

Федеральное агентство научных организаций
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Томский национальный исследовательский медицинский центр
Российской академии наук»



Научно-исследовательский институт кардиологии

Трубачева И.А., Серебрякова В.Н., Кавешников В.С., Лемеш О.Л., Бродская А.А.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по новой медицинской технологии**

**«Методика проведения Школы здоровья для пациентов, перенесших
высокотехнологичные вмешательства на сердце и сосудах,
в условиях специализированной клиники»**

Томск 2017

1. ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ

1.1 Аннотация

Настоящая медицинская технология **«Методика проведения Школы здоровья для пациентов, перенесших высокотехнологичные вмешательства на сердце и сосудах, в условиях специализированной клиники»** разработана для решения актуальной медицинской проблемы и направлена на улучшение течения раннего послеоперационного периода и прогноза у лиц, перенесших аортокоронарное или маммарокоронарное шунтирование (АКШ или МКШ), за счет повышения уровня информированности и знаний пациентов о своем заболевании и его осложнениях, активного формирования навыков грамотной самопомощи, самоконтроля и коррекции кардиоваскулярных факторов риска (ФР) и, как результат, обеспечения позитивной динамики целого ряда клинических и психологических показателей в результате обучения в Школе здоровья (ШЗ) для пациентов, перенесших высокотехнологичные вмешательства на сердце и сосудах, в условиях специализированной клиники. Предлагаемая технология имеет ряд особенностей. Согласно модифицированной методике отбор пациентов на обучение проводится сразу после их вывода в общую палату из реанимации лично врачом, ведущим занятия по программе ШЗ. В группу для обучения включаются пациенты в возрасте до 65 лет включительно без грубых нарушений когнитивных функций после перенесенной травматичной операции на сердце и влияния общего наркоза. Обязательным условием является формирование группы закрытого типа как необходимого элемента когнитивно-поведенческой терапии. В процессе обучения методические подходы корректируются с учетом повышенной утомляемости, неспособности к длительному напряжению и концентрации, быстрой истощаемости при физических и умственных нагрузках пациентов, перенесших травматичное высокотехнологическое вмешательство в условиях искусственного кровообращения. Особый акцент делается на снижение психоэмоционального напряжения и тревожности, принятие ситуации, повышение уровня социальной поддержки и социальных контактов. Важная роль отводится методикам управления стрессом, в частности установке на позитивное мышление, визуализации, упражнениям глубокого дыхания, точечному массажу кистей рук, пальцев и запястий. Все это повышает уверенность пациента в собственных знаниях и навыках правильно оказывать самопомощь, а также уметь вовремя распознать ситуации, которые требуют срочного обращения за медицинской помощью, увеличивает комплаентность к лечению и последующему этапу реабилитации.

Медицинская технология разработана для использования в реабилитации пациентов с АКШ, МКШ в условиях кардиологической или кардиохирургической клиники. Медицинская технология предназначена для врачей кардиологов, терапевтов, кардиохирургов.

Масштаб новизны технологии (1 - новая отраслевая технология в мире (открытия, изобретения), **2 - новая технология для отрасли в стране**, 3 - новая технология для учреждения-исполнителя)

Уровень новизны технологии (1 - радикальная, **2 - улучшающая**)

Метод оказания медицинской помощи (1 - инвазивный, **2 - неинвазивный**)

Информация о внедрении медицинской технологии

Информация о внедрении медицинской технологии	Внедрена в лечебно-диагностический процесс клиники НИИ кардиологии Томского НИМЦ (акт внедрения № 9 от 12.10.2017)
---	--

1.2 Введение

Внедрение новой системы кардиореабилитации в России является одним из наиболее актуальных и перспективных направлений совершенствования кардиологической помощи населению на современном этапе. Важной составляющей этой системы считается направление, ориентированное на активное внедрение информационно-образовательных технологий. Показано, что повышение информированности больных об имеющемся у них заболевании, знание пациентами основ самоконтроля и управления риском приводит к уменьшению осложнений и является экономически выгодным. Технология «Школа здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и их осложнениями» направлена на повышение приверженности пациентов выполнению врачебных рекомендаций по коррекции ФР, лечению и реабилитации. В последние годы активно накапливались данные о положительном влиянии образовательных методик при остром инфаркте миокарда. В то же время имеются ограниченные сведения о проведении ШЗ у пациентов после операций АКШ (МКШ), особенно в раннем послеоперационном периоде.

