактика»**

**Российское общество кардиосоматической
реабилитации и вторичной профилактики
(Рос ОКР)**

Президент – засл. деятель науки РФ Аронов ДМ

**Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов
России (АССХР)**

Президент – академик Бокерия ЛА



АССОЦИАЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ РОССИИ
Российское общество кардиосоматической реабилитации
и вторичной профилактики (Рос ОКР)

Коронарное шунтирование больных ИБС: реабилитация и вторичная профилактика

(Российские клинические рекомендации)

*Президент Ассоциации сердечно-
сосудистых хирургов России,
Главный специалист сердечно-
сосудистый хирург Министерства
здравоохранения Российской
Федерации,
академик РАН Л.А. Бокерия*



Л.А. Бокерия

17 февраля 2016 г.

Москва 2016

Новые положения:

1. В России вводится новая функциональная структура:

Центр кардиореабилитации, состоящий из реабилитационного стационара вместо санаторного отделения в прошлом и реабилитационной поликлиники

2. На всех этапах реабилитацию осуществляет

мультидисциплинарная команда

3. Рекомендуется до операции АК провести

преабилитацию, т.е. подготовку больного к КШ и обучение

тому, что он будет выполнять вскоре после операции

Новые положения:

4. Рекомендуется **использовать тренировки дыхательной мускулатуры** с помощью персонального дыхательного тренажёра, который больной получает по стандарту кардиореабилитации для продолжительного (6-12 месяцев) использования
5. Вводится положение об обязательной **комплексной вторичной профилактике** как немедикаментозными методами (физические тренировки, антиатеросклеротическая диета, модификация факторов риска, образовательная программа), так и медикаментозными средствами, повышающими выживаемость больных (анти тромботики, статины, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина)

Мультидисциплинарная реабилитационная команда:

- **Кардиолог, кардиохирург, кардиолог–реабилитолог**
- **Врач ЛФК**
- **Методист/инструктор ЛФК**
- **Врачи функциональной диагностики**
- **Психотерапевт**
- **Клинический психолог**
- **Врач-диетолог**
- **Врач-физиотерапевт**
- **Медицинские сестры**
- **Социальные работники**

Этапы реабилитации при коронарном шунтировании больных ИБС

Классическая система кардиореабилитации в России

Поэтапно:

Госпитальный

Центр кардиореабилитации (ЦКР)



