

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**СЕРДЕЧНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
АДАптиРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ СЕСТРИНСКОЕ РУКОВОДСТВО**

Нур-Султан, 2020

УДК 614
ББК 51.1
С 32

Рецензенты:

- Бедельбаева Г.Г. Региональный координатор РЦК по НПКЗ по ВСС от БСК МЗ РК, зав.каф. терапии Института последипломного образования КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
- Тулегенова К.Б. Старшая медицинская сестра отделения интервенционной хирургии ГКП на ПХВ» Областной кардиологический центр» г.Уральска
- Калиева Ш.М. Заведующая отделением терапии ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 4»
- Махметова С.М. Медицинская сестра отделения терапии ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 4»

Сердечная реабилитация. Адаптированное клиническое сестринское руководство//Нур-Султан: Республиканский центр развития здравоохранения, 2020. – 47 с.

Авторы:

Жунусова Д.К., Бекбергенова Ж.Б., Киспаева Т.Т., Гусманова Л.К.

Под редакцией:

Умбетжанова А.Т., Байгожина З.А.

Данное руководство предоставляет, основанную на доказательных данных информацию для медицинских сестер расширенной практики по вопросам сердечной реабилитации.

ISBN 978-601-7606-23-7

УДК 614
ББК 51.1
С 32

Клиническое руководство обсуждено и одобрено на заседании экспертного совета Республиканского центра развития здравоохранения Республики Казахстан (протокол № 12 от 29.07.2020 г.)

© Жунусова Д.К., Бекбергенова Ж.Б., Киспаева Т.Т., Гусманова Л.К.

Оглавление

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	5
ВВЕДЕНИЕ.....	8
1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛЬ.....	10
2. ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	11
3. МЕТОДЫ.....	13
4. РЕКОМЕНДАЦИИ	14
4.1. ОЦЕНКА И ПЛАНИРОВАНИЕ УХОДА	14
4.2 УПРАВЛЕНИЕ ФАКТОРАМИ РИСКА, СВЯЗАННЫМИ С ОБРАЗОМ ЖИЗНИ	20
4.3 ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ.....	31
4.4 МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ	32
5. ПРОЦЕСС ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ	38
6. РАЗРАБОТКА РУКОВОДСТВА	39
7. ВНЕДРЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА.....	41
8. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ	42
ПРИЛОЖЕНИЯ	48

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ	Артериальная гипертензия
АД	Артериальное давление
АСК	Ацетилсалициловая кислота
АКШ	Аортокоронарное шунтирование
БАБ	Бета-адреноблокаторы
БРА	Блокаторы рецепторов ангиотензина II
иАПФ	Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
ИМТ	Индекс массы тела
КПТ	Когнитивно-поведенческая терапия
ЛЖ	Левый желудочек
ЛНП	Липопротеины низкой плотности
МНО	Международное нормализованное отношение
ОИМ	Острый инфаркт миокарда
ОКС	Острый коронарный синдром
СН	Сердечная недостаточность
СД	Сахарный диабет
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
ФТ	Физические тренировки
ХС	Холестерин
ХСН	Хроническая сердечная недостаточность
HbA1c	Гликированный гемоглобин
R	Рекомендации

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Депрессия – (от лат. depressio - подавление) эмоциональное состояние человека, в котором он переживает подавленность, тоску, отчаяние. У человека в состоянии депрессии ослабевает сила воли, пропадают обычные желания и потребности.

Доказательство - это информация, которая ближе всего соответствует обстоятельствам дела. Форма, которую они принимают, зависит от контекста. Результаты качественного, методологически обоснованного исследования дают наиболее точные доказательства. Поскольку исследования часто являются неполными, а иногда противоречивыми или недоступными, другие виды информации являются необходимыми дополнениями или заменой для исследований. Основой решения, основанного на доказательствах являются многочисленные формы доказательств, объединенные, чтобы сбалансировать их строгость с целесообразностью (Canadian Health Services Research Foundation, 2005).

Кокрановский обзор (сотрудничество) -это международная организация, целью работы которой является оказание помощи в выборе информированного решения в области здравоохранения путем подготовки и распространения систематических обзоров об эффекте проведенных исследований.

Консенсус- общее согласие по обсуждаемому вопросу, достигнутое в порядке обсуждения, без процедуры голосования.

Качество жизни — это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами

Клиническое сестринское руководство- систематически разрабатываемые положения, помогающее практикующим врачам и пациентам принимать решения относительно соответствующего медицинского ухода для конкретных обстоятельств клинической практики; также именуемое как руководство по клинической практике.

Когнитивные нарушения (проблемы) – нарушения наиболее сложных функций головного мозга, с помощью которых осуществляется рациональное познание мира и взаимодействие с ним.

Когнитивно-поведенческая терапия – это форма психотерапии, объединяющая в себе техники когнитивной и поведенческой терапии. Она ориентирована на конкретную проблему и нацелена на результат

Когортное исследование-это аналитическое проспективное исследование, проводится для поиска причин, факторов риска, определения прогноза заболеваний.

Мультидисциплинарная команда – команда различных специалистов здравоохранения, работающих совместно для оказания современной и качественной помощи и услуг пациентам внутри одного медицинского учреждения, между несколькими медицинскими учреждениями.

Мета-анализ - систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований, в котором используются статистические методы для анализа и обобщения результатов включенных исследований.

Обсервационное исследование – клиническое исследование, в котором исследователь собирает данные путём простого наблюдения событий в их естественном течении, не вмешиваясь в них активно.

Описательные исследования - исследования, которые генерируют гипотезы и описывают характеристики выборки в определенный момент времени. Исследователи не применяют вмешательства, воздействия фактора риска или лечения для тестирования гипотезы, но отвечают на вопросы «кто, где и когда» в привязке к исходам (CDC, 2013; The Cochrane Collaboration, 2005). Описательные исследования включают поперечные исследования. Поперечные исследования - исследования, изучающие распространенность некоторых характеристик в популяции в определенный момент времени (The Cochrane Collaboration, 2005).

Пациент – индивид, с которым поставщик услуг здравоохранения занимается терапией. В большинстве случаев пациент является физическим лицом, но этот термин может также включать членов семьи человека и / или заменяющих лиц, принимающих решения (группу или сообщество) (CNO, 2013a).

Плацебо-вещество без явных лечебных свойств, используемое для имитации лекарственного средства в исследованиях, где оцениваемый эффект может быть искажен верой самого пациента в действенность препарата, или для улучшения самочувствия пациента в случаях отсутствия более действенного лекарственного средства.

Полипрагмазия - одновременное (нередко необоснованное) назначение множества лекарственных средств. Причиной одновременного назначения нескольких лекарств может быть наличие сопутствующих заболеваний (мультиморбидность), доступность лекарственных средств, а также клинические рекомендации, руководства профессиональных медицинских обществ, стандарты лечения, содержащие в некоторых случаях рекомендации по применению в комплексной терапии более 5 препаратов только по одному показанию, эффективность которых соответствует высоким уровням доказательности.

Полиморбидность – наличие у пациента двух и более заболеваний

Рандомизированное контролируемое исследование – тип научного эксперимента, при котором его участники случайным образом делятся на группы, в одной из которых проводится исследуемое вмешательство, а в другой применяются стандартные методики или плацебо.

Ретроспективное исследование -изучаются исходы проведенных ранее клинических исследований, т.е. исходы наступают до того, как начато исследование

Самоменеджмент- это способность отдельного человека управлять симптомами, лечением, физическими, психологическими последствиями и изменением образа жизни. Самоменеджмент включает участие пациента в обучении, направленное на достижение конкретных результатов, подготовку к ежедневному мониторингу, развитие навыков и способностей, необходимых для снижения физического и эмоционального воздействия болезни, с участием или без участия команды специалистов

Скрининг-это ряд диагностических мероприятий, направленных на раннее выявление какого-либо заболевания путем поголовного обследования людей, составляющих группу риска.

Систематический обзор- обзор, который «пытается сопоставить все эмпирические данные, которые соответствуют заранее определенным критериям приемлемости для ответа на конкретный исследовательский вопрос» (The Cochrane Collaboration, 2011). Систематический обзор использует систематические, ясные и воспроизводимые методы для выявления, отбора и критической оценки соответствующих исследований, а также для сбора и анализа данных из исследований, включенных в обзор (The Cochrane Collaboration, 2005, 2011).

Случай-контроль – исследование, в котором сравнивается группа пациентов с конкретным заболеванием или интересующим исходом с группой лиц из той же популяции без заболевания или интересующего исхода (The Cochrane Collaboration, 2005).

Уровень доказательности - инструмент для выражения надежности информации об исследованиях, которые лежат в рекомендациях.

Чек-лист - список действий, необходимых для работы

ВВЕДЕНИЕ

Как использовать данное клиническое сестринское руководство

Клинические руководства основаны на имеющихся результатах научных исследований и практическом опыте. Клиническое сестринское руководство является документом, предоставляющим информацию для доказательной сестринской практики. Их применение гарантирует, что пациент получает самый качественный уход. Качественно разработанные руководства улучшают результаты для пациента. Данное клиническое сестринское руководство предназначено для специалистов сестринского дела в Республике Казахстан. Оно также может быть использовано другими медицинскими работниками, а также пациентами и членами их семей.

Клинические сестринские руководства — это не алгоритмы, объясняющие выполнение процедур, а скорее инструмент принятия решений для медсестры. При применении руководства на практике, нужно учитывать тип медицинской организации, условия использования руководства, а также предпочтения пациентов и их семей.

Клиническое руководство не отменяет ответственности медсестры в принятии соответствующих решений и аргументированного использования руководства в зависимости от ситуации. В данном документе представлены предпосылки и процесс разработки клинического сестринского руководства. Цели и методы описаны в начале документа. В основную часть включены рекомендации для сестринской практики. В конце клинического сестринского руководства описан процесс разработки и перечислены разработчики. При использовании данного клинического сестринского руководства в медицинской организации рекомендуется оценить его на предмет соответствия и приемлемости в конкретных условиях.

Данное клиническое сестринское руководство является адаптацией шотландского руководства SIGN 150 Cardiac rehabilitation и разработано в соответствии с «Методологическими рекомендациями по адаптации международных клинических сестринских руководств» (методические рекомендации № 2) [1].

Краткое содержание

В руководстве подробно описаны рекомендации, основанные на современных доказательных базах данных о передовой практике реабилитации пациентов с заболеваниями сердца. В нем отражены стратегии по модификации факторов риска для пациентов с заболеваниями сердца, независимо от первичного диагноза, клинического состояния, сопутствующей патологии или стадии заболевания.

При этом основное внимание уделяется комплексным мерам по управлению факторами риска, связанными с образом жизни (модифицированными факторами риска).

В руководстве рассмотрены рекомендации по оценке и планированию ухода за пациентами, нуждающимися в сердечной реабилитации. Также, включены аспекты психосоциального здоровья и медикаментозной реабилитации (консультирование по немедикаментозным назначениям).

Имеется перечень информации, предназначенной для обсуждения с пациентами и их семьями/лицами, осуществляющими уход.

Кроме того, имеется список терминов определений, сокращений и использованных источников литературы.

Уровень доказательности в рекомендациях руководства

Уровень доказательности - это инструмент для выражения надежности информации об исследованиях, которые лежат в основе рекомендаций. Клинические сестринские руководства в Республике Казахстан являются адаптацией оригинальных международных руководств, где используются различные способы градации доказательств. Чем выше градация, тем более значима доказательность данных рекомендаций.

В данном клиническом сестринском руководстве уровни доказательности описаны в следующей таблице (*Таблица 1*).

Таблица 1. Уровень градаций рекомендаций

Уровень достоверности рекомендаций	Уровень убедительности доказательств	Источники доказательств	Уровень доказательности оригинального руководства (SIGN)
A	Высокая достоверность	Высококачественные или хорошо спланированные мета анализы или систематические обзоры РКИ, РКИ с очень низкой и низкой вероятностью систематической ошибки	1+++ 1++ 1+
B	Умеренная достоверность	Высококачественные систематические обзоры когортных исследований* или исследований случай-контроль* или когортных исследований и исследований случай-контроль с очень низкой вероятностью систематической ошибки	2++
C	Ограниченная достоверность	Хорошо спланированные когортные исследования и исследования случай-контроль с низкой вероятностью систематической ошибки	2+
D	Строгие научные	Описательные исследования* (описания случаев и серии случаев) и мнения экспертов	3 4

	доказательства отсутствуют		
--	---------------------------------------	--	--

Ввиду высокого риска систематических ошибок исследования, классифицированные как 1⁺, 2⁻ не были использованы при формулировке рекомендаций

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛЬ

1.1 Сердечная реабилитация

Показатели смертности во всем мире ежегодно от сердечно-сосудистых заболеваний превышают показатели смертности от других причин. Смертность по причине ССЗ в 2018 году составляла 167,3 на 100 000 населения (в 2014 г. - 169,0, в 2015 г. - 195,0, 2016 г. - 178,9, 2017 г. - 176,0). В Республике Казахстан основными причинами от ССЗ зарегистрирована ишемическая болезнь сердца, а именно инфаркт миокарда и аритмии, хроническая сердечная недостаточность и острое нарушение мозгового кровообращения. В связи с высокой заболеваемости и смертности от ССЗ в РК, внедрены интервенционные и кардиохирургические методы лечения больных, и в том числе современные хирургические способы терапии нарушений ритма и проводимости. В последние годы в ряде регионов страны открыты современные кардиологические центры. Актуальной проблемой является организация и проведение действенной реабилитации сердечно-сосудистых заболеваний.

Стратегической целью кардиореабилитации является предупреждение возникновения повторных сосудистых событий, которые сопровождаются более высокими показателями инвалидизации и смертности населения. Так, по данным R.S. Teylor и соавт., применение реабилитационных программ приводит к снижению общей смертности на 20 % и от сердечно-сосудистых причин – на 26 %. Известно, что при адекватной системе реабилитации к трудовой деятельности возвращаются до 82 % пациентов [2].

Сердечная реабилитация – это «Скоординированная совокупность действий, необходимых для благоприятного воздействия на основную причину сердечно-сосудистых заболеваний, а также для обеспечения наилучших физических, психических и социальных условий с тем, чтобы пациенты могли своими силами сохранить или возобновить оптимальное функционирование в своем сообществе и благодаря улучшению образа жизни в отношении здоровья, вялотекущего заболевания или регрессирования заболевания» [3].

Термин «кардиореабилитация» широко распространен и охватывает процессы, описанные в этом определении, но сам по себе является устаревшим и потенциально вводящим в заблуждение термином. Он был установлен в то время, когда пациентов госпитализировали на длительные периоды после перенесенного инфаркта миокарда или кардиохирургических операций, им рекомендовалось отдыхать в течение нескольких месяцев и они нуждались в тщательном контроле реабилитации на основе физических упражнений, чтобы они могли

вернуться к нормальной деятельности. Большинство пациентов с ИБС больше не нуждаются в реабилитации в традиционном смысле этого слова, но они получают пользу от целостного, лично-ориентированного подхода к своему лечению, который передает знания и понимание их состояния и его последствий, а также дает пожизненные навыки, чтобы помочь в самостоятельном управлении этим долгосрочным состоянием. Таким образом, программы кардиореабилитации рассматриваются как эффективное средство вторичной профилактики.

1.2 Цель руководства

Улучшить уход за пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В этом руководстве предоставлены рекомендации, основанные на современных принципах доказательной медицины, для наилучшего проведения сердечной реабилитации пациентов с ССЗ.

Данное руководство посвящено контролю риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе вторичной профилактике. Вторичная профилактика - это возможность вмешательства после произошедшего события. Создатели руководства рассматривают сердечно-сосудистое заболевание как континуум (единый непрерывный процесс) от доклинической до конечной стадии заболевания, потенциально предлагая различные возможности вмешательства после события, для создания возможности изменения исхода заболевания.

1.3 Целевые пользователи

Данное руководство предназначено для специалистов сестринского дела. Также оно может быть использовано другими медицинскими и немедицинскими работниками, вовлеченными в процесс оказания помощи.

1.4 Целевая популяция

Целевая популяция для данного клинического руководства – это пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

1.5 Клинические вопросы, рассмотренные в руководстве

Каковы наиболее оптимальные стратегии снижения суммарного сердечно-сосудистого риска, заболеваемости?

Каковы наиболее оптимальные стратегии предотвращения последующих сердечно-сосудистых осложнений, количества госпитализаций и смертности?

2 ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Следующие рекомендации были выделены группой разработчиков руководства в качестве основных клинических рекомендаций, которые должны быть приоритетными для реализации.