Высокие показатели летальности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) как в Российской Федерации, так и в мире во многом обусловлены низким уровнем вторичной профилактики и реабилитации. В ряде крупных исследований (EUROASPIRE I, II, III; ATP-Angina Treatment Patterns; РЕЛИФ) убедительно показана недостаточная эффективность вторичной профилактики в отношении коррекции ФР у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). В научных исследованиях последних лет получены убедительные доказательства клинической и социально-экономической эффективности обучающих программ для пациентов, в частности перенесших высокотехнологичные вмешательства на сердце и коронарных артериях, на стационарном этапе оказания медицинской помощи. С учетом негативного влияния на прогноз ИБС тревожной и депрессивной симптоматики (INTERHEART, 2004; КООРДИНАТА, 2007) целесообразно изучение влияния на психологический статус

мероприятий по кардиологической реабилитации, включающих психологическую поддержку и образовательный компонент.

Системы обучения пациентов с различной сердечно-сосудистой патологией стали внедряться в здравоохранение нашей страны достаточно давно и традиционно назывались «Школы здоровья». ШЗ для пациентов является комплексной медицинской услугой и представляет собой технологию группового профилактического консультирования как элемент биопсихосоциальной реабилитационной программы. Опыт внедренных обучающих программ показал, что информированность пациента о своем заболевании в значительной мере повышает эффективность лечебных мероприятий, уменьшает число осложнений, улучшает качество жизни, социальную адаптацию и, как следствие, ведет к снижению затрат на лечение. Разработка данной проблематики соответствует современным трендам внедрения научных результатов мирового уровня в медицинскую практику, так как обучающий компонент является неотъемлемой частью всех Европейских рекомендаций по оказанию медицинской помощи пациентам с ССЗ. По данным литературы, мероприятия по вторичной профилактике ИБС не только способствуют повышению приверженности пациентов к выполнению врачебных рекомендаций по коррекции ФР и лечению, а также являются экономически обоснованными. Исследованиями последних лет показано, что одним из основных методов, повышающим полноту и точность выполнения врачебных назначений, является профилактическое консультирование, предусматривающее не только информирование, но и обучение пациентов в ШЗ. Методика обучения пациентов в ШЗ включает групповое обсуждение с пациентами большинства проблем, предоставление необходимой медицинской информации и практических рекомендаций в определенном алгоритме обучения. Участие пациентов в групповом обучении дает им не только необходимые знания, но и обеспечивает социальную поддержку как со стороны медицинских работников, так и других пациентов. Такая форма обучения (Школа) способствует формированию у обучаемых адекватных представлений о причинах заболевания, дает понимание факторов, влияющих на прогноз, значительно повышает приверженность больных рекомендациям и назначениям врача, позволяет квалифицированно обучать больных навыкам преодоления патогенных стереотипов поведения (С.В. Колбасников и соавт., 2009).

В то же время в научной литературе представлено недостаточно информации о проведении ШЗ для пациентов после кардиохирургических вмешательств, формировании обучающих программ для такого контингента больных с учетом их потребностей, базового уровня знаний об имеющейся у них сердечно-сосудистой патологии и проведенном виде и объеме хирургического вмешательства. Недостаточно освещен вопрос в отношении особенностей проведения ШЗ на госпитальном этапе в условиях кардиохирургической клиники; «выживаемости» полученных знаний и потребности в повторном обучении у данных пациентов. Слабо

проработаны подходы к проектированию базовых программ и планов занятий с учетом социальных, возрастных, гендерных, личностных особенностей обучающихся пациентов. Все вышеперечисленные нерешенные проблемы и послужили поводом для разработки настоящей медицинской технологии.

Таким образом, разработка методики проведения ШЗ для пациентов, перенесших высокотехнологичные вмешательства на сердце и сосудах, в условиях специализированной клиники является новым направлением для отрасли в стране, позволяет значительно повысить эффективность реабилитационных мероприятий на госпитальном этапе и подготовить пациентов к грамотной самопомощи, что даст возможность сформировать основу для дальнейшей медико-социальной реабилитации на амбулаторном этапе лечения.