Этапы кардиореабилитации при коронарном шунтировании

Этап I

Реанимационное и
кардиохирургическое
отделения

Этап II

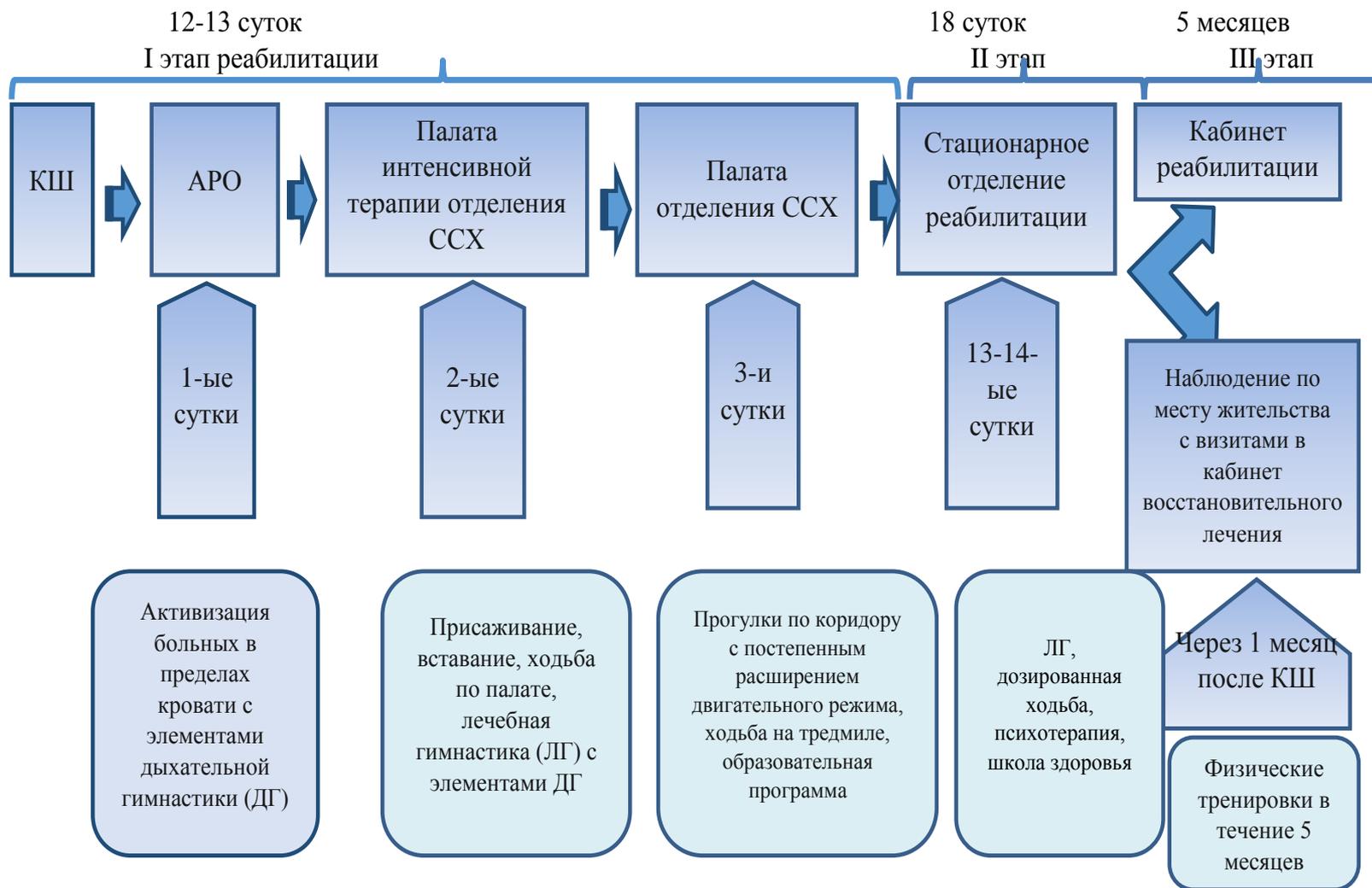
Центр
кардиореабилитации
Стационар

Этап III

Центр
кардиореабилитации
Поликлиника



Схема программы реабилитации пациента после КШ



Этапы кардиореабилитации при коронарном шунтировании



Реабилитация должна начинаться еще до КШ – опыт Кемеровского кардиологического центра

До КШ – беседы, лекции, видео-лекции, обучение методом послеоперационной реабилитации

0 этап

Коронарное шунтирование
Госпитальный этап реабилитации – лечебная физкультура с 1 суток после КШ

1 этап

Стационарное реабилитационное отделение

2 этап

Амбулаторная реабилитация

3 этап





Complex Issues of Cardiovascular Diseases

Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний

1/2016

Научно-практический рецензируемый журнал
Scientifically-practical reviewed journal

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ

616.127-005.4:616.132.2-089]-084:616.2

ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ ОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЛАНОВОГО КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Е. Д. БАЗДЫРЕВ¹, С. В. ИВАНОВ¹, В. Ю. ПАВЛОВА², О. Л. БАРБАРШ^{1,2}

¹ Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

² Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Кемеровская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Кемерово, Россия



Рис. 2. Флаттера PARI-O-PEP



Рис. 3. Threshold IMT и Threshold PEP



Рис. 1. Дыхательные тренажеры POWER

Вручение диплома об окончании «Школы»



Стационарный этап реабилитации (отделение анестезиологии и реанимации)

- Методика ранней респираторно-кинезиологической реабилитации



Стационарный этап реабилитации Блок интенсивной терапии кардиохирургического отделения