2.1 Оценка и планирование ухода

R | *При оценке состояния пациента, проходящего кардиореабилитацию следует принимать во внимание сопутствующие заболевания*

R | *Для повышения самоэффективности для включения в программу кардиореабилитации следует рассматривать меры по изменению образа жизни*

2.2 Управление факторами риска, связанными с образом жизни (отказ от курения, физическая активность, диета)

R | *При поддержке пациентов по изменению образа жизни в программах кардиореабилитации должно уделяться одинаковое внимание каждому из факторов риска образа жизни*

R | *Курящим пациентам, проходящим кардиореабилитацию, должны быть предложены меры по отказу от курения, в которые входит контакт в течение периода продолжительностью четырех недель и боле*

R | *В мероприятия по отказу от курения должна входить комбинация контакта по телефону, поведенческой поддержки и материалов по самопомощи*

R | *Программа кардиореабилитации, включающая в себя физические упражнения ведет к снижению показателей сердечно-сосудистой смертности, частоты госпитализации и повышению качества жизни*

R | *Программы кардиореабилитации должны предлагать индивидуальную оценку физического состояния пациента перед началом тренировок и адаптировать программы, используя индивидуальный подход*

R | *Аэробные упражнения и упражнения с отягощениями также следует рассматривать как компонент кардиореабилитации для пациентов с ССЗ*

R | *У пациентов, проходящих кардиореабилитацию, необходимо рассматривать меры по изменению образа жизни с применением технологических средств*

R | С целью улучшения соблюдения рекомендаций по питанию у пациентов, проходящих кардиореабилитацию, следует рассмотреть ряд стратегий по рациону питания, включающее консультирование, телефонное сопровождение, использование образовательных инструментов и обратную связь. ю

2.3 Психосоциальное здоровье

R | Кардиореабилитация должна включать в себя план оказания поэтапной помощи для удовлетворения психологических потребностей пациентов

R | Функционал среднего медицинского персонала в системе когнитивно-поведенческой терапии, проводимой врачом–психотерапевтом/психиатром: беседа, рекомендация, немедикаментозная коррекция, наблюдение пациента

2.4 Медикаментозная реабилитация

R | Участие специалистов сестринского дела в кардиореабилитации дает возможность контролировать такие факторы риска, как артериальное давление и уровень холестерина, проводить мониторинг приема лекарства, а также поощрять приверженность лекарственной терапии. Немедикаментозное вмешательство может предоставить наилучшую возможность для повышения качества медицинского управления рисками.

3. МЕТОДЫ

3.1 Методы, используемые для сбора и выбора доказательств

Систематический обзор литературы проводился с использованием определенной стратегии поиска. Базы данных, в которых проводился поиск, включают Кокрановский центральный регистр контролируемых исследований (CENTRAL), Национальный институт исследований в области здравоохранения - оценка технологий здравоохранения (NIHR-HTA), Medline, Medline In-Process, Embase, Cinahl, PsycINFO и Кокрановская библиотека. Поиск проводился по публикациям за период 2009-2019 годы.

3.2. Методы, используемые для оценки и анализа доказательств

Группой разработчиков руководства рассматривается совокупность доказательств по каждому клиническому вопросу. Перед принятием решения о включении данных исследования в руководство проводится оценка найденных доказательств. Основное внимание уделяется качеству имеющихся данных, а не выводам.

4. РЕКОМЕНДАЦИИ

4. 1. ОЦЕНКА И ПЛАНИРОВАНИЕ УХОДА

Мероприятия по кардиореабилитации направлены в первую очередь на пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, имеющими широкий спектр сопутствующих заболеваний: 30% пациентов страдают диабетом, почти 20% страдают заболеванием легких, у 18% артрит, 10% пациентов имеют хроническую боль в спине и 9% - онкологическое заболевание [4].

Поэтому, при оценке состояния пациента и планирования мер по изменению образа жизни необходимо принимать во внимание полиморбидность.

R | При оценке состояния пациента, проходящего кардиореабилитацию следует принимать во внимание сопутствующие заболевания

Оценку тяжести состояния и прогноза следует проводить с помощью шкалы риска GRACE (*Приложение 1*), оценивающих риск смерти в стационаре и в течение последующих месяцев.

4.1.1 Индивидуальная оценка и ведение конкретного случая

Индивидуальная оценка потребностей пациента является важным компонентом на ранних сроках кардиореабилитации [3, 5].

Ведение конкретного случая - это совместная деятельность медицинского работника и пациента; при этом происходит оценка, планирование, координация и выбор вариантов медицинского ухода. Разработка и реализация индивидуального плана ухода за пациентом необходима для удовлетворения потребностей пациента, и кроме того способствует развитию навыков самоменеджмента. Для успешной кардиореабилитации необходим вклад мультидисциплинарной команды, специалисты которой должны постоянно поддерживать контакт с пациентом и координировать его программу [6-8].

Эффективность мероприятий по кардиореабилитации становится выше, если усилия по изменению образа жизни длительные и интенсивные, а пациент имеет возможность регулярно общаться со специалистами лицом к лицу, участвуя в совместном принятии решений и постановке индивидуальных целей [6, 9].

Все пациенты, обращающиеся к кардиореабилитации, должны пройти индивидуальную оценку, которая используется для составления плана ухода и определения вмешательств. Кроме того, программы по кардиореабилитации должны

быть адаптированы индивидуально к каждому пациенту, учитывая различные условия их выполнения и потребности пациента

Индивидуализированный подход к проведению кардиореабилитации больных ИБС с целью определения оптимального темпа реабилитации предусматривает использование шкалы GRACE (*Приложение 1*), позволяющей рассчитать риск летального исхода в первые 30 дней (в стационаре) до 6 месяцев после выписки из стационара.

4.1.2 Участие лиц, осуществляющих уход

Семья имеет важное значение для пациента, участвующего в реабилитации, оказывает важную поддержку в его повседневной жизни и также может нуждаться в помощи со стороны медицинских работников. После кардиального события необходимо как можно большее вовлечение членов семьи для оказания полноценного ухода [10].

Участие лица, осуществляющего уход, и семьи, тем не менее, должно осуществляться с разрешения пациента. Этническая принадлежность и культура, доступ к информации и обязанности по уходу в разных семьях могут различаться, поэтому программы кардиореабилитации должны быть адаптированы к потребностям человека соответственно его социуму [11]. Посещение пациентов программ реабилитации вместе с партнерами (членами семьи) в некоторых случаях ведет к повышению уровня тревожности, особенно это касается пациентов женского пола.

Полезнее создавать отдельные группы образовательной поддержки только для партнеров, сосредоточив внимание на проблемах, с которыми они могут столкнуться, оказывая помощь пациенту с сердечным заболеванием в домашних условиях [12] (уровень доказательности 2+)

4.1.3. Вовлеченность пациента в программу реабилитации

Существуют различные стратегии по повышению самоэффективности и увеличению уровня вовлеченности пациентов в программы кардиореабилитации. [13,14,15]. Они включают в себя:

- телефонный звонок / визит медсестры / терапевта после выписки из больницы
- раннее назначение реабилитационных мероприятий
- мотивационные письма для изменения образа жизни
- программы кардиореабилитации, разработанные специально для женщин
- программы реабилитации для пожилых пациентов (самоконтроль, инструктаж и мониторинг упражнений).

1++

Меры по изменению образа жизни включают в себя:

- постановка целей
- планирование действий
- мониторинг активности с ежедневными записями в дневнике

1++

Применение обучающих методик, помогающих пациентам справляться с хроническими заболеваниями сердца показывает улучшение физического, психического здоровья (уменьшение беспокойства и тревожности), а также качества жизни. Причины улучшения многофакторны, включают в себя лучшее понимание пациентом своей болезни, поощрение пациента и позитивное подкрепление со стороны медицинских работников, а также чувство ответственности, развивающееся у пациента впоследствии. Может, к примеру, использоваться дистанционное наблюдение (по телефону, Skype, Viber или WhatsApp) между группами пациентов [16].

Р Для повышения самоэффективности для включения в программу кардиореабилитации следует рассматривать меры по изменению образа жизни

Школы здоровья

Одним из путей формирования партнерства медицинского работника и пациента является обучение в Школах здоровья (доказательность: класс I уровень A). Школы организуются на базе амбулаторно-поликлинического отделения (учреждения), в том числе центра здоровья, дневного стационара или специализированного отделения стационара медицинской организации (терапевтического, кардиологического), санатория и т.п. Пациенту с ССЗ необходимо рекомендовать посещение таких реабилитационных программ, как Школы здоровья, к примеру:

1. «Школа для больных сердечной недостаточностью»;
2. «Школа для больных артериальной гипертензией»;
3. «Школа здорового образа жизни»;
4. «Школа для пациентов с ишемической болезнью сердца и перенесших острый инфаркт миокарда»;
5. «Школа для пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения».

Приоритетные задачи школ здоровья:

- повышение информированности пациентов о заболевании и его факторах риска;
- повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья;

- формирование рационального и активного отношения пациента к заболеванию, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача;
- формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья, оказанию первой доврачебной помощи в случаях обострений и кризов;
- формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье поведенческих факторов риска (питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от вредных привычек);
- формирование у пациентов практических навыков по анализу причин, факторов, влияющих на здоровье и обучение пациентов составлению плана индивидуального оздоровления.

Ниже в *таблице 2* указаны основные компоненты программы сердечной реабилитации/ вторичной профилактики и ожидаемых результатов», адаптированные Balady GJ et al. и Ades PA., а в Приложении 2 представлена расширенная версия.

Таблица 2. Основные компоненты программы сердечной реабилитации/ вторичной профилактики и ожидаемых результатов», адаптированные Balady GJ et al. и Ades PA

Начальная оценка.	
-	Возьмите историю болезни и проведите медицинский осмотр
-	Оцените наличие факторов риска
-	Сделайте электрокардиограмму в покое и во время тренировки
-	Определите группу риска
-	Оцените профессиональный статус
	<i>Цель: разработка плана профилактики в сотрудничестве с врачом ПМСП</i>
Управление уровнем липидов	
-	Оценить и изменить диету, физическую активность и лекарственную терапию
-	<i>Основная цель: уровень холестерина ЛПНП у лиц с очень высоким сердечно-сосудистом риске <1,4 ммоль/л; при высоком риске-<1,8 ммоль/л; при умеренном сердечно-сосудистом риске-<2,6 ммоль/л, при низком -<3 ммоль/л</i>
-	<i>Вторичные цели: уровень холестерина ЛПВП> 1,16 ммоль/л, уровень триглицеридов <5 ммоль/л</i>

Управление гипертензией	
-	Измеряйте артериальное давление каждое посещение не менее двух раз
-	Если систолическое давление в состоянии покоя составляет 130–139 мм рт. ст. или диастолическое давление - 85–89 мм рт. ст., Посоветуйте изменения в образе жизни, в том числе физические упражнения, регулирование веса, ограничение соли и умеренное потребление алкоголя;
-	Если у пациента диабет, хроническая почечная или сердечная недостаточность, отправьте к профильному специалисту для подбора лекарственной терапии
-	Если систолическое давление в покое составляет ≥ 140 мм рт. ст. или диастолическое давление ≥ 90 мм рт. ст.: Мониторинг эффектов вмешательства в сотрудничестве с врачом первичной медицинской помощи
-	<i>Цель: артериальное давление <140/90 мм рт. ст. (Или <130/85 мм рт. ст., если у пациента диабет, хроническая сердечная или почечная недостаточность)</i>
Прекращение курения	
-	Опрос на статус курения (никогда не курил, бросил курить в далеком прошлом, недавно бросил курить или в настоящее время курит)
-	Определить готовность пациента бросить курить; если готов, выберите дату
-	Предложите консультацию профильного специалиста для назначения никотин-заместительной терапии
-	Предложите поведенческие советы и групповые (школы) или индивидуальные консультации
-	<i>Цель: длительное воздержание от курения</i>
Снижение веса	
-	Рассматриваются пациенты с ИМТ > 25 кг/м ² или окружностью талии > 94 см (у мужчин) или > 80 см (у женщин), особенно если они связаны с гипертензией, гиперлипидемией, инсулинорезистентностью или сахарным диабетом
-	Обеспечить поведенческое и диетическое консультирование с последующим мониторингом прогресса в достижении целей
-	<i>Цель: потеря 5-10% массы тела и изменение сопутствующих факторов риска при длительном соблюдении</i>
Управление диабетом	
-	Определите кандидатов на основе истории болезни и базового теста

-	Разработка режима диетической модификации, контроля веса и физических упражнений в сочетании с пероральными гипогликемическими средствами и / или терапией инсулином, назначаемой профильным специалистом
-	Мониторинг уровня глюкозы перед тренировкой и передача результатов врачу ПМСП
-	Для недавно обнаруженного диабета, направьте пациента к врачу первичной помощи для оценки и лечения
-	Цели: нормализация уровня глюкозы в плазме натощак (3,5-5,5 ммоль/л) или уровня гликозилированного гемоглобина (<7,0%) и контроль связанного с этим ожирения, гипертонии и гиперлипидемии
Психосоциальное управление	
-	Определите психосоциальные проблемы, такие как отрицание, депрессия, беспокойство, социальная изоляция, гнев и враждебность посредством интервью, стандартизированной анкеты или обоих
-	Предоставлять индивидуальное или групповое консультирование или и то и другое пациентам с клинически значимыми психосоциальными проблемами
-	Обеспечить занятия по снижению стресса для всех пациентов
-	Обеспечить вмешательство членов семьи
-	Цель: улучшение клинически значимых психосоциальных проблем и приобретение навыков управления стрессом
Консультирование по физической активности и тренировка	
-	Оцените текущую физическую активность с использованием Шкалы субъективной оценки физической нагрузки (шкала Борга) (см. Приложение 7)
-	Выявить барьеры для повышения физической активности
-	Дайте совет относительно увеличения физической активности
-	Разработайте индивидуальный режим занятий аэробикой и тренировками с отягощениями, указав частоту, интенсивность, продолжительность и типы упражнений.
-	Цели: увеличение регулярной физической активности, силы физического функционирования; Проще говоря, рекомендуется минимум 30 минут субмаксимальной работы или умеренных физических нагрузок в день. Большую пользу, однако, можно достичь путем дальнейшего увеличения физической активности.

4.2 УПРАВЛЕНИЕ ФАКТОРАМИ РИСКА, СВЯЗАННЫМИ С ОБРАЗОМ ЖИЗНИ

Большинство пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями проводят более 5000 часов бодрствования ежегодно вне наблюдения медицинских работников [17], поэтому очень важно информировать их о существующих стратегиях поведения, которые могут быть реализованы дома, на работе или общественных местах. В недавнем опросе пациентов выяснилось предпочтение проходить кардиореабилитацию на дому, а не в реабилитационных центрах [18].

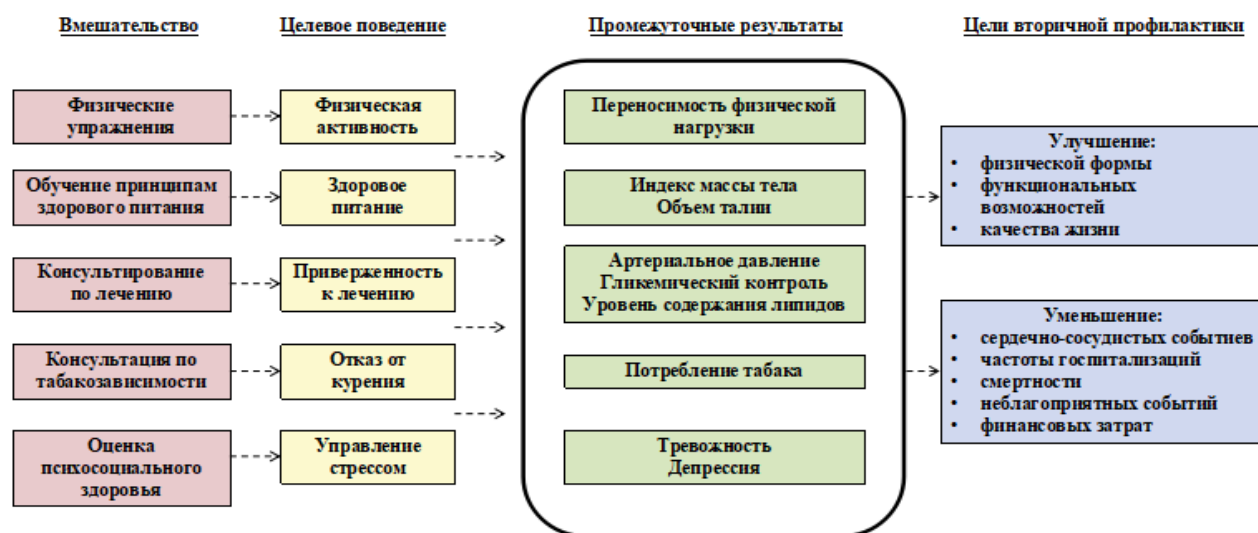
Кардиореабилитация в центрах и на дому включает в себя не только обычный медицинский уход, но и контроль за такими показателями как контроль АД, уровня глюкозы в крови (при наличии сопутствующего СД), уровня липидов, прием сердечно-сосудистых препаратов (таких как антиагрегантные препараты, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ и статины). Тем не менее, оба типа кардиореабилитации отличаются от обычного ухода систематичностью, мультидисциплинарным и командным подходом к пациенту, включающим психосоциальную поддержку и активное участие самого пациента. Процесс кардиореабилитации воодушевляет пациентов к достижению таких целей, как повышение физической активности, формирование привычек правильного питания, оптимальное соблюдение предписанных лекарств, отказ от курения и в конечном счете получению оптимального психологического благополучия, тем самым способствуя снижению риска будущих событий сердечно-сосудистых заболеваний (*Рисунок 1*).