1.3 Область применения

Медицинская технология разработана для использования в реабилитации пациентов с АКШ, МКШ в условиях кардиохирургической клиники и может быть реализована врачами кардиологами (терапевтами) и/или кардиохирургами. Медицинская технология разработана для решения проблемы повышения приверженности пациентов к выполнению врачебных рекомендаций, оптимизации назначенной терапии у пациентов с АКШ, МКШ, имеющих сочетание метаболических факторов риска: дислипидемию, ожирение, путем обучения в ШЗ для пациентов, перенесших высокотехнологичные вмешательства на сердце и сосудах, в условиях специализированной клиники.

1.4 Нормативные ссылки

В настоящем документе использованы ссылки на нормативные документы:

- Правила подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации (в ред. Постановлений Правительства РФ от 13.08.1997 г. № 1009, с изменениями от 11.12.1997 г. № 1538, 06.11.1998 г. № 1304, от 11.02.1999 г. № 154, от 30.09.2002 г. № 715, от 07.07.2006 г. № 418, от 29.12.2008 г. № 1048, от 17.03.2009 г. № 242, от 20.02.2010 г. № 336).
- Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июня 2009 г. № 477 «Об утверждении Правил делопроизводства в федеральных органах исполнительной власти».
- ГОСТ Р 1.4-2004 «Стандартизация в Российской Федерации. Основные положения».
- ГОСТ Р 1.5-2004 «Стандартизация в Российской Федерации. Стандарты национальные Российской Федерации. Правила построения, изложения, оформления и обозначения».

- ГОСТ Р 1.1.003-96 «Общие требования к построению, изложению и оформлению нормативных и методических документов системы государственного санитарно-эпидемиологического нормирования. Руководство».
- ГОСТ Р 8.563-96 «Государственная система стандартизации Российской Федерация. Порядок разработки государственных стандартов».
- ГОСТ Р 8.010-99 «Государственная система обеспечения единства измерений. Методики выполнения измерений. Основные положения».

1.5 Определения, обозначения, сокращения, ключевые слова

АГ	артериальная гипертония
АД	артериальное давление
АКШ	аортокоронарное шунтирование
АО	абдоминальное ожирение
ДАД	диастолическое артериальное давление
ИБС	ишемическая болезнь сердца
ИМТ	индекс массы тела
КЖ	качество жизни
МКШ	маммокоронарное шунтирование
ОХС	общий холестерин
САД	систолическое артериальное давление
СД	сахарный диабет
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
ТГ	триглицериды
ФК	функциональный класс
ФР	факторы риска
ХС ЛВП	холестерин липопротеинов высокой плотности
ХС ЛНП	холестерин липопротеинов низкой плотности
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale

1.6 Показания и противопоказания к использованию метода

1.6.1 Показания:

Пациенты обоего пола в возрасте от 45 до 65 лет, перенесшие хирургическое вмешательство (АКШ, МКШ), находящиеся на стационарном этапе лечения в раннем послеоперационном периоде.

1.6.2 Противопоказания

Абсолютные противопоказания:

- Нарушения ритма и проводимости сердца высоких градаций.
- Сердечная недостаточность IV ФК по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA).

- Нестабильная стенокардия.
 - Острое нарушение мозгового кровообращения или транзиторная ишемическая атака давностью менее 1 мес.
 - Почечная и печеночная недостаточность.
 - Декомпенсированный сахарный диабет.
 - Психические заболевания.
 - Алкогольная и наркотическая зависимость.
- Относительные противопоказания:
- Психические расстройства, затрудняющие контакт с больным.
 - Отсутствие подписанного информированного согласия на участие в исследовании.