- 2-3- суток, осваивают сидение, вставание, ЛФК, ходьба по палате, по коридору)



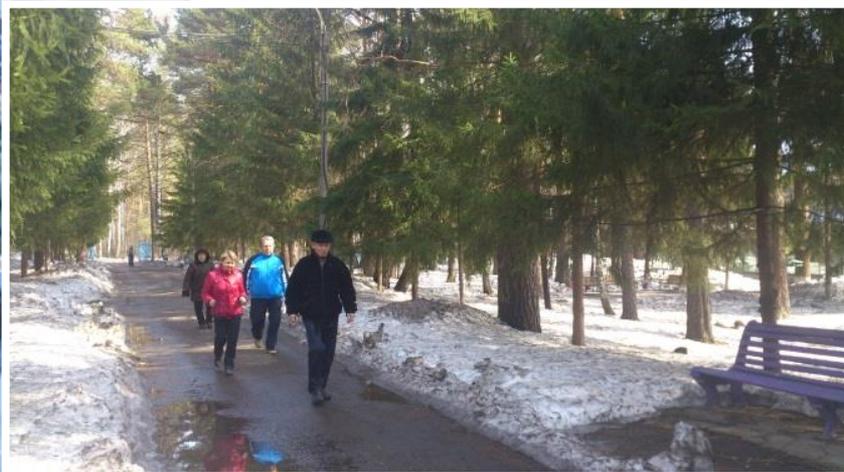
Стационарный этап реабилитации (кардиохирургическое отделение)

- Кардиохирургическое отделение (3-6 сутки)
 - ЛФК (с элементами дыхательных упражнений)
 - Дозированная ходьба
 - Школа здоровья
- Кабинет реабилитации (с 7-10 суток - тренировки на тредмиле)



2 этап реабилитации – загородное отделение реабилитации

- ЛФК (с элементами дыхательных упражнений)
- Дозированная ходьба
- Велотренировки
- Работа с психологом
- Школа здоровья



3 этап – Амбулаторный этап реабилитации

Кабинет восстановительного лечения
кардиолог-реабилитолог, врач-ЛФК
(клиническое, инструментальное обследование, опросники)

Ф.И.О. |

Диагноз

Дата поступления

ГРАФИК ВИЗИТОВ

	Визит/ № визита	1 месяц */1	2 месяц */2	4 месяц */3	6 месяц */4	1 год */5
Реабилитолог	Окружность галии, ИМТ	x	x	x	x	x
	Лабораторные обследования	x			x	x
	ЭХО-КГ	x			x	x
	ВЭМ	x	x	x	x	x
	СМ-ЭКГ	x				
	Рискометрия					
Вр. ЛФК	Режим ЛГ					
	Режим ВТ					
	Режим ДХ					

Примечание: * – срок прошедший с момента проведения АКШ



Как улучшить прогноз и повысить качество жизни пациента после КШ?

Залог успеха послеоперационного периода – поддержание высокой приверженности пациента к выполнению рекомендаций врача!!!

Комплаентность

Ассоциация между использованием медикаментозной терапии и частотой смертельных исходов и инфаркта миокарда после КШ в течение 2 лет (PREVENT IV trial)

Группы пациентов	количество	% смерти+ИМ
Пациенты, не принимающие рекомендованную терапию при выписке из госпиталя	488	8,0%
Пациенты, принимающие более половины терапии	558	5,0%
Пациенты, принимающие всю терапию, рекомендованную при выписке	1924	4,2%

Goyal A. et al.; Ann Thorac Surg 2007;83:993-1001



Проблемы финансирования на этапах реабилитации и пути их решения

- Предоперационный период- обязательное медицинское страхование, новые медицинские технологии – прикладные научные исследования;
- Кардиохирургическое отделение – высокие медицинские технологии (ВМТ), новые медицинские технологии – прикладные научные исследования;
- Стационарное реабилитационное отделение - ОМС;
- Амбулаторный этап – дневной стационар (ОМС);
- **Наш альтруизм.**





Благодарю за внимание !