Рисунок 1. Компоненты сердечной реабилитации



Американской Ассоциацией Сердца определены ключевые компоненты для снижения заболеваемости и смертности от ССЗ [19]: оценка состояния пациента, обучение упражнениям, диетическое консультирование, управление факторами риска (курение, мониторинг уровня липидов и глюкозы в крови, АД и веса), а также психосоциальные вмешательства (*Рисунок 2*).

Рисунок 2. Структура, процесс и итоговые показатели при сердечной реабилитации



Поддержка человека, отказывающегося от курения, старающегося стать физически активным и внести положительные изменения в свой рацион питания, является ключевым компонентом программ кардиореабилитации. Руководство SIGN по оценке риска и профилактике ССЗ подчеркивает потенциальные преимущества каждой из этих составляющих [20]. Традиционно в программах реабилитации преобладают физические упражнения. Данные, касающиеся статуса курения, показывают, что только 6% пациентов все еще курят при наборе на программы реабилитации, в то время как около 1% прекращают курить во время самого процесса, а процент пациентов с индексом массы тела (ИМТ) > 30 практически или совсем не меняется [4].

R При поддержке пациентов по изменению образа жизни в программах кардиореабилитации должно уделяться одинаковое внимание каждому из факторов риска образа жизни

4.2.1 ОТКАЗ ОТ КУРЕНИЯ

Кокрановский обзор показал, что психосоциальные меры по изменению образа жизни оказывают положительное влияние на отказ от курения через шесть месяцев. Поддержка по телефону и самоменеджмент оказывали положительный эффект при условии продолжительного участия в программах реабилитации [21,22].

1++

Потребителям табака следует рекомендовать отказаться от курения при каждом их посещении, предлагать консультирование и помогать в разработке плана прекращения курения, который может включать фармакотерапию (направление на консультацию к соответствующему специалисту) и / или направление в программу по прекращению курения, кроме того, пациентам следует рекомендовать избегать воздействия табачного дыма на работе, дома и в общественных местах [23].

Меры по изменению образа жизни, связанные с отказом от курения, начинаются с установления первоначального контакта в стационаре, продолжают после выписки, и включают в себя дополнительную поддержку, обучение стратегиям преодоления трудностей, применение материалов самопомощи, никотинозаместительную терапию, имеют значительный эффект только при долгосрочном контакте медсестры с пациентом (более 1 месяца) [24-26].

R | **Курящим пациентам, проходящим кардиореабилитацию, должны быть предложены меры по отказу от курения, в которые входит контакт в течение периода продолжительностью четырех недель и более**

R | **В мероприятия по отказу от курения должна входить комбинация контакта по телефону, поведенческой поддержки и материалов по самопомощи**

К методам объективного выявления воздействия курения относится пульсоксиметрия – неинвазивный метод измерения процентного содержания оксигемоглобина в артериальной крови (сатурация). В основе метода лежит измерение поглощения света определенной длины волны гемоглобином крови. Степень поглощения зависит от содержания оксигемоглобина. Пульсоксиметр фиксирует степень оксигенации крови и измеряет частоту пульса и амплитуду пульсовой волны. Этот метод важен в объективизации степени дыхательной недостаточности – неспособности системы дыхания обеспечить нормальный газовый состав крови.

Оценка степени никотиновой зависимости необходима как медицинскому работнику, так и самому пациенту для правильного выбора тактики и метода отказа от курения. Проводится с помощью теста Фагерстрема (*таблица 3*).

Степень никотиновой зависимости оценивается по сумме баллов:

- 0-2 баллов – очень слабая зависимость.
- 3-4 баллов – слабая зависимость.
- 5 баллов – средняя зависимость.

- 6-7 баллов – высокая зависимость.
- 8-10 баллов – очень высокая зависимость.

Таблица 3. Тест Фагерстрема

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 минут	3
	В течение 6-30 минут	2
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да	1
	Нет	0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая сигарета утром	1
	Все остальные	0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 и более	3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того как проснетесь, чем в течение остального дня?	Да	1
	Нет	0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0

Оценка степени мотивации бросить курить (*таблица 4*) может быть проведена с помощью двух очень простых вопросов (ответы в баллах).

Таблица 4. Оценка степени мотивации бросить курить

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Бросили бы Вы курить, если бы это было легко?	Определенно нет	0
	Вероятнее всего, нет	1
	Возможно, да	2
	Вероятнее всего, да	3
	Определенно да	4
2. Как сильно Вы хотите бросить курить?	Не хочу вообще	0
	Слабое желание	1
	В средней степени	2
	Сильное желание	3
	Однозначно хочу бросить	4

Степень мотивации пациента к отказу от курения оценивается по сумме баллов:

- 6-8 баллов – высокая мотивация к отказу от курения. Пациенту можно предложить лечебную программу с целью полного отказа от курения.
- 4-6 баллов – слабая мотивация. Пациенту можно предложить пробную лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации.
- 0-3 балла – отсутствие мотивации. Пациенту возможно предложение снижения интенсивности курения.

Эти диагностические меры кроме основного предназначения также помогают начинать разговор об отказе от курения, стимулировать к переосмыслению поведенческих стереотипов,

способствуют формированию или повышению мотивации пациента в отношении отказа от курения.

Более подробно о табакокурении можно прочитать в Руководстве для медицинских сестер расширенной практики по «Применение вмешательств против табакокурения в повседневной практике медицинской сестры. Адаптированное клиническое сестринское руководство» [27].

4.2.2 ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И СНИЖЕНИЕ СИДЯЧЕГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Регулярная физическая активность оказывает профилактическое и терапевтическое воздействие на многие хронические состояния, в том числе и ИБС [28].

Термин «физическая активность» определяется как движение тела, для которого требуется затрата энергии. Физические упражнения - это подкатегория физической активности, которая является плановой, структурированной, повторяющейся и направлена на улучшение или поддержание одного, или нескольких компонентов физической подготовленности [29]. Всем пациентам с ССЗ следует рекомендовать свести к минимуму сидячий образ жизни, они должны стремиться к ежедневной физической активности [28,30]. В течение одной недели она должна составлять 150 минут (2,5 часа) физической активности умеренной интенсивности сеансами по 10 и более минут или до 75 минут активности высокой интенсивности. Сюда могут входить как структурированные физические нагрузки, так и быстрая ходьба. [30]. Кроме того, всем взрослым пациентам рекомендуется заниматься физическими упражнениями для улучшения мышечной силы как минимум два дня в неделю. [28].

Тех, кто ведет умеренно активный образ жизни и способен повысить свою активность, следует поощрять к этому и рекомендовать включать в свой режим регулярные тренировки. [30].

Такой компонент сердечной реабилитации, как физические упражнения снижает показатели сердечно-сосудистой смертности, количество госпитализаций и улучшает качество жизни. [31,35].	1++
--	-----

В Кокрановском обзоре сообщалось, что кардиореабилитация на основе физических упражнений у пациентов с сердечной недостаточностью (СН) снижала частоту повторной госпитализации. Хотя и не влияет на показатели смертности при краткосрочном воздействии (<12 месяцев), но снижает показатели смертности в более долгосрочной перспективе. Эти преимущества не зависят от возраста, пола	1++
--	-----

или степени дисфункции левого желудочка. [35]. Пациентам, имеющим структурные изменения левого желудочка сердца, полезно как можно раньше начать (через одну неделю после ИМ) проходить программы реабилитации в течение трех месяцев и более для улучшения фракции выброса, конечного диастолического и систолического объема. [36].

Физические тренировки оказывают положительное влияние на ремоделирование левого желудочка и восстановление сердечно-легочных функций. [37].

Тренировка с физической нагрузкой у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса показала увеличение кардиореспираторной выносливости и улучшение качества жизни. При этом отсутствовали зависимости от частоты, продолжительности и интенсивности объема физической нагрузки [38,39].

В **приложениях 3,4,5,6** представлены советы по проведению физических упражнений для пациентов с ССЗ, журнал ежедневных упражнений, а также оценка сердечно-сосудистого риска для пациентов.

В систематическом обзоре, посвященном анализу 63 исследований, изучалось влияние сердечной реабилитации на основе физических упражнений при ИБС. Показано снижение показателей смертности и риска госпитализации, программы реабилитации включали стратегии обучения физическим упражнениям и изменению поведения, а также психологическую поддержку по преодолению факторов риска [40].

Имеются данные о пользе аэробных упражнений и упражнениях с отягощениями различной частоты, и продолжительности. ***Поскольку нет единого мнения об оптимальном объеме, физическую нагрузку определяют в индивидуальном порядке.*** [41].

Недавние исследования влияния физических нагрузок выявили улучшение качества жизни пациентов независимо от типа коронарного синдрома [42, 43, 44], и улучшение состояния сердечно-легочной системы и качества жизни при сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса [38, 45].

Для оценки уровня физической активности, прогнозирования и выявления рисков у пациентов, перенесших сердечно-сосудистое событие рекомендуется тест на определение выносливости [46, 47, 48] или шкала Борга.

Шкала Борга, отражающая уровень переносимой нагрузки, используется для субъективной оценки восприятия человеком интенсивности выполняемой ФН (шкала от 6 до 20) и как дополнительный параметр ее регулирования. Также шкала Борга применима для

формирования правильной самооценки интенсивности физических тренировок. Прогностическое значение имеет уровень переносимой физической нагрузки, соответствующий 11-14 баллам от легкой до умеренной степени интенсивности (см. *Приложение 7*).

В случае затруднения тестов с максимальной нагрузкой рекомендуется субмаксимальный – проба с 6-минутной ходьбой [49] 6-минутная прогулка используется для установки необходимой интенсивности упражнений, назначения программ тренировок и оценки эффективности кардиореабилитации [50], (см. *Приложение 8*).

R | **Программа кардиореабилитации, включающая в себя физические упражнения ведет к снижению показателей сердечно-сосудистой смертности, частоты госпитализации и повышению качества жизни**

R | **Программы кардиореабилитации должны предлагать индивидуальное оценивание физического состояния пациента перед началом тренировок и адаптировать программы, используя индивидуальный подход**

R | **Аэробные упражнения и упражнения с отягощениями также следует рассматривать как компонент кардиореабилитации для пациентов с ССЗ**

ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Имеются сведения об эффективном использовании телемедицины для изменения образа жизни, с целью стимулирования занятий физическими упражнениями [51,52]. В нескольких РКИ с участием больных, в том числе и многоцентровых, проведенных в Австралии, проводилась первичная консультация продолжительностью один час и в течение следующих 3-6 месяцев совершались многочисленные телефонные звонки. Показано значительное снижение уровня общего холестерина, систолического артериального давления, ИМТ и уровня тревожности. [51]. Такие меры по изменению образа жизни имеют эффективность, аналогичную традиционным методам сердечной реабилитации, поэтому это может стать альтернативой для пациентов, предпочитающих этот подход и не имеющих возможность проходить реабилитацию в условиях центра. [51,52].

2+

Физические упражнения совместно с поддержкой посредством Интернета (веб-сайты с интерактивными учебными пособиями) и текстовых сообщений (4–6

1++

текстовых сообщений в неделю в течение 24 недель) среди пациентов с ИБС привели к значительному увеличению их физической активности (ходьба и иные физические упражнения на досуге) [15,53,54,55].

Использование шагомеров пациентами при ходьбе, проходящими кардиореабилитацию в течение 1,5 – 6 месяцев привело к улучшению общей физической активности [56].

Многофакторные модели кардиореабилитации с использованием телемедицины ведут к снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний, аналогичным снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний, который отмечается при традиционных подходах в условиях больницы [51]. Таким образом, эти модели могут быть интегрированы в традиционные модели оказания помощи для расширения выбора у пациентов

R | **У пациентов, проходящих кардиореабилитацию, необходимо рассматривать меры по изменению образа жизни с применением технологических средств**

Принципы физической реабилитации больных

Индивидуальный подход к выбору метода, режима, интенсивности физических тренировок
При выборе параметров физических тренировок (ФТ) необходимо учитывать обширность и наличие осложнений ИМ, коморбидную патологию.

1. Раннее начало. Физическая реабилитация должна начинаться с первых дней после ИМ в виде дыхательных упражнений. Начинать ФТ следует после стабилизации клинического состояния.
2. Строгая дозированность и этапность ФТ. Использование шкалы Борга, проба с 6-минутной ходьбой.
3. Непрерывность и регулярность ФТ.
4. Постепенное возрастание объема и интенсивности ФТ.

В приложении 9 представлена классификация рисков при физических тренировках.

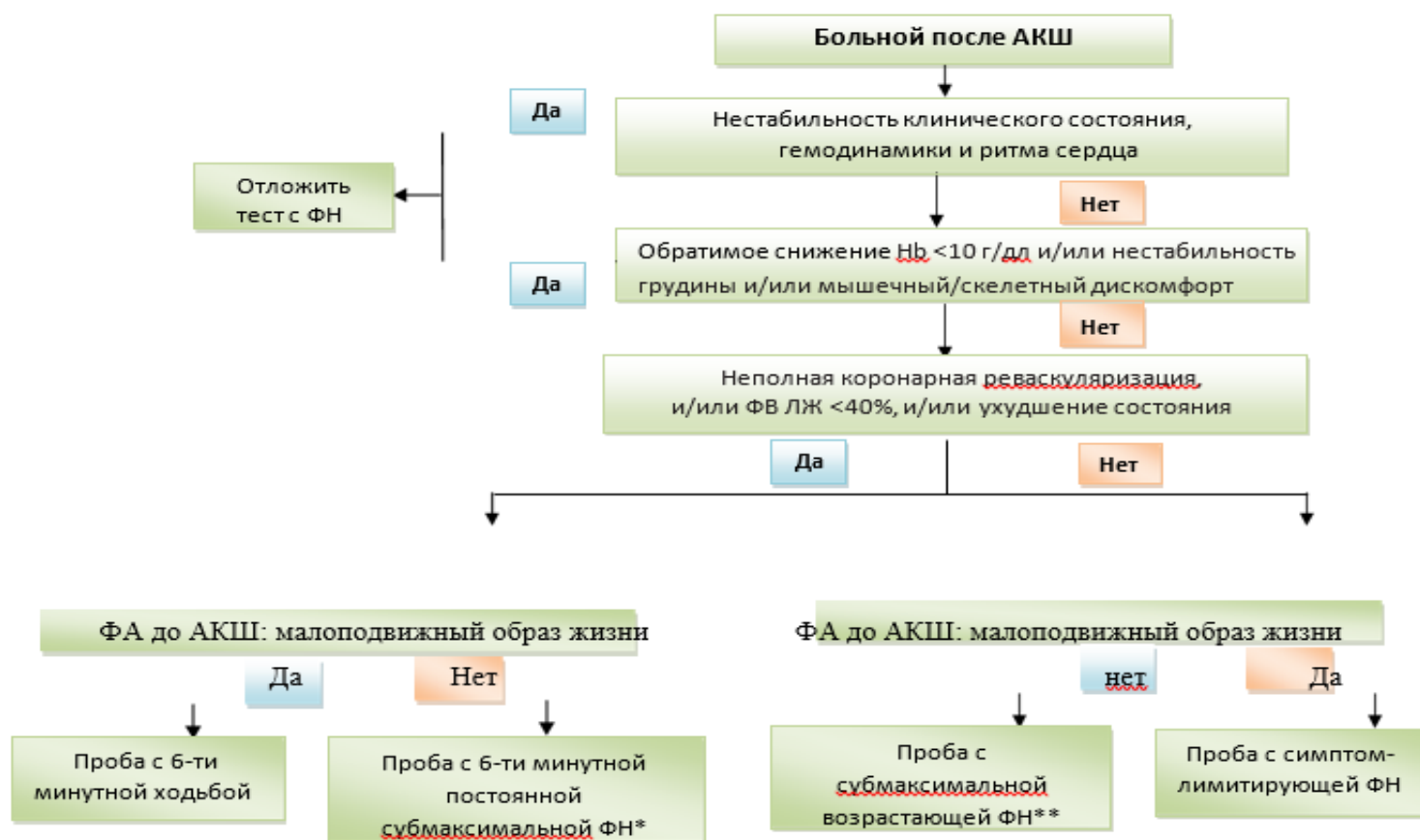
Частота сердечных сокращений – самый простой показатель контроля уровня тренирующей нагрузки. Максимальная ЧСС – это самая высокая ЧСС при выполнении пробы с ФН. В норме она зависит от пола и возраста (см. **таблицу 5**). У пациентов этот параметр

может отличаться от нормальных значений из-за приема лекарственных препаратов, например, бета-адреноблокаторов.