1.7 Методика проведения медицинской технологии «Методика проведения Школы здоровья для пациентов, перенесших высокотехнологичные вмешательства на сердце и сосудах, в условиях специализированной клиники»

1.7.1 Последовательность осуществления медицинской технологии

Медицинская технология реализуется на базе кардиохирургического стационара. Пациенты, получившие кардиохирургическое лечение, проходят обучение в ШЗ для пациентов, перенесших высокотехнологичные вмешательства на сердце и сосудах (Школа АКШ). В основу функционирования Школы АКШ положены рекомендации, разработанные сотрудниками ФГБУ «ГНИЦ ПМ» МЗ РФ (Москва). Предлагаемая нами технология имеет ряд особенностей.

1. Отбор пациентов на обучение проводится сразу после их вывода в общую палату из реанимации лично врачом, ведущим занятия по программе Школа АКШ.

2. В группу для обучения включаются пациенты в возрасте до 65 лет включительно без грубых нарушений когнитивных функций после перенесенной травматичной операции на сердце и влияния общего наркоза.

3. Обязательным условием является формирование группы закрытого типа как необходимого элемента когнитивно-поведенческой терапии. В процессе обучения методические подходы корректируются с учетом повышенной утомляемости, неспособности к длительному напряжению и концентрации, быстрой истощаемости при физических и умственных нагрузках пациентов, перенесших травматичное высокотехнологическое вмешательство в условиях искусственного кровообращения.

4. Особый акцент делается на снижение психоэмоционального напряжения и тревожности, принятие ситуации, повышение уровня социальной поддержки и социальных контактов.

5. Важная роль отводится методикам управления стрессом, в частности установке на позитивное мышление, визуализации, упражнениям глубокого дыхания, точечному массажу кистей рук, пальцев и запястий.

6. Методика обучения больных в Школе АКШ является комплексной медицинской услугой и представляет собой технологию группового

профилактического консультирования в рамках биопсихосоциальной реабилитационной структурированной программы, состоящей из 8 информационно-мотивационных занятий, каждое из которых посвящено обсуждению 1—2 ФР ССЗ, а также сути перенесенной операции и освоению знаний и навыков, которые необходимы каждому пациенту. Продолжительность каждого занятия составляет в среднем 60 мин. Занятия проводятся ежедневно в течение рабочей недели.

7. При обучении пациентов особый акцент делается на следующих моментах:

- Четкое неоднократное объяснение цели каждого занятия с перечнем вопросов, которые предстоит обсудить.

- Соблюдение принципа активной обратной связи, что подразумевает согласование со слушателями тематических вопросов.

- Повторение материала самими слушателями для уточнения правильности понимания наиболее важных положений.

- Чередование информационного материала с его обсуждением и демонстрацией конкретного навыка, вытекающего из представленной информации.

8. При построении программы строго прослеживается, чтобы не было загруженности медицинской терминологией и описанием тонкостей физиологических и патогенетических механизмов формирования болезни.

9. Содержание каждого занятия предусматривает чередование информационной (до 20 мин) и активной части; последняя включает групповое обсуждение предоставленной врачом информации, калькуляцию индивидуальных факторов риска, обучение больных конкретным навыкам контроля состояния здоровья. Важнейшим элементом обучения является групповая дискуссия по каждой из обсуждаемых тем. Именно обсуждение способствует формированию у пациентов адекватных установок и сильной мотивации, направленных на изменение поведения в желательном направлении.

10. Основной фокус внимания направлен на цель всей программы обучения, которая ориентирована на улучшение приверженности пациентов к выполнению врачебных назначений, повышению информированности о своем заболевании, формированию грамотной самопомощи.

Предлагаемая нами методика проведения Школы АКШ повышает уверенность пациента в собственных знаниях и навыках правильно оказывать самопомощь, а также умение вовремя распознать ситуации, которые требуют срочного обращения за медицинской помощью, увеличивает комплаентность к лечению и последующему этапу реабилитации.