Таблица 5. ЧСС при различном проценте потребления кислорода в зависимости от возраста и пола (по R.L.Andersen et al.)

Процент потребления кислорода	Возраст (лет)									
	20-29		30-39		40-49		50-59		60-69	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
	ЧСС в минуту									
75	161	167	156	160	152	154	145	145	140	142
100	195	198	187	189	178	179	170	172	162	163

Рисунок 3. Алгоритм проведения функциональных нагрузочных проб перед началом реабилитации или программы физических тренировок после АКШ



Примечание: *Верхний порог для прекращения пробы с субмаксимальной ФН: степень переносимой нагрузки по Шкале Борга (Borg RPE) 11–13/20 или ЧСС максимальная = ЧСС покоя стоя + 20–30 уд. /мин. **Прекращение пробы с субмаксимальной возрастающей ФН: ЧСС максимальная = 70% резерва ЧСС.

Таблица 6. Допустимые виды бытовой активности в зависимости от функционального класса больных ИБС

Виды активности	Функциональный класс			
	I	II	III	IV
Бег	++	+	-	-
Ходьба:				
Быстрая (130 шаг/мин)	+++	++	-	-
Средняя (100-120 шаг/мин)	+++	+++	++	-
Медленная (<80-90 шаг/мин)	+++	+++	+++	+
Подъём по лестнице (число этажей)	5 и более	До 5	2-3	-
Ношение тяжестей (кг)	15-16	8-10	3	-
Половая активность	+++	++	+	-

Более подробно о физической активности можно прочитать в Руководстве для медицинских сестер расширенной практики «Оценка риска и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний» [58].

Физическая реабилитация с применением программ физических тренировок имеет центральное значение в системе кардиореабилитации, так как позволяет больному восстановить физическое состояние, добиться клинической стабильности течения заболевания и, главное, вернуться к трудовой деятельности, привычным бытовым нагрузкам и социальной активности.

4.2.3 ДИЕТА

Рекомендации по первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний эволюционировали от первоочередной задачи ограничения потребления жира и холестерина в рационе питания до более широкого видения здоровой для сердца пищи. В настоящее время основное внимание уделяется кардиопротективной диете, которая включает в себя более здоровый рацион питания, корректирует неправильные представления о диете и здоровье, а также балансирует потребление энергии и поддержание массы тела (или снижение, если необходимо) [3].

Режимы питания, характеризующиеся традиционной средиземноморской диетой (которые богаты овощами и фруктами, а основными источниками добавленного жира являются оливковое масло и орехи, имеют низкое содержание красного мяса (при этом птица и рыба заменяют говядину и баранину) полезны в профилактике ИБС. Такой подход к диете следует использовать вместо ограничения употребления отдельных питательных веществ и использования пищевых добавок, в том числе обогащенных витаминами и минералам.

Исследования постоянно демонстрируют обратную связь между употреблением традиционной средиземноморской диеты и снижением риска ИБС, инсульта и общей смертности [59-61].

1++

Дополнительные рекомендации по диете смотрите более подробно в Руководстве для медицинских сестер расширенной практики по оценке риска и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний» [58].

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ДИЕТЕ

Исследования мер по изменению образа жизни, направленных на улучшение соблюдения рекомендаций по питанию у пациентов с хроническими состояниями, показали неоднозначные результаты, так как в них использовались разные критерии оценки результатов [59]. Постоянное наблюдение с помощью телефонной связи, применение образовательных инструментов, согласование режима лечения медицинскими работниками с пациентами, обратная связь и многочисленные меры по изменению образа жизни приводят к статистически значимым результатам. Однако невозможно определить идеальную комбинацию мер по изменению образа жизни, необходимо принимать во внимание предпочтения самого пациента. [63,64].

Диетические программы при кардиореабилитации должны быть разработаны с учетом следующих рекомендаций (*Таблица 7*)

Таблица 7. Рекомендации по диете

Компонент	Рекомендации
Диета	Для поддержания здорового веса и соответствующего расхода энергии разнообразьте группы продуктов питания, включая цельнозерновые продукты, овощи, фрукты, рыбу, птицу, бобы и орехи.
Жир [65]	Ограничьте общее потребление жира до 30% от общего потребления энергии. Ограничьте потребление насыщенных жиров до 7% от общего потребления энергии. Замените насыщенные жиры мононенасыщенными жирными кислотами и полиненасыщенными жирными кислотами (ПНЖК) и ограничьте количество омега-6 ПНЖК до 10% от общего потребления энергии. Ограничьте потребление транс-жиров до 1% от общего потребления энергии.
Холестерин	Ограничьте ежедневное потребление холестерина до 200-300 мг.
Соль [66]	Ограничьте ежедневное потребление соли до 5 г.
Волокна [67]	Ешьте достаточно цельнозерновых продуктов и овощей, чтобы ежедневное потребление клетчатки превышало 25 г.
Сахар	Ограничьте потребление сахара (чистого сахара, и продуктов с добавлением сахара) до 10% от общего потребления энергии.
Алкоголь [68]	Желательно избегать употребления алкоголя.

Р С целью улучшения соблюдения рекомендаций по питанию у пациентов, проходящих кардиореабилитацию, следует рассмотреть ряд стратегий по рациону питания, включающее консультирование, телефонное сопровождение, применение образовательных инструментов и обратную связь.

4.3 ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Психологические последствия сердечно-сосудистых заболеваний влияют на выздоровление, заболеваемость, смертность и качество жизни [69]. У пациентов с сердечными заболеваниями могут возникнуть психологические трудности, связанные с адаптацией к своему диагнозу, с новым состоянием и с влиянием на их социальную роль и жизнедеятельность, психологические расстройства, возникающие после сердечного события, могут быть также связаны с повышенными расходами из-за необходимости большего количества посещений врача и повторных госпитализаций [70-72]. У пациентов может развиваться *депрессия* [73], *тревожность* (особенно при нарушениях ритма, гипертензии, желудочковых аритмиях, атеросклерозе) [74,75]. Особенно страдает *внимание, ежедневная деятельность, оперативная память, скорость речи и мышление* [76], может развиваться *деменция* [74,75] (при мерцательной аритмии, атеросклерозе). При этом *стресс* может стать барьером для успешной реабилитации и усилий по изменению образа жизни [77].

Медсестры являются неотъемлемыми участниками мультидисциплинарной группы во всем непрерывном процессе кардиореабилитации.

Ключевые обязанности медсестер включают в себя следующее:

- Базовая диагностика;
- Немедикаментозная коррекция

Базовая диагностика вышеперечисленных состояний:

Диагностика депрессии (по Беку – BDI-II) [78-80] (*Приложение 10*)

Диагностика когнитивных нарушений (шкала MMSE) (*Приложение 11*)

При положительных результатах тестов – оповещение лечащего врача с целью дальнейшей коррекции состояния.

Установлено, что психологическая реабилитация, направленная на преодоление негативных эмоций и стресса способна улучшить прогноз больных ИМ, уменьшить на 41% число повторных ИМ и снизить на 28% отдаленную летальность. Проведение психологической реабилитации должно быть непрерывным и сочетаться с обучением пациента в Школе хронических больных и с их участием в программах физической реабилитации. Вовлечение пациентов в Школу с привлечением клинического психолога позволяет снизить риск возникновения тревожно-депрессивных расстройств. Желательными являются и контакты с родственниками с целью формирования у них адекватных представлений о болезни близкого и путях преодоления ее последствий.

МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ

Традиционные методы психотерапии оказываются медицинскими работниками со специальным высшим медицинским образованием.

R Кардиореабилитация должна включать в себя план оказания поэтапной помощи для удовлетворения психологических потребностей пациентов

ИЗМЕРЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

Медицинские работники должны использовать инструменты оценки депрессии и тревожности как часть четкого клинического плана мероприятий с тем, чтобы пациенты с высокой степенью угнетения настроения/ склонностью к суициду проходили надлежащую и своевременную оценку и мониторинг риска [81] (*Приложение 12*).

Для обеспечения постоянного мониторинга симптомов и результативности лечебных мероприятий, инструменты оценки тревожности и депрессии следует заполнять неоднократно в течение всего курса реабилитации как составную часть клинического плана мероприятий.

R Функционал среднего медицинского персонала в системе когнитивно-поведенческой терапии, проводимой врачом –психотерапевтом/психиатром: беседы, рекомендация, немедикаментозная коррекция, наблюдение пациента

4.4 МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Пациентам с ИБС врачом назначаются препараты для снижения сердечно-сосудистого риска и изменения факторов риска. [20,82,83]. Участие в сердечной реабилитации дает возможность контролировать такие факторы риска, как артериальное давление и уровень холестерина, проводить мониторинг приема лекарства, а также поощрять приверженность лекарственной терапии. Медицинский вклад в программы сердечной реабилитации минимален, что говорит о том, что немедикаментозное вмешательство может предоставить наилучшую возможность для повышения качества медицинского управления рисками [84,85].

Все фармакологические средства назначаются врачом, изменение дозы, отмена, замена лекарственного средства также являются прерогативой врача. Однако медицинская сестра должна владеть информацией о побочных действиях, режимах дозирования, симптомах передозировки назначенных лекарственных средств. В рамках программ медицинской реабилитации медицинская сестра должна всячески способствовать соблюдению приверженности лекарственной терапии пациентом.

4.4.1 Приверженность приему лекарств

Многие пациенты перестают принимать лекарства вскоре после начала его приема, без консультации своего врача или медсестры. Пациенты, которые продолжают принимать лекарства, часто принимают их с нарушением режима приема, а уровень приверженности медикаментозной терапии в долгосрочной перспективе в среднем составляет всего около 50% [89].

Выявлено мало научных данных по поводу того, как можно наилучшим образом улучшить приверженность медикаментозной терапии в условиях кардиореабилитации. Большинство испытаний в других условиях сложны и многогранны и в лучшем случае демонстрируют лишь незначительное улучшение при приеме лекарств [89].

1++

Данные, полученные в ходе испытаний с участием пациентов с длительными заболеваниями, выявили некоторую пользу от попыток преодолеть барьеры для приверженности приему лекарств с помощью специализированной постоянной поддержки со стороны медицинских работников, проводящих интенсивное обучение или консультирование (в том числе мотивационные интервью или КПТ от профессионалов), ежедневной поддержки и дополнительной поддержки от семьи или ровесников [89].

1++

4.4.2 Контроль АД

У пациентов с ОКС и сопутствующей АГ уровни АД должны хорошо контролироваться, поскольку риск развития повторных коронарных событий зависит от величины АД. Данные ретроспективного анализа исследования PROVE IT–TIMI 22 (the PRavastatin Or atorVastatin Evaluation and Infection Therapy–Thrombolysis In Myocardial Infarction 22) подтвердили, что после инфаркта миокарда целевой уровень систолического АД должен быть <140 мм рт.ст., но не ниже 110 мм рт.ст. Следует помнить и о пороговом значении уровня диастолического АД (70-75 мм рт. ст.), при котором дальнейшее снижение АД может сопровождаться ухудшением течения заболевания. Для контроля уровня АД, наряду с общепринятыми немедикаментозными вмешательствами (снижение потребления соли, повышение ФА и нормализация ИМТ), предпочтение отдается антигипертензивным препаратам, необходимым больным после ОИМ и по другим показаниям (БАБ, иАПФ или БРА). Если больной уже получает эти средства в рекомендуемых дозах, но целевой уровень АД не достигнут, возможно пациенту требуется добавление других гипотензивных средств, следовательно, необходимо направить к профильному специалисту.

4.4.3 Гиполипидемическая терапия

Влияние на уровень ХС ЛНП – обязательный компонент терапии пациентов, перенесших ОИМ. Гиполипидемическая терапия назначается профильным специалистом. Однако медицинская сестра может контролировать достижение пациентом рекомендуемых пороговых уровней ХС ЛНП.

Уровень липидов натошак должен определяться у всех больных с ОКС как можно раньше (предпочтительно в первые 24 часа)	1
--	---

Повторное определение уровня ХС ЛНП следует проводить через 4–6 недель после развития ОКС для контроля достижения целевого значения ХС ЛНП $\leq 1,4$ ммоль/л или его снижения более чем на 50%	2++
---	-----

Установлено, что терапия статинами пациентов после ОКС снижает риск смерти от ИБС, повторного ИМ, инсульта и потребность в операции реваскуляризации миокарда. После ИМ больные должны получать статины, неопределенно долго, если нет противопоказаний. Раннее применение статинов у этих больных должно сочетаться с эффективным изменением образа жизни и рекомендациями по диете. Если по каким-то причинам пациенту не назначена эта группа препаратов, то следует направить его к лечащему врачу.

4.4.4 Антиагреганты. Ацетилсалициловая кислота (АСК)

АСК должна быть назначена профильным специалистом-врачом неограниченно долго (>12 мес.) всем больным с перенесенным ОКС, не имеющих противопоказаний (аллергия, обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, геморрагический диатез) с целью вторичной профилактики. Для длительной поддерживающей терапии рекомендуются дозы от 75 до 100 мг 1 раз/сут.	1
--	---

Прием АСК прекращается только в случае непереносимости или наличия побочных действий, требующих ее отмены. При непереносимости АСК необходимо направить к профильному специалисту для назначения альтернативы.

4.4.5 Антикоагулянты

Многие пациенты с сердечными заболеваниями (например, фибрилляция предсердий/трепетание предсердий, наличие протезов клапанов сердца (механических и в ряде случаев биологических), в составе комплексной терапии могут получать антикоагулянты (антагонисты витамина К (варфарин), НОАК (новые оральные антикоагулянты- ривароксабан, апиксабан, дабигатран). Для препаратов группы антагонистов витамина К необходим строгий контроль уровня МНО (международного нормализованного отношения), при снижении его уровня ниже целевых значений у пациентов увеличивается риск тромбообразования, при повышении его уровня выше оптимальных значений- увеличивается риск кровотечения. Функционал медицинской сестры в данном случае заключается в разъяснении пациенту необходимости мониторинга МНО и в своевременном обращении к лечащему врачу при отклонении результатов, а также при появлении признаков передозировки препаратов. Для большинства пациентов, принимающих антагонисты витамина К оптимальным диапазоном МНО является 2,0-3,0.

4.4.6 Бета-адреноблокаторы

БАБ улучшают прогноз, уменьшают число госпитализаций, оказывают кардиопротекторное действие, уменьшая степень ремоделирования сердца и замедляя прогрессирование декомпенсации. После выписки из стационара больные продолжают лечение БАБ, подобранное врачом в остром периоде заболевания или, начинают его, если ранее оно не использовалось. БАБ назначается профильным специалистом. Больным, перенесшим ОИМ, БАБ следует принимать неопределенно долго (до 3-х лет). Медицинская сестра должна контролировать приверженность пациента лечению, так как БАБ являются ключевым компонентом лекарственной терапии пациентов с ИБС, опрашивать пациента на предмет наличия побочных действий лекарственного средства, как-то редкий пульс (менее 60 уд/в мин, наличие бронхообструктивного синдрома, гипотензия).	I
---	----------

4.4.7 Ингибиторы АПФ (иАПФ)

После перенесенного ИМ иАПФ должны применяться неограниченно долго у всех пациентов, не имеющих противопоказаний к их использованию и назначаются только врачом. Медицинская сестра должна контролировать приверженность пациента лечению, опрашивать пациента на предмет наличия побочных действий лекарственного средства, как-то сухой кашель, ангионевротический отек, гипотензия).	2++
---	------------

Высокая эффективность иАПФ в снижении смертности, частоты повторных госпитализаций, профилактике развития СН и ее прогрессирования у больных после ОИМ было продемонстрировано в рандомизированных, контролируемых исследованиях: SAVE (Survival And Ventricular Enlargement) TRACE (Trandolapril Cardiac Evaluation), AIRE (Acute Infarction Ramipril Efficacy Trial), SMILE (Survival of Myocardial Infarction Long-Term Evaluation), FAMIS (Fosinopril in Acute Myocardial Infarction Study).

4.4.8 Контроль гликемии и лечение сахарного диабета

У больных с ОКС тщательный контроль за уровнем гликемии крови улучшает прогноз заболевания.

У больного, перенесшего ОИМ, еще до выписки из стационара следует составить организационный план для мониторинга уровня глюкозы крови	I
После выписки из стационара больным целесообразно провести тест для определения толерантности к глюкозе, в первую очередь, у больных с гипергликемией, но без истории сахарного диабета	2++
Глюкоза натощак должна быть ниже 5,5 ммоль/л, а постпрандиальная - ниже 9-10 ммоль/л. При этом рекомендуется достигать целевых уровней глюкозы с учетом	I

индивидуальных особенностей больных: длительности сахарного диабета, наличия коморбидности и возраста больного	
--	--

Успешная сахароснижающая терапия требует самостоятельного контроля глюкозы крови, особенно при инсулинзависимом СД. Контролировать HbA1c следует ежеквартально, если он находится вне целевых значений, и один раз в 6 месяцев, если он близок к целевому уровню. Выбор средств контроля гликемии индивидуален и диктуется профильным специалистом.

Таблица 8. Стратегии по улучшению приверженности к терапии

Категории	Стратегии	Пример
Факторы, связанные с пациентом	Участие в принятии решения о лечении, когда это возможно	Спросите, в какое время дня они предпочли бы принимать лекарства Как быстро они хотели бы достичь желаемых результатов
	Эффективная коммуникация	Рассмотрите культурные убеждения и отношение пациентов (например, предпочтение травяным средствам)
Факторы, связанные с медицинским работником	Создайте обстановку, не обвиняя	
	Оцените приверженность	Спросите без суждения. Например, 1) Я знаю, что должно быть трудно регулярно принимать все лекарства. Как часто вы пропускаете прием? 2) Из лекарств, которые вам прописывают, какие вы принимаете? 3) Приходилось ли вам прекращать прием каких-либо лекарств по каким-либо причинам? Назначение врачом упрощенного режима, использование коробочек для таблеток, подсказки пациентам для приема лекарств. Пациент должен получить всю важную информацию: название, цель, обоснование, частоту, продолжительность, потенциальные побочные эффекты.
Факторы, связанные с системой здравоохранения	Назначение визитов	Памятка для пациентов, чтобы принести все свои лекарства
	Согласование лекарств	Проверяйте список лекарств при каждом посещении

4.5 Предоставление информации (пациентам и лицам, осуществляющим уход)

В данном разделе отражены проблемы, которые могут представлять наибольший интерес для пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними. Эти пункты предназначены для использования медицинскими работниками при обсуждении кардиореабилитации с пациентами и лицами, осуществляющими уход, а также при разработке составляемых на местном уровне информационных материалов.

Средний медицинский персонал может принимать активное участие в составлении всех рекомендаций.

Составление многих из данных рекомендаций может основываться на предложении, внесенном представителем среднего медицинского персонала в сотрудничестве с многопрофильной группой по кардиореабилитации. Другие рекомендации могут быть изначально инициированы другими членами группы, но требуют ключевых данных со стороны среднего медицинского персонала.

Степень участия среднего медицинского персонала в реализации некоторых рекомендаций будет варьироваться в зависимости от уровня обеспеченности ресурсами службы кардиореабилитации, организации медицинской помощи и компетенций отдельных медсестер.

Средний медицинский персонал должен предоставить следующую информацию:

1. Дозированная физическая нагрузка под контролем АД, ЧСС
2. Мониторинг АД в дневнике самооценки
3. Кардиореспираторный тренинг (*Приложения 13, 14*)
4. Контроль веса
5. Общие рекомендации к мерам по изменению образа жизни
6. Общие рекомендации к эмоциональной самоадаптации и психологической разгрузке.

Контрольный перечень для предоставления информации

В данном разделе приведены примеры информации, которая может оказаться полезной для пациентов / лиц, осуществляющих уход, на ключевых этапах пути восстановления пациента (*таблица 9*). Контрольный перечень не является исчерпывающим и исключительным.

Таблица 9. Контрольный перечень для предоставления информации

Информация, предоставляемая пациентам после сердечного события, должна предоставляться на индивидуальной основе в зависимости от необходимости и выбора. Следует своевременно предлагать работу с пациентом на протяжении всего пути восстановления в рамках КР.
Информация, подходящая для лица, должна предоставляться в различных форматах - в письменной и устной форме, либо посредством личной беседы, по телефону или через электронную почту.
Вовлечение пациента во все дискуссии имеет важное значение с целью информирования, расширения возможностей и поощрения лица взять на себя ответственность за самостоятельное управление своим состоянием. По мере необходимости, с согласия пациента, должна быть рассмотрена возможность участия супругов/лиц, осуществляющих уход / партнеров.
На протяжении всего процесса кардиореабилитации:
<ul style="list-style-type: none">• Обсуждение влияния сердечно-сосудистого события/ ишемической болезни сердца на эмоциональное благополучие.• Предоставление пациентам сведений о других источниках информации, поддержке близких и группах поддержки (<i>см. главу 4.5</i>).
Перед выпиской из больницы после сердечно-сосудистого события

- Предоставление устной и письменной информации по следующим вопросам:
 - o диагноз
 - o купирование боли в груди, в том числе использование спрея нитрата
 - o советы по управлению транспортными средствами
 - o выход на работу
 - o соответствующие ежедневные действия.
- Обсуждение любых будущих методов лечения, мер по изменению образа жизни и назначений.
- Обсуждение преимуществ отказа от курения (курящим пациентам).

При оценке кардиореабилитации

- Предоставление информации, соответствующей потребностям и выбору пациента, в отношении следующего:
 - o активность
 - o физические упражнения
 - o отказ от курения
 - o контроль веса
 - o диета
 - o общие реакции эмоциональной адаптации к плохому состоянию здоровья.
- Консультирование по вопросу продолжения выполнения физических упражнений в долгосрочной перспективе и о том, что их можно выполнять безопасно и эффективно в любых условиях.
- Указание контактного номера для получения ориентированной на человека консультации и(или) поддержки.

Таблица 10. Десять правил, которые нужно помнить о лекарствах

1. Следуйте инструкциям по приему лекарства. Принимайте лекарство в точности так, как вам назначил врач.
2. Принимайте лекарства каждый день в одно и то же время. Если вы пропустите дозу, примите ее, как только вспомните. Если вы вспомните, когда приближается время приема следующей дозы, принимайте только 1 дозу. Не принимайте более 1 дозы одновременно.
3. Храните лекарства в бутылочке, в которой они были выпущены.
4. Храните лекарства в прохладном, сухом месте, вдали от источников тепла и света.
5. Храните лекарство в безопасном месте, недоступном для детей и домашних животных.
6. Обратитесь в аптеку как минимум за 24 часа до того, как у вас закончатся лекарства. Если Ваш рецепт был разовый, нужно будет позвонить своему врачу.
7. Всегда говорите своему лечащему врачу, и стоматологу, какие лекарства вы принимаете.
8. Всегда говорите своему врачу, если вы принимаете лекарства, отпускаемые без рецепта. Это включает в себя витамины и / или препараты растительного происхождения.
9. Не делитесь своими лекарствами с другими людьми.
10. Поговорите с вашим лечащим врачом, если у вас есть какие-либо вопросы о ваших лекарствах.

5. ПРОЦЕСС ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ

5.1 Вовлечение заинтересованных сторон

Данное клиническое сестринское руководство прошло оценку внешними экспертами, привлеченными с целью предоставления комментариев по содержанию, надежности рекомендаций и их применимости в условиях Республики Казахстан. Вовлечение

заинтересованных сторон обеспечило надлежащее качество руководства и приемлемость рекомендаций.

Группа рецензентов была представлена специалистами как сестринского дела, так и врачами, имеющими соответствующие знания и практический опыт и работающими с данной категорией пациентов. Группа по адаптации понимает важность вовлечения в процесс разработки пациентов. Интересы данной группы были учтены при разработке оригинального руководства [91].

5.2 Внешняя оценка и процесс консультирования, использование обратной связи

Для оценки руководства использовалась форма оценки (Приложение 9 к Методическому руководству 2 по адаптации клинических сестринских руководств (Модель заимствована NRF 2013)). Обратная связь была использована для совершенствования качества с целью обеспечения оптимальной применимости руководства в Республике Казахстан.

Рецензенты:

1	Бедельбаева Г.Г.	Региональный координатор РЦК по НПКЗ по ВСС от БСК МЗ РК, зав.каф. терапии Института последипломного образования КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
2	Тулегенова К.Б.	Старшая медицинская сестра отделения интервенционной хирургии ГКП на ПХВ» Областной кардиологический центр» г.Уральска
3	Калиева Ш.М.	Заведующая отделением терапии ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 4»
4	Махметова С.М.	Медицинская сестра отделения терапии ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 4»

5.3 Консультанты с дополнительными знаниями и опытом Процесс адаптации проходил при поддержке внешних консультантов из Финляндии, привлеченных в рамках Проекта социального медицинского страхования Казахстана-SHIP-Путешествие к лучшему здравоохранению, модернизация системы сестринского образования.

Тиина Эвелина Кивинен, Msc, RN, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Лахти, Финляндия.

Сари Ярвинен, RN, VET teacher, PhD, Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия.

6. РАЗРАБОТКА РУКОВОДСТВА

6.1 Адаптация

Данное руководство является адаптацией клинического руководства «Cardiac rehabilitation», опубликованного в июле 2017г. Также были рассмотрены положения из руководств ESCardio Diabetes, pre-Diabetes and Cardiovascular Disease (2019), Dyslipidaemias (2019), ESC/ESH Arterial Hypertension(2018), CVD Prevention in Clinical Practice (2016).

Оригинальное руководство охватывает широкий спектр мероприятий по сердечной реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Для адаптации были использованы некоторые разделы оригинального руководства, отражающие роль медицинской сестры в сестринском уходе за пациентами сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях ПМСП и стационара с учетом социальных и экономических условий Республики Казахстан.

Получено официальное разрешение от руководства Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) на адаптацию данного клинического руководства.

6.2 Группа по адаптации

1	Жунусова Динара Каиргелдиевна	доцент кафедры ОВП с курсом доказательной медицины, кандидат медицинских наук, НАО «Медицинский университет Астана»
2	Бекбергенова Жанагуль Боранбаевна	ассистент кафедры ОВП с курсом доказательной медицины, НАО «Медицинский университет Астана»
3	Киспаева Токжан Тохтаровна	Д.м.н., профессор кафедры медицинской психологии и коммуникативных навыков НАО МУК
4	Гусманова Лаура Кдырашевна	Преподаватель Высшего медицинского колледжа г. Уральск

6.3 Руководящая и координационная группы

Внешние консультанты		
1	Тиина Эвелина Кивинен	Msc,RN, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Лахти, Финляндия.
2	Сари Ярвинен	PhD, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия.

Координационная группа:

1	Байгожина Зауре Алпановна	Начальник отдела развития медицинского образования Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК.
2	Умбетжанова Аягоз Таймысовна	Ассистент кафедры Общей врачебной практики с курсом доказательной медицины НАО МУА.

6.4 Конфликт интересов

Участники группы адаптации заявили об отсутствии конфликта интересов.

6.5 Финансирование и другие источники

Адаптация данного руководства происходила за счет средств Всемирного банка реконструкции и развития в рамках Проекта «Социальное медицинское страхование», мероприятия по разработке стандартов услуг специалистов сестринского дела.

6.6 Процесс обновления и рассмотрения

Оригинальное руководство выпущено в июле 2017 года. История пересмотра и любые обновления руководящих принципов в промежуточный период будут отмечены в отчете на сайте разработчиков:

<https://www.sign.ac.uk/guideline-programme.html>

<https://www.sign.ac.uk/current-proposals.html>

В условиях РК данное руководство должно обновляться по мере появления новых доказательных данных, но не реже чем раз в 5 лет.

7. ВНЕДРЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА

7.1 Стратегия внедрения

Основные положения клинического сестринского руководства реализуются в повседневной клинической практике медицинской сестры.

Клиническое сестринское руководство предназначено для поддержки принятия информированного решения по уходу за пациентами. Цель разработки руководств повышение *информированности* всех медицинских сестер о национальных клинических сестринских рекомендациях и обеспечение возможности применения информации и рекомендаций, основанных на доказательных данных в своей клинической практике. На основании клинических сестринских рекомендаций также будут подготовлены стандартные операционные процедуры (СОПы).

В Республике Казахстан также разрабатываются и проводятся национальные тренинги по клиническим сестринским руководствам. Подготовленные таким образом национальные тренеры организуют курсы для медсестер в своих областях. Обучение, включающее в себя теорию и практику, направлено на поддержку внедрения клинических сестринских руководств.

При внедрении клинического сестринского руководства необходимо учитывать факторы, способствующие внедрению и барьеры для успешного внедрения. Все заинтересованные стороны должны быть вовлечены в процесс внедрения руководств. Всемерная поддержка со стороны Министерства здравоохранения и местных исполнительных органов здравоохранения, со стороны руководства организаций здравоохранения, хороший обмен информацией и организация качественного обучения медсестер способствует внедрению клинических руководств. Потенциальными препятствиями для внедрения руководств являются, например, слабая управленческая поддержка или устоявшаяся практика, которая не позволяет медсестрам следовать рекомендациям в своей работе.

7.2 Предложения по внедрению

Все медсестры могут следовать основанной на доказательствах информации и клиническим сестринским рекомендациям при уходе за пациентами, которые относятся к целевой группе. Участие в тренинге по клиническим сестринским рекомендациям будет способствовать внедрению клинических рекомендаций по уходу. Для стандартизации процесса внедрения, а также с целью обеспечения единообразного понимания стратегии внедрения следует разработать план внедрения.

8. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Эвелина Кивинен, Ханна Хопия, Сари Ярвинен, Илкка Вяяннен, 2018, «Методологические рекомендации по адаптации международных клинических сестринских руководств» (методические рекомендации № 2)
2. Реабилитация и вторичная профилактика у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Российские клинические рекомендации- Москва, 2014-95 с.
3. British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (BACPR). The BACPR Standards and Core Components for Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation London: British Cardiovascular Society; 2017. [cited 12 Jun 17]. Available from url: http://www.bacpr.com/resources/AC6_BACPRStandard_s&CoreComponents2017.pdf
4. Doherty P. The National Audit of Cardiac Rehabilitation Annual Statistical Report London: British Heart Foundation; 2016. [cited 25 Apr 2017]. Available from url: <https://www.bhf.org.uk/NACR2016>
5. Jones J, Buckley JP, Furze G, Doherty P, Speck L, Connolly S, et al. The BACPR standards and core components for cardiovascular prevention and rehabilitation 2012. London: British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation; 2012
6. Agency for Healthcare Research and Quality. Outpatient case management for adults with medical illness and complex care needs. Rockville, MD; 2013. (Number 99). [cited 26 Apr 2017]. Available from url: http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/240/733/CER99_OutpatientCaseManagement_FinalReport_20130102.pdf
7. Stokes J, Panagioti M, Alam R, Checkland K, Cheraghi-Sohi S, Bower P. Effectiveness of Case Management for 'At Risk' Patients in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One 2015;10(7):e0132340.
8. Wulff CN, Thygesen M, Sondergaard J, Vedsted P. Case management used to optimize cancer care pathways: a systematic review. BMC Health Serv Res 2008;8:227.
9. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3
10. Jackson AM, McKinstry B, Gregory S, Stone J, Kovacs A, Doherty S. The influence of significant others upon participation in cardiac rehabilitation and coronary heart disease self-help groups. Int J Therap Rehabil 2011;18(8):450-61
11. Astin F, Atkin K, Darr A. Family support and cardiac rehabilitation: a comparative study of the experiences of South Asian and White European patients and their carer's living in the United Kingdom. Eur J Cardiovasc Nurs 2008;7(1):43-51.
12. de Roda AB, Moreno ES, Montero IV, Churnin S. Support groups and cardiac rehabilitation: effects of partner participation on anxiety and depression. Span J Psychol 2014;17:E10.

13. Karmali KN, Davies P, Taylor F, Beswick A, Martin N, Ebrahim S. Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 6.
14. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5.
15. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead, LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8.
16. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 10. Levine GN, Bates ER, Blankenship JC, et al. 2011 ACCF/AHA/SCAI guideline for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. *Circulation*. 2011;124:e574–651.
17. Drozda J Jr, Messer JV, Spertus J, et al. ACCF/AHA/AMA-PCPI 2011 performance measures for adults with coronary artery disease and hypertension: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Performance Measures and the American Medical Association-Physician Consortium for Performance Improvement. *Circulation*. 2011;124:248–70.
18. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, et al. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Performance Measures for ST-Elevation and NonST-Elevation Myocardial Infarction). Developed in collaboration with the American Academy of Family Physicians and American College of Emergency Physicians. *Circulation*. 2008;118:2596–648
19. Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. Edinburgh: SIGN; 2017. (SIGN publication no.149). [cited 26 Jul 2017]. Available from url: <http://www.sign.ac.uk/our-guidelines.html>
20. Barth J, Jacob T, Daha I, Critchley JA. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7.
21. Fernandez R, Griffiths R, Everett B, Davidson P, Salamonson Y, Andrew S. Effectiveness of brief structured interventions on risk factor modification for patients with coronary heart disease: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc* 2007;5(4):370-405
22. ackson AM, McKinstry B, Gregory S, Stone J, Kovacs A, Doherty S. The influence of significant others upon participation in cardiac rehabilitation and coronary heart disease self-help groups. *Int J Therap Rehabil* 2011;18(8):450-61.
23. Astin F, Atkin K, Darr A. Family support and cardiac rehabilitation: a comparative study of the experiences of South Asian and WhiteEuropean patients and their carer's living in the United Kingdom. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2008;7(1):43-51.
24. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5.
25. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead, LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8.
26. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 10.

27. Применение вмешательств против табакокурения в повседневной практике медицинской сестры// Адаптированное клиническое сестринское руководство. Нур-Султан 2020.
28. Department of Health Physical Activity Health Improvement and Protection, Start Active Stay Active: A report on physical activity from the four home countries' Chief Medical Officers. London; 2011. [cited 26 Apr 2017]. Available from url: http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216370/dh_128210.pdf
29. World Health Organization (WHO). Physical activity. [cited 26 Apr 2017]. Available from url: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>
30. Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. Edinburgh: SIGN; 2017. (SIGN publication no.149). [cited 26 Jul 2017]. Available from url: <http://www.sign.ac.uk/our-guidelines.html>
31. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3.
32. Anderson L, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12.
33. Brown A, Taylor R, Noorani H, Stone J, Skidmore B. Exercise-based cardiac rehabilitation programs for coronary artery disease: a systematic clinical and economic review. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); 2003. (Technology Report Number 34). [cited 26 Apr 2017]. Available from url: https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/147_cardiac_rehab_tr_e.pdf
34. Shepherd CW, While AE. Cardiac rehabilitation and quality of life: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2012;49(6):755-71.
35. Taylor RS, Sagar VA, Davies EJ, Briscoe S, Coats AJ, Dalal H, et al. Exercise-based rehabilitation for heart failure. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4.
36. Haykowsky M, Scott J, Esch B, Schopflocher D, Myers J, Paterson I, et al. A meta-analysis of the effects of exercise training on left ventricular remodeling following myocardial infarction: start early and go longer for greatest exercise benefits on remodeling. *Trials* 2011;12:92.
37. Zhang YM, Lu Y, Tang Y, Yang D, Wu HF, Bian ZP, et al. The effects of different initiation time of exercise training on left ventricular remodeling and cardiopulmonary rehabilitation in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. *Disabil Rehabil* 2016;38:268-76.
38. Chan E, Giallauria F, Vigorito C, Smart NA. Exercise training in heart failure patients with preserved ejection fraction: a systematic review and meta-analysis. *Monaldi Arch Chest Dis* 2016;86(1-2):759
39. Pandey A, Parashar A, Kumbhani DJ, Agarwal S, Garg J, Kitzman D, et al. Exercise training in patients with heart failure and preserved ejection fraction: meta-analysis of randomized control trials. *Circ Heart Fail* 2015;8(1):33-40.
40. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2016;67:1-12.
41. Seron P, Lanas F, Rios E, Bonfill X, Alonso-Coello P. Evaluation of the quality of clinical guidelines for cardiac rehabilitation: a critical review. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2015;35(1):1-12.
42. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2016;67:1-12

43. Anderson L, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(12):CD011273
44. Shepherd CW, While AE. Cardiac rehabilitation and quality of life: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2012;49:755-71
45. Pandey A, Parashar A, Kumbhani D, Agarwal S, Garg J, Kitzman D, et al. Exercise training in patients with heart failure and preserved ejection fraction: metaanalysis of randomized control trials. *Circ Heart Fail* 2015;8:33-40
46. Smith SC Jr, Benjamin EJ, Bonow RO, Braun LT, Creager MA, Franklin BA, et al. AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients with Coronary and other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 update. A guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 2011;124:2458-73.
47. JCS Joint Working Group. Guidelines for rehabilitation in patients with cardiovascular disease (JCS 2012). *Circ J* 2014;78:2022-93.
48. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013
49. Wright DJ, Khan KM, Gossage EM, Saltissi S. Assessment of a low-intensity cardiac rehabilitation programme using the six-minute walk test. *Clin Rehabil* 2001;15:119-24
50. Bellet RN, Adams L, Morris NR. The 6-minute walk test in outpatient cardiac rehabilitation: validity, reliability and responsiveness. A systematic review. *Physiotherapy* 2012;98:277-86
51. Clark RA, Conway A, Poulsen V, Keech W, Tirimacco R, Tideman P. Alternative models of cardiac rehabilitation: a systematic review. *Eur J Prev Cardiol* 2015;22(1):35-74.
52. Huang K, Liu W, He D, Huang B, Xiao D, Peng Y, et al. Telehealth interventions versus center-based cardiac rehabilitation of coronary artery disease: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol* 2015;22(8):959-71.
53. Maddison R, Pfaeffli L, Whittaker R, Stewart R, Kerr A, Jiang Y, et al. A mobile phone intervention increases physical activity in people with cardiovascular disease: results from the HEART randomized controlled trial. *Eur J Prev Cardiol* 2015;22(6):701-9.
54. Devi R, Powell J, Singh S. A web-based program improves physical activity outcomes in a primary care angina population: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2014;16(9):e186.
55. Lear SA, Singer J, Banner-Lukaris D, Horvat D, Park JE, Bates J, et al. Randomized trial of a virtual cardiac rehabilitation program delivered at a distance via the internet. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2014;7(6):952-9.
56. Butler L, Furber S, Phongsavan P, Mark A, Bauman A. Effects of a pedometer-based intervention on physical activity levels after cardiac rehabilitation: A randomized controlled trial. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2009;29(2):105-14.
57. Verheijden Klompstra L, Jaarsma T, Stromberg A. Exergaming in older adults: A scoping review and implementation potential for patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2014;13(5):388-98
58. Руководство для медицинских сестер расширенной практики по оценке риска и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний: Бекбергенова Ж.Б., Умбетжанова А.Т.// Нур-Султан: Республиканский центр развития здравоохранения, 2019. - 72с.
59. Desroches S, Lapointe A, Ratté S, Gravel K, Légaré F, Turcotte S. Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2.
60. Hartmann-Boyce J, Johns DJ, Jebb SA, Summerbell C, Aveyard P, Behavioural Weight Management Review Group. Behavioural weight management programmes for adults

- assessed by trials conducted in everyday contexts: systematic review and metaanalysis. *Obes Rev* 2014;15(11):920-32.
61. Public Health England. Eatwell guide. [cited 26 Apr 2017]. Available from url: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/528193/Eatwell_guide_colour.pdf
 62. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of obesity. Edinburgh: SIGN; 2010. (SIGN publication no. 115). [cited 25 Apr 2017]. Available from url: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/115/index.html>
 63. Cohen A, Assyag P, Boyer-Chatenet L, Cohen-Solal A, Perdrix C, Dalichampt M, et al. An education program for risk factor management after an acute coronary syndrome a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2014;174(1):40-8.
 64. Schryver T, Smith C. Participants' willingness to consume soy foods for lowering cholesterol and receive counselling on cardiovascular disease by nutrition professionals. *Public Health Nutr* 2006;9(7):866-74.
 65. Committee of Clinical Practice Guideline of the Korean Society of Lipid and Atherosclerosis. Korean Guidelines for the management of dyslipidemia. 4th ed. Seoul: Korean Society of Lipid and Atherosclerosis; 2018
 66. Clinical Practice Guideline for Cardiac Rehabilitation in Korea, 2019
 67. Zhang Z, Xu G, Liu D, Zhu W, Fan X, Liu X. Dietary fiber consumption and risk of stroke. *Eur J Epidemiol* 2013;28:119-30
 68. The Committee of Hypertension Clinical Guideline of Korean Academy of Medical Sciences. Evidence based recommendations for hypertension in primary care. Seoul: Korean Academy of Medical Sciences, Korea Centers for Disease Control & Prevention; 2018.
 69. Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, Anselmino M, Carney RM, Denollet J, et al. Adjusted prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: individual patient data meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2013;203(2):90-102.
 70. Frasare-Smith N, Lesperance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, et al. Depression and health-care costs during the first year following myocardial infarction. *J Psychosom Res* 2000;48(45):471-8.
 71. Levin LA, Perk J, Hedback B. Cardiac rehabilitation--a cost analysis. *J Intern Med* 1991;230(5):427-34.
 72. Sullivan M, Simon G, Spertus J, Russo J. Depression-related costs in heart failure care. *Arch Intern Med* 2002;162(16):1860-6.
 73. Chauvet-Gelinier JC, Trojak B, Verges-Patois B, Cottin Y, Bonin B. Review on depression and coronary heart disease. *Arch Cardiovasc Dis* 2013;106(2):103-10.
 74. van Oijen M, de Jong FJ, Witteman JC, Hofman A, Koudstaal PJ, Breteler MM. Atherosclerosis and risk for dementia. *Ann Neurol* 2007;61(5):403-10.
 75. Kwok CS, Loke YK, Hale R, Potter JF, Myint PK. Atrial fibrillation and incidence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Neurology* 2011;76(10):914-22.
 76. Freiheit EA, Hogan DB, Eliasziw M, Patten SB, Demchuk AM, Faris P, et al. A dynamic view of depressive symptoms and neurocognitive change among patients with coronary artery disease. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(3):244-55.
 77. Richardson S, Shaffer JA, Falzon L, Krupka D, Davidson KW, Edmondson D. Meta-analysis of perceived stress and its association with incident coronary heart disease. *Am J Cardiol* 2012;110(12):1711-6.
 78. Beach SR, Januzzi JL, Mastromauro CA, Healy BC, Beale EE, Celano CM, et al. Patient Health Questionnaire-9 score and adverse cardiac outcomes in patients hospitalized for acute cardiac disease. *J Psychosom Res* 2013;75(5):409-13.

79. Bhatt KN, Kalogeropoulos AP, Dunbar SB, Butler J, Georgiopoulou VV. Depression in heart failure: Can PHQ-9 help? *Int J Cardiol* 2016;221:246-50.
80. Lahlou-Laforet K, Ledru F, Niarra R, Consoli SM, PANIC Investigators. Validity of Beck Depression Inventory for the assessment of depressive mood in chronic heart failure patients. *J Affect Disord* 2015;184:256-60.
81. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. London: NICE; 2009. (CG91). [cited 26 Apr 2017]. Available from url: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>
82. Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). Management of chronic heart failure. Edinburgh: SIGN; 2016. (SIGN publication no.147). [cited 25 Apr 2017]. Available from url: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/147/index.html>
83. Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). Acute coronary syndrome. Edinburgh: SIGN; 2016. (SIGN publication no.148). [cited 25 Apr 2017]. Available from url: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/148/index.html>
84. Cholowski K, Cantwell R. Predictors of medication compliance among older heart failure patients. *Int J Older People Nurs* 2007;2(4):250-62.
85. Molloy GJ, Gao C, Johnston DW, Johnston M, Witham MD, Struthers AD, et al. Adherence to angiotensin-converting-enzyme inhibitors and illness beliefs in older heart failure patients. *Eur J Heart Fail* 2009;11(7):715-20.
86. Bhanbhro S, Drennan VM, Grant R, Harris R. Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of literature. *BMC Health Serv Res* 2011;11:330.
87. Drennan J, Naughton C, Allen D, Hyde A, O'Boyle K, Felle P, et al. Patients' level of satisfaction and self-reports of intention to comply following consultation with nurses and midwives with prescriptive authority: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2011;48(7):80817.
88. Gielen SC, Dekker J, Francke AL, Mistiaen P, Kroezen M. The effects of nurse prescribing: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2014;51(7):1048-61.
89. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 11.
90. https://www.sign.ac.uk/assets/sign150_consultation_report.pdf
91. https://www.sign.ac.uk/assets/sign150_consultation_report.pdf
92. American College of Sports Medicine Position Stand Exercise for Patients with Coronary Artery Disease. *Medicine, Science, Sports, and Exercise* 1994; 26:3. Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Champaign, Ill: Human Kinetics; 2004. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Available at <http://www.health.gov/paguidelines> Accessed Jun. 7, 2009

Приложение 1. Шкала GRACE

Фактор риска	Число баллов
Возраст (лет)	
≤30	0
30-39	8
40-49	25
Фактор риска	
50-59	41
60-69	58
70-79	75
80-89	91
≥90	100
ЧСС (ударов в минуту)	
≤50	0
50-69	3
70-89	9
90-109	15
110-149	24
150-199	38
≥200	46
Систолическое АД (мм рт. ст.)	
≤80	58
80-99	53
100-119	43
120-139	34
140-159	24
160-199	10
≥200	0
Класс по Killip	
I	0
II	20
III	39
IV	59
Уровень креатинина в крови (мг/дл / ммоль/л ⁻¹)	
0-0,39 / 0-35,3	1
0,40-0,79 / 35,4-70	4
0,80-1,19 / 71-105	7
1,20-1,59 / 106-140	10
1,60-1,99 / 141-176	13
2,0-3,99 / 177-353	21
≥4,0 / ≥353	28
Другие факторы	
Остановка сердца при поступлении	39
Смещения сегмента ST, инверсии зубца T	28
Повышенный уровень маркеров некроза миокарда в крови	14

Интерпретация риска по шкале GRACE:

низкий риск — смертность менее 1% (при расчете при помощи автоматического калькулятора), количество баллов (при выполнении расчетов вручную) менее 109;

средний риск — смертность от 1% до 3% (при расчете при помощи автоматического калькулятора); количество баллов (при выполнении расчетов вручную) от 109 до 140;

высокий риск — смертность более 3% (при расчете при помощи автоматического калькулятора); количество баллов (при выполнении расчетов вручную) более 140.

Для оценки тяжести поражения миокарда и прогноза при ОИМ применяются классификации Killip T. 1967. Классификация Killip T. основана на учете клинических признаков и результатов рентгенографии грудной клетки. Выделяют четыре стадии (класса) тяжести.

Стадия I – нет признаков СН.

Стадия II – СН (влажные хрипы в нижней половине легочных полей, III тон, признаки венозной гипертензии в легких).

Стадия III – тяжелая СН (явный отек легких; влажные хрипы распространяются более, чем на нижнюю половину легочных полей).

Стадия IV – кардиогенный шок (САД ≤ 90 мм рт. ст. с признаками периферической вазоконстрикции: олигурия, цианоз, потливость).

Приложение 2. Ключевые компоненты сердечной реабилитации/ программы вторичной профилактики ССЗ: оценка пациента, консультации по питанию, управление весом, управление артериальным давлением, управление липидами, лечение диабета, прекращение употребления табака, психосоциальное лечение, консультирование по вопросам физической активности и тренировка

КОМПОНЕНТЫ	ОЦЕНКА:	ВМЕШАТЕЛЬСТВА	ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ОЦЕНКА ПАЦИЕНТА	<p><u>Анамнез заболевания:</u> имеющиеся и предшествующие сердечно-сосудистых заболевания и хирургические диагнозы и оперативные вмешательства, сопутствующие заболевания (включая заболевания периферических артерий, заболевания сосудов головного мозга, заболевания легких, заболевания почек, сахарный диабет, заболевания ОДА, депрессию и другие соответствующие заболевания); симптомы сердечно-сосудистых заболеваний; принимаемые лекарства (включая дозу, частоту и приверженность терапии); дата последней вакцинации против гриппа; профиль сердечно-сосудистого риска; уровень грамотности и образования.</p> <p><u>Физикальное обследование:</u> оценка сердечно-легочной системы (включая частоту и регулярность пульса, артериальное давление, аускультацию сердца и легких, пальпацию и осмотр нижних конечностей на предмет отеков и наличия артериальной пульсации); осмотр хирургической раны после сердечно-сосудистого вмешательства; ОДА; и когнитивная функция.</p> <p><u>Исследования:</u> результаты ЭКГ в 12 отведениях в состоянии покоя; оценить воспринимаемое пациентом связанное со здоровьем качество жизни или состояние здоровья.</p>	<p>Документируйте информацию об оценке пациента, которая отражает текущее состояние пациента и направляет разработку и реализацию (1) плана лечения пациента, который устанавливает приоритеты целей и намечает стратегии вмешательства для снижения риска, и (2) план выписки / наблюдения, который отражает прогресс к целям и руководствам долгосрочных планов вторичной профилактики.</p> <p>Интерактивно сообщайте планы лечения и последующего наблюдения пациенту и соответствующим членам семьи / домашним партнерам в сотрудничестве с основным лечащим врачом.</p> <p>В сотрудничестве с поставщиком первичной медицинской помощи и / или кардиологом убедитесь, что пациент принимает соответствующие дозы аспирина, клопидогрела, β-блокаторов, гиполипидемических средств и ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина согласно АСС / АНА, и что пациентка проходила ежегодную вакцинацию против гриппа.</p>	<p>Ожидаемые результаты: План лечения пациента: Документированные доказательства оценки состояния пациента и приоритетных краткосрочных (то есть недель, месяцев) целей в рамках основных компонентов ухода, которые определяют стратегии вмешательства. Обсуждение и предоставление пациенту первоначального и последующего планов в сотрудничестве с основным лечащим врачом.</p> <p>Отчет о результатах: Документированные данные о результатах лечения пациентов в основных компонентах лечения, которые отражают прогресс в достижении целей, в том числе о том, принимает ли пациент соответствующие дозы аспирина, клопидогрела, β-блокаторов и ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина согласно АСС / АНА и был ли пациент проходит ежегодную вакцинацию против гриппа (и если нет, документированные доказательства того, почему нет), и определяет конкретные области, которые требуют дальнейшего вмешательства и мониторинга.</p> <p>План выписки: Документированный план выписки с кратким изложением долгосрочных целей и стратегий успеха.</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ПИТАНИЮ</p>	<p>Получите оценки общего ежедневного потребления калорий и диетического содержания насыщенных жиров, транс-жиров, холестерина, натрия и питательных веществ.</p> <p>Оценка привычек питания, включая потребление фруктов и овощей, цельного зерна и рыбы; количество блюд и закусок; частота обедов вне дома; и потребление алкоголя.</p> <p>Определите целевые области для питания вмешательства, как указано в основных компонентах веса, гипертонии, диабета, а также сердечной недостаточности, заболеваний почек и других сопутствующих заболеваний.</p>	<p>Предписать конкретные диетические модификации, направленные на достижение, по крайней мере, предельных значений содержания насыщенных жиров и холестерина в диете с терапевтическим изменением образа жизни. Индивидуализируйте план диеты в соответствии с конкретными целевыми областями, как указано в основных компонентах веса, гипертонии и диабета (как указано в этой таблице), а также сердечной недостаточности и других сопутствующих заболеваний. Рекомендации должны быть деликатными и соответствовать культурным предпочтениям.</p> <p>Обучите и консультируйте пациента (и соответствующих членов семьи / домашних партнеров) о диетических целях и о том, как их достичь.</p> <p>Включите модели изменения поведения и стратегии соблюдения в консультационные сессии.</p>	<p>Пациент придерживается предписанной диеты.</p> <p>Пациент понимает основные принципы питания, такие как калории, жир, холестерин и питательные вещества.</p> <p>План был предоставлен для решения проблем пищевого поведения.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">УПРАВЛЕНИЕ ВЕСОМ</p>	<p>Измерьте вес, рост и окружность талии. Рассчитать индекс массы тела (ИМТ).</p>	<p>У пациентов с ИМТ > 25 кг / м² и / или талией > 102 см у мужчин и > 88 см у женщин *:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Установить разумные краткосрочные и долгосрочные цели в отношении веса, индивидуализированные для пациента и связанных с ним факторов риска (например, снизить массу тела по крайней мере на 5 процентов и предпочтительно на > 10 процентов в течение периода времени до шести месяцев). • Разработать комбинированную диету, физическую активность / физические упражнения и поведенческую программу, предназначенные для сокращения общего потребления калорий, поддержания надлежащего потребления питательных 	<p>Краткосрочные: Продолжайте оценивать и изменять вмешательства, пока не будет достигнута прогрессирующая потеря веса. Предоставьте направление в специализированные, утвержденные программы по снижению веса, если не достигнуты цели.</p> <p>Долгосрочные: пациент придерживается диеты и программы физических упражнений / упражнений, направленных на достижение установленной цели веса.</p>

		<p>веществ и клетчатки и увеличения расхода энергии. Компонент упражнений должен стремиться включать ежедневную, более продолжительную ходьбу / длительность ходьбы (например, от 60 до 90 минут).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стремиться к дефициту энергии, предназначенному для достижения веса (например, от 500 до 1000 ккал / день). 	
УПРАВЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ	<ul style="list-style-type: none"> • Измерьте артериальное давление в обеих руках при входе в программу. • Измеряйте артериальное давление сидя в покое во время двух или более посещений. • Чтобы исключить ортостатическую гипотензию, измерить артериальное давление лежа, сидя и стоя при входе в программу и после корректировки антигипертензивной лекарственной терапии. • Оценить текущее лечение и соблюдение. • Оцените использование лекарств, отпускаемых без рецепта, которые могут отрицательно повлиять на артериальное давление. 	<p>Обеспечить или контролировать медикаментозную терапию (или и то и другое) совместно с врачом следующим образом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Если артериальное давление составляет от 120 до 139 мм рт.ст. систолическое или от 80 до 89 мм рт.ст. диастолическое: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Обеспечить изменения образа жизни, в том числе регулярные физические нагрузки или упражнения; управление весом; умеренное ограничение натрия и увеличение потребления свежих фруктов, овощей и нежирных молочных продуктов; умеренное употребление алкоголя; прекращение курения. ➤ Обеспечить лекарственную терапию для пациентов с хроническим заболеванием почек, сердечной недостаточностью или диабетом, если артериальное давление $\geq 130 / \geq 80$ мм рт.ст. после изменения образа жизни. • Если артериальное давление ≥ 140 мм рт.ст. систолическое или ≥ 90 мм рт.ст. диастолическое: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Обеспечить изменение образа жизни и лекарственную терапию. 	<ul style="list-style-type: none"> • Краткосрочные: продолжать оценивать и модифицировать вмешательство до нормализации артериального давления у предгипертензивных пациентов, то есть систолического < 140 мм рт.ст. и диастолического < 90 мм рт.ст. у пациентов с артериальной гипертензией < 130 мм рт.ст. систолическое и < 80 мм рт.ст. диастолическое у пациентов с артериальной гипертензией, страдающих диабетом, сердечной недостаточностью или хроническим заболеванием почек. • Долгосрочные: поддерживать артериальное давление на целевых уровнях.
УПРАВЛЕНИЕ ЛИПИДАМИ	<ul style="list-style-type: none"> • Получить натошак показатели общего холестерина, липопротеинов высокой плотности, липопротеинов низкой плотности и триглицеридов. У пациентов с аномальными уровнями, получить подробную историю, чтобы определить, 	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставить консультации по питанию, такие как рекомендации по добавлению растительных белков и вязких волокон и поощрение потребления большего количества омега-3 жирных кислот, а также консультирование по вопросам управления 	<ul style="list-style-type: none"> • Краткосрочные: продолжайте оценивать и модифицировать вмешательство до тех пор, пока уровень липопротеинов низкой плотности не достигнет целевых значений.

	<p>могут ли быть изменены диета, терапия или другие условия, которые могут повлиять на уровень липидов.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценить текущее лечение и приверженность к лечению. • контроль липидного профиля через 4-6 недель после госпитализации и через 2 месяца после начала или изменения препаратов, снижающих уровень липидов. 	<p>весом при необходимости у всех пациентов. Направить на консультацию к лечащему врачу пациентов с недостигнутыми целевыми уровнями липидов</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обеспечить или контролировать медикаментозное лечение (или делать то и другое) совместно с врачом 	
ТАБАКОКУРЕНИЕ	<p>Первоначальная встреча:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Спросите пациента о его статусе курения и использовании других табачных изделий. В статусе документа указать: <ul style="list-style-type: none"> ✓ как никогда не курил, ✓ бывший курильщик, текущий курильщик (включая тех, кто бросил курить в течение последних 12 месяцев из-за высокой вероятности рецидива). <p>Укажите количество курения (сигарет в день) и продолжительность курения (количество лет). Количественная оценка (сколько?) и вида других табачных изделий. Спросите о воздействии пассивного курения дома и на работе.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Определите готовность к изменениям, спросив каждого курильщика или пользователя табака, готов ли он сейчас бросить курить. • Оценить психосоциальные факторы, которые могут помешать успеху. • Постоянный контакт: обновлять статус при каждом посещении в течение первых 2 недель прекращения, периодически после этого 	<p>• Если готовность к изменениям не выражена, предоставьте краткое мотивационное сообщение, содержащее «5 Rs»:</p> <p>Релевантность, Риски, Награды, Помехи и Повторение (Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, and Repetition)</p> <p>• Когда готовность к изменениям подтверждена, перейдите к пункту «5 A»: «Спросите, сообщите, оцените, помогите и договоритесь» (Ask, Advise, Assess, Assist, and Arrange). Помогите курильщику или потребителю табака установить дату отказа от курения и выбрать подходящие стратегии лечения (подготовка):</p> <p><u>Минимальный (краткий):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Индивидуальное обучение и консультирование сотрудников программы, дополненное материалами для самообучения. • социальная поддержка, оказываемая персоналом программы, а также семейным партнером; определить других курильщиков в доме; обсудите, как вовлечь их в усилия по прекращению потребления. • Предотвращение рецидивов: решение проблем, ожидаемые угрозы, сценарии практики. <p><u>Оптимальный (интенсивный):</u></p>	<p>Примечание. Пациенты, которые продолжают курить после зачисления в программу, в последующем с большей вероятностью бросают программы реабилитации.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Краткосрочный: пациент будет демонстрировать готовность к изменениям, первоначально выражая решение бросить и выбирая дату отказа от курения. Впоследствии пациент прекратит курить и все употребление табака и будет придерживаться фармакологической терапии (если назначено), одновременно практикуя стратегии профилактики рецидивов; Пациент возобновит план прекращения как можно быстрее, когда произойдет временный рецидив. • Долгосрочные: полное воздержание от курения и употребления всех табачных изделий в течение не менее 12 месяцев (техническое обслуживание) с даты отказа от курения. Отсутствие воздействия табачного дыма на работе и дома.

		<ul style="list-style-type: none"> • Более длительное индивидуальное консультирование или участие группы. • Фармакологическая поддержка (по согласованию с лечащим врачом) • Если пациент недавно бросил курить, подчеркните навыки профилактики рецидивов. • Настоятельно избегать воздействия пассивного курения на работе и дома. 	
ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ	<ul style="list-style-type: none"> • Выявить психологические расстройства, на которые указывают клинически значимые уровни депрессии, тревоги, гнева или враждебности, социальной изоляции, семейных расстройств, сексуальной дисфункции или адаптации, а также токсикомании (алкоголь или другие психотропные агенты) с использованием интервью, стандартизированных инструментов измерения, или оба. • Определить использование психотропных препаратов. 	<ul style="list-style-type: none"> • Предложите индивидуальным или малым группам образование и консультирование (или оба) по адаптации к сердечным заболеваниям, управлению стрессом и изменениям образа жизни, связанным со здоровьем. По возможности, включайте в такие сессии членов семьи, семейных партнеров или других значимых лиц. • Создать благоприятную среду для реабилитации и общественные ресурсы для повышения уровня социальной поддержки пациента и семьи. • Обучать и поддерживать стратегии самопомощи. • Совместно с врачом направьте пациентов, испытывающих клинически значимые психосоциальные расстройства, к соответствующим специалистам по психическому здоровью для дальнейшей оценки и лечения. 	<ul style="list-style-type: none"> • На эмоциональное благополучие указывает отсутствие клинически значимого психологического стресса, социальной изоляции или наркотической зависимости. • Пациент демонстрирует ответственность за изменения поведения, связанные со здоровьем, расслабление и другие навыки управления стрессом; способность получать эффективную социальную поддержку; соблюдение психотропных препаратов, если они назначены; и сокращение или устранение алкоголя, табака, кофеина или других психоактивных веществ, отпускаемых без рецепта. • Организовать постоянное ведение пациентов при наличии важных психосоциальных проблем.
КОНСУЛЬТАЦИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ	<ul style="list-style-type: none"> • Оценить текущий уровень физической активности (например, вопросник, шагомер) и определить бытовые и профессиональные потребности. • Оценить деятельность, связанную с возрастом, полом и повседневной жизнью, такую как вождение, сексуальная активность, спорт, работа в саду и домашние дела. 	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставлять консультации, поддержку и консультирование по поводу потребностей в физической активности при первоначальной оценке и последующем наблюдении. Целевая программа упражнений для удовлетворения индивидуальных потребностей. Предоставить учебные материалы в рамках консультационной деятельности. Подумайте о 	<ul style="list-style-type: none"> • Пациент демонстрирует повышенное участие в домашних, профессиональных и развлекательных мероприятиях. • Пациент демонстрирует улучшение психосоциального благополучия, снижение стресса, содействие функциональной независимости, профилактику инвалидности и расширение возможностей

	<ul style="list-style-type: none"> Оцените готовность изменить поведение, уверенность в себе, барьеры для увеличения физической активности и социальную поддержку в достижении позитивных изменений. 	<p>физической нагрузке или моделируемой работе для пациентов с тяжелым трудом.</p> <ul style="list-style-type: none"> Постоянно поощряйте пациентов от 30 до 60 минут в день физической активности умеренной интенсивности на ≥ 5 (желательно в большинстве) дней недели. Изучите ежедневные графики, чтобы предложить, как включить повышенную активность в обычную рутину (например, парковаться подальше от входов, ходить двумя или более лестничными маршами, ходить во время обеденного перерыва). Посоветуйте аэробные упражнения с низким воздействием, чтобы минимизировать риск травм скелетно-мышечной системы. Рекомендовать постепенное увеличение объема физической активности с течением времени. Предупредите пациентов, чтобы они не выполняли непривычную активную физическую активность (например, занятия ракетным спортом и ручная уборка снега). Пересмотреть способность пациента выполнять такие действия по мере развития программы тренировок. 	<p>самостоятельного ухода за собой для достижения рекомендованных целей.</p> <ul style="list-style-type: none"> Пациент демонстрирует улучшенную аэробную форму и композицию тела и уменьшает коронарные факторы риска (особенно для сидячего пациента, который принял образ жизни, подходящий к регулярной физической активности).
ТРЕНИРОВКИ	<ul style="list-style-type: none"> Настоятельно рекомендуется совместно с лечащим врачом и функционалистом обеспечить проведение ограниченного по симптомам тестирования до участия в программе на основе упражнений. Оценка может быть повторена по мере изменения клинического состояния. Параметры теста должны включать оценку частоты сердечных сокращений и ритма, признаков, симптомов, изменений сегмента ST, гемодинамики, воспринимаемой нагрузки и физической нагрузки. 	<ul style="list-style-type: none"> Разработка индивидуализированных аэробных упражнений, основанного на результатах оценки, стратификации риска, сопутствующих заболеваний (например, заболевания периферических артерий и опорно-двигательного аппарата), а также целей пациента и программ. Режим упражнений должен быть рассмотрен медицинским директором программы или направляющим врачом, изменен при необходимости и утвержден. В рецепте упражнений следует указать частоту (F), интенсивность (I), 	<ul style="list-style-type: none"> Пациент понимает проблемы безопасности во время тренировки, включая предупреждающие знаки и симптомы. Пациент достигает улучшенного кардиореспираторного состояния и повышенной гибкости, мышечной выносливости и силы. Пациент достигает уменьшенных симптомов, ослабленных физиологических реакций на физические проблемы и улучшенного психосоциального благополучия.

	<ul style="list-style-type: none"> • На основании оценки пациента и теста на физическую нагрузку, если он выполняется, риск стратифицирует пациента, чтобы определить уровень контроля и мониторинга, требуемый во время тренировки с нагрузкой. Используйте схему стратификации риска в соответствии с рекомендациями АНА и AACVPR. 	<p>продолжительность (D), условия (M) и прогрессию (P):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Для занятий аэробикой: F = 3-5 дней в неделю; I = от 50% до 80% физической нагрузки; D = от 20 до 60 мин; и M = ходьба, беговая дорожка, езда на велосипеде, гребля, подъем по лестнице, эргометрия рук и ног и другие, использующие непрерывные или интервальные тренировки в зависимости от ситуации. ✓ Для упражнений с отягощениями: F = 2 или 3 дня / неделя; I = от 10 до 15 повторений в наборе для умеренной усталости; D = от одного до трех комплексов из 8-10 различных упражнений для верхней и нижней части тела; и M = художественная гимнастика, эластичные ленты, манжеты или гантели, гантели, свободные грузы, настенные шкивы или весовые тренажеры. • Включайте в каждую тренировку упражнения на разминку, охлаждение и гибкость. • Предоставлять последовательные обновления программы упражнений и вносить дальнейшие изменения в случае изменения клинического статуса. • Дополните формальный режим упражнений руководящими указаниями по активности, изложенными в разделе рекомендаций по физической активности в этой таблице. 	<ul style="list-style-type: none"> • Пациент достигает снижения глобального риска сердечно-сосудистых заболеваний и смертности в результате общей программы, которая включает в себя тренировку.
<p>УПРАВЛЕНИЕ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ</p>	<p>Из медицинской карты:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Подтвердить наличие или отсутствие диабета у всех пациентов. ➤ Если известно, что у пациента диабет, определите историю осложнений, таких как данные, связанные с сердечными заболеваниями; сосудистые заболевания; проблемы с глазами, 	<ul style="list-style-type: none"> • Обучите пациента быть внимательным к признакам или симптомам гипо- или гипергликемии и предоставить соответствующую оценку и вмешательства. • У тех, кто принимает инсулин или препараты, секретирующие инсулин: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Избегайте физических упражнений в пиковое время инсулина. 	<p>Краткосрочное:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поговорите с основным врачом или эндокринологом о признаках и симптомах, а также о корректировке приема лекарств. • Подтвердите способность пациента распознавать признаки и симптомы, самостоятельно контролировать уровень

	<p>почками или ногами; или вегетативная или периферическая невропатия.</p> <p>Из первоначального интервью с пациентом:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Уточнить в анамнезе признаки и симптомы, связанные с этими осложнениями, и любые сообщения об эпизодах гипогликемии или гипергликемии. ➤ Уточнить о назначенном режиме лечения, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> - Лекарства и степень приверженности. - Диета и степень приверженности. - Метод мониторинга уровня сахара в крови и степень приверженности. <p>Перед началом упражнений:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Получить последний уровень глюкозы в плазме натощак (FPG) и гликозилированного гемоглобина (HbA1c). ➤ Рассмотрите возможность отнесения пациента к категории высокого риска из-за большей вероятности осложнений, вызванных физической нагрузкой. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Посоветуйте вводить инсулин в брюшную полость, а не в мышцы, которые нужно тренировать. ➤ Проверяйте глюкозу до и после тренировки на каждом занятии. Если уровень сахара в крови <5,5 ммоль/л, отложить упражнения и дать пациенту 15 г углеводов; повторить тест через 15 минут; продолжить, если уровень сахара в крови > 5,5 ммоль/л. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа, если уровень сахара в крови > 16,6 ммоль/л, пациент может выполнять упражнения с осторожностью, если он чувствует себя хорошо, адекватно пьет жидкость и кетоны крови или мочи (или оба) отрицательны; в противном случае обратитесь к врачу пациента для дальнейшего лечения. ➤ Поощряйте достаточное питье. ➤ Предупредите пациента, что уровень сахара в крови может продолжать снижаться в течение 24-48 часов после тренировки. <ul style="list-style-type: none"> • У лиц, получавших диету, метформин, ингибиторы альфа-глюкозидазы или тиазолидиндионы тестируют уровень сахара в крови перед тренировкой в течение первых 6-10 сеансов для оценки гликемического контроля. • Образование • Обучать навыкам самоконтроля и применять их во время упражнений без присмотра. • Обратитесь к диетологу для подбора лечебного питания. • Записать в школу диабета для обучения навыкам, обучения медикаментам и группам поддержки. 	<p>сахара в крови и самостоятельно управлять деятельностью.</p> <p>Долгосрочное:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Достигните уровня FPG от 90 до 130 мг / дл и HbA1c <7%. • Минимизируйте осложнения и уменьшите количество эпизодов гипогликемии или гипергликемии в покое, с помощью упражнений или обоих. • Поддерживать артериальное давление на уровне <130 / <80 мм рт.
--	---	---	---

Приложение 3. Советы по упражнениям для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Какую одежду носить	Носите свободную, удобную одежду. Избегайте синтетическую или тесную одежду, которая предотвращает испарение пота. Обувь должна иметь хорошую поддержку и амортизацию. Меняйте обувь на регулярной основе; чаще, если вы используете их в основном для ходьбы или бега трусцой
Когда делать упражнения	После еды сделайте перерыв – 60 минут, затем приступайте к тренировке. Если вы тренируетесь на свежем воздухе в жарком климате, то избегайте упражнений во второй половине дня или в самое жаркое время суток.
Избегайте обезвоживания	Пейте много жидкости (особенно воду) до, во время и после тренировки. Не ждите ощущения жажды прежде чем принимать жидкость.
Безопасность прежде всего	Носите с собой мобильный телефон. Пусть кто-нибудь будет в курсе о Ваших планах (запланированный маршрут и примерное время). Носите с собой нитроглицерин (если назначено).
Экстремальные погодные меры предосторожности	<p>Если вы тренируетесь в жару, пейте 200-300 мл жидкости каждые 10-15 минут. Никогда не используйте соленые таблетки, потому что они вызовут дальнейшее обезвоживание. Приспосабливайтесь к жаре постепенно и уменьшайте интенсивность работы. Занимайтесь спортом на свежем воздухе в прохладное время дня - утром или вечером, когда мало солнца. Попробуйте носить светлую одежду или найти место для занятий спортом в помещении.</p> <p>Если вы занимаетесь спортом на холоде, уменьшите риск обморожения, одевшись в несколько слоев одежды. Вдыхание холодного воздуха может увеличить риск стенокардии (боли в груди) для некоторых. Может быть полезным прикрытие рта и носа шарфом. Избегайте приема алкоголя, кофеина и никотина перед тренировкой, особенно в экстремальных погодных условиях. Это добавит стресса вашему сердцу [92].</p>

Приложение 4. Журнал ежедневных упражнений

Наименование организации _____ Дата _____

ФИО пациента _____

Целевой диапазон ЧСС от _____ до _____ ударов в минуту

от _____ до _____ ударов в 10 секунд

Шкала воспринимаемой нагрузки (см. таблицу)

Таблица Шкала воспринимаемой нагрузки	
6	
7	Очень, очень легкая
8	
9	Очень легкая
10	
11	Умеренно легкая
12	
13	Немного тяжелая
14	
15	Тяжелая
16	
17	Очень тяжелая
18	
19	Очень, очень тяжелая
20	

Каждый раз, когда вы тренируетесь, запишите следующую информацию ниже:

Дата тренировки

Вид деятельности: П = Прогулка; П / Б = Прогулка / Бег; БД = беговая дорожка; В = велосипед; Пл = плавание

Продолжительность тренировок: в минутах

Достигнутая пиковая частота сердечных сокращений

Симптомы: *запишите все, что вы почувствовали во время выполнения упражнений.*

Комментарии: *обратите внимание на изменение симптомов, отсутствие физической активности и т. д.*

Пример

Неделя 1: Цель: _____ минут, _____ раз в день.

	День 1	День 2	День 3	День 4	День 5	День 6	День 7
Дата	06/03/19						
Упражнения	+						
Мин/дни	30 мин						
Пиковая ЧСС	110						
Оценка по шкале	13						
Симптомы	0						

Комментарии:

Симптомы:

0 = нет

1 = боли в грудной клетке

2 = непривычная одышка

3 = усталость

4 = судороги в икрах

5 = головокружение

6 = нерегулярное сердцебиение

Продолжайте увеличивать физические нагрузки на _____ мин/день.

Конечная цель: 30 минут или три 10-минутных сеанса, 5 дней в неделю, желательно каждый день

Приложение 5. Оценка сердечно-сосудистого риска при повторном визите

Наименование организации _____ Дата _____

Ф.И.О. пациента _____ Дата рождения _____

Принимаемые лекарства _____

Глобальный план по снижению риска

Дислипидемия: Принимаемые лекарства _____

Побочные эффекты _____

Комплаенс _____

Текущие лаб. данные _____

План лечения по снижению уровня липидов: Без изменений _____

Изменения _____

Дано новое лекарство _____

Гипертензия

Текущее АД _____ / _____ ЧСС _____ Прав/неправ _____

Целевое АД _____ Плановое АД _____

Физическая активность

Текущие упражнения _____ Цель _____

План _____

Курение

Текущий статус курения: Не применимо _____ Пачек в день _____ Дата отказа _____

План _____

Диабет

Текущие глюкоза натощак/ HbA1c _____ / _____ Целевые _____ / _____

План _____ / _____

Дата повторного визита _____

Необходимые лабораторные исследования: Липидный профиль _____

Другие _____

Приложение 6. Лист оценки сердечно-сосудистого риска

Наименование _____ организации _____

Дата _____

ФИО пациента _____ Пол _____ Дата рождения _____

История _____ сердечно-сосудистых _____ событий _____

Отметьте имеющиеся пункты: наличие болезни

- Почек Язвенная болезнь Менопауза (пре/ пери / пост) Иммуносупрессоры
- Печени Подагра Гормонотерапия Диабет Заболевания щитовидной железы
- Анемия Терапия варфарином Другое

Факторы риска:

1. Семейный анамнез _____ 2. АГ _____ 3. Курение _____ 4. Другое _____

5. Стресс _____ 6. Алкоголь _____ 7. Ожирение: Рост _____ Вес _____ ИМТ _____

8. Гиподинамия _____

Общий холестерин _____ Триглицериды _____ ЛПВП _____ ЛПНП _____ АЛТ _____

Креатининкиназа _____ Требуемый вес _____ Требуемый холестерин ЛПНП _____

Дата	Вес	О. Холестерин	Триглицериды	ЛПВП	ЛПНП	АЛТ	Гликемическая нагрузка/HbA1c	Диета	Физ. активность	ЛС	Терапевтические вмешательства

Приложение 7. Шкала субъективной оценки физической нагрузки (шкала Борга)

В медицине и реабилитации широко используется для тестирования уровня нагрузки у пациентов, составления рекомендаций по упражнениям. Результаты теста позволяют не только в целом оценить фактический уровень нагрузки и степень ее влияния на организм пациента, но и скорректировать дальнейшие этапы тренировки или реабилитации.

Шкала субъективной оценки физической нагрузки (Шкала Борга¹)

Уровень нагрузки		Ощущения	
6	Вообще без усилия	Очень просто	
7		Без усилия	
8		Нормальное дыхание Нет чувства усилия в руках или ногах	
9	Легко	Небольшое усилие	
10		Дыхание глубже Возникает ощущение, что мышцы работают	
11	Трудновато	Среднее усилие	
12		Дыхание учащено и углублено	
13	Трудно	Чувствуется мышечная работа Можно слегка вспотеть Немного трудно говорить из-за частого дыхания	
14		Тяжело	Тяжелая работа, одышка еще позволяет говорить
15			Чувствуется, как сильно бьется сердце
16		Потоотделение ++	
17	Очень тяжело	Очень тяжелая работа	
18		Очень трудно говорить	
19	Крайне тяжело	Сильная одышка Мышцы болят Чувство напряжения в груди Потоотделение +++	
20		Максимальное усилие	

¹ Borg RPE scale

© Gunnar Borg, 1970, 1985, 1994, 1998

Критерии для сравнения

Оценка	Уровень физической нагрузки
9	Очень легко. Для здорового человека это равноценно медленной пешей прогулке без напряжения в течение нескольких минут
13	Упражнение трудное, но человек вполне может продолжать
17	Сильное напряжение. Здоровый человек все еще может продолжать, но вынужден действительно заставлять себя. Ощущается как очень трудное, человек сильно устал
19	Крайняя степень напряжения. Для большинства людей это самое тяжелое упражнение, которое они когда-либо выполняли в своей жизни

Приложение 8. Тест 6-минутной ходьбы

Тест с 6 минутной ходьбой – один из методов диагностики сердечной недостаточности, но он используется больше не с целью ее подтверждения, а для определения функционального класса.

Преимущества пробы с 6-минутной ходьбой

Проба проста в выполнении, не требует сложного оборудования, и её можно проводить как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Тест позволяет оценить уровень повседневной активности больных, а его результаты хорошо коррелируют с показателями качества жизни, кроме того, их можно использовать в качестве дополнительных критериев оценки эффективности лечения и реабилитации больных.

Показания к проведению пробы с 6-минутной ходьбой

- Оценка функционального статуса при ХОБЛ; муковисцидозе; сердечной недостаточности; сосудистой недостаточности артерий нижних конечностей; фибромиалгии
- Оценка прогноза в отношении развития осложнений при сердечной недостаточности; ХОБЛ; первичной легочной гипертензии.

Противопоказания

Выделяют абсолютные и относительные противопоказания для проведения пробы с 6-минутной ходьбой.

Абсолютные противопоказания:

- нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда в течение предыдущего месяца,
- заболевания опорно-двигательного аппарата, препятствующие выполнению пробы.

Относительные противопоказания:

- исходная ЧСС менее 50 в минуту или более 120 в минуту,
- систолическое АД более 180 мм рт.ст., диастолическое АД более 120 мм рт.ст.

Методика проведения теста

При проведении пробы с 6-минутной ходьбой больному ставится задача пройти как можно большую дистанцию за 6 минут (по измеренному [30 м] и размеченному через 1 м коридору с воем собственном темпе), после чего пройденное расстояние регистрируется. Пациентам разрешено останавливаться и отдыхать во время теста; они должны возобновлять ходьбу, когда сочтут это возможным, но секундомер при этом не останавливается.

По истечении этих 6 минут нужно определить, сколько метров пройдено. По этой цифре определяется функциональный класс: если пройдено более 550 метров – то это норма, если 426-550 – то I ФК, 301– 425 – ПФК, 151-300 – ШФК и менее 150 – IVФК.

Критерии немедленного прекращения пробы:

- боль в грудной клетке;
- невыносимая одышка;
- судороги в ногах;
- нарушение устойчивости;
- головокружение;
- резкая бледность;
- снижение насыщения крови кислородом до 86%.

После завершения теста оценивается выраженность одышки по шкале Борга:

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Дистанцию, пройденную в течение 6 мин (6MWD), измеряют в метрах и сравнивают с должным показателем 6MWD (i). 6MWD (i) вычисляют по нижеприведённым формулам, которые учитывают возраст в годах, массу тела в килограммах, рост в сантиметрах, индекс массы тела (ИМТ).

Значение 6MWD (i) для мужчин: $6MWD (i) = 7,57 \times \text{рост} - 5,02 \times \text{возраст} - 1,76 \times \text{масса} - 309$; или $6MWD (i) = 1140 - 5,61 \times \text{ИМТ} - 6,94 \times \text{возраст}$.

Значение 6MWD для женщин: $6MWD (i) = 2,11 \times \text{рост} - 2,29 \times \text{масса} - 5,78 \times \text{возраст} + 667$
или $6MWD (i) = 1017 - 6,24 \times \text{ИМТ} - 5,83 \times \text{возраст}$.

У больных с ХСН результаты пробы с 6-минутной ходьбой коррелируют с ФК сердечной недостаточности и параметрами потребления кислорода

При оценке эффективности лечения минимальное достоверное улучшение — увеличение дистанции на 70 м по сравнению с исходным результатом.

Результаты проведения пробы с 6-минутной ходьбой в значительной мере зависят от субъективных факторов: характер мотивации пациента, степени корректности проведения исследования инструктором.

Приложение 9. Классификация рисков для физических тренировок

Класс риска	<u>Критерии соответствия классу риска</u>	<u>Клинические проявления</u>	<u>Основные