Эффективность предлагаемой методики доказана нами в ходе выполнения проспективного наблюдения за обученными пациентами по программе Школа АКШ (n=100 чел.) и группой контроля (n=100 чел., получивших кардиохирургическое лечение, но не прошедших обучение). Проспективное наблюдение проводилось в течение 12 мес. Все пациенты приглашались на 4 визита: 1-й визит – подписание информированного согласия, рандомизация, оценка информированности о

заболевании и ФР ССЗ, сбор анамнестических данных, физикальное обследование, определение липидного состава и глюкозы крови, психологическое обследование; 2, 3 и 4-й визиты - через 3, 6 и 12 мес. после включения в исследование (физикальное обследование, определение липидного состава и глюкозы крови, психологическое обследование). В обеих группах на всех визитах проводилась оценка информированности о ФР, приверженность к медицинским рекомендациям и лечению, тревога и депрессия. Полученные нами результаты демонстрируют, что предложенная технология обучения в ШЗ для пациентов, перенесших высокотехнологичные вмешательства на сердце и сосудах, в условиях специализированной клиники, повышает уровень знаний о заболевании, вторичной профилактике и реабилитации, а также их практическое применение, что способствует коррекции кардиоваскулярных факторов риска, позитивной динамике психологического статуса.

1.7.2 Материально-техническое обеспечение новой медицинской технологии предполагает использование следующего расходного материала:

- Приборы для измерения офисного АД.
- Наборы химических реактивов для определения содержания общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ) крови с использованием наборов фирмы «ДДС» (Россия).
- Контейнеры для забора крови.
- Ростомер, весы напольные, сантиметровые ленты, калькуляторы для определения индекса массы тела.
- Системный блок с операционной системой Windows и MS office XL, компьютерный монитор и принтер для печати.
- Демонстрационные материалы: плакаты, таблицы, проектор, доска.
- Печатные материалы (раздаточный материал) для закрепления полученной на занятиях информации (памятки, брошюры, листовки и т.д.).
- Опросный инструментарий.

1.8 Осложнения и способы их устранения

Осложнения – типичные для проведения венопункций при заборе образцов крови.

Лечебная тактика:

Длительная компрессия места пункции; коррекция антикоагулянтной терапии; при необходимости - хирургическое восстановление целостности стенки вены в месте пункции.

Профилактикой данного осложнения является осторожность во время пункции сосудов, компрессия места пункции не менее 15-20 мин.

1.9 Заключение

Использование предложенной медицинской технологии в клинической практике служит инструментом для достижения позитивной динамики целого ряда клинических и психологических показателей, повышения уровня информированности пациентов в отношении знаний о своем заболевании и его осложнениях, навыков самоконтроля и коррекции кардиоваскулярных ФР, что в свою очередь, позволяет

повысить приверженность к лечению, обеспечивает в дальнейшем благоприятное течение послеоперационного периода у пациентов с АКШ, МКШ на амбулаторном этапе, а также оказывает значительный экономический эффект.

1.8 Библиография

Библиографические данные методических рекомендаций по применению новой медицинской технологии, научных публикаций, связанных с разработкой данной медицинской технологии (при наличии)	<ol style="list-style-type: none">1. Кавешников В.С., Серебрякова В.Н., Трубачева И.А. Отношение к своему здоровью, его параметры и самооценка среди участников профилактической акции // Сиб. мед. журн. – 2014. – № 3. – С. 115-122.2. Серебрякова В.Н., Лемеш О.Л. Влияние обучающих технологий на приверженность к лечению среди пациентов кардиологической клиники // Материалы Конгресса «Российского национального конгресса кардиологов». – Москва, 22-25 сентября 2015. – С. 572.
--	---

2. ТРЕБОВАНИЯ К МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, В КОТОРУЮ БУДЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ВНЕДРЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи; специализированной медицинской помощи; высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, которая должна включать в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний, а также медицинскую реабилитацию по профилю «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия».

3. ТРЕБОВАНИЕ К КАДРОВОМУ СОСТАВУ

Медицинская технология предназначена для врачей кардиологов (терапевтов) и/или кардиохирургов медицинских учреждений кардиохирургического профиля или имеющих в своей структуре кардиохирургические отделения, где проходят стационарный этап лечения пациенты после получения высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», а именно АКШ или МКШ.

4. ТРЕБОВАНИЯ К ОСНАЩЕНИЮ И ИНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ УСПЕШНОГО ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ОРГАНИЗАЦИИ-РАЗРАБОТЧИКА ТЕХНОЛОГИИ

Специально оборудованная учебная комната для проведения занятий с пациентами, подготовленный персонал (врачи-педагоги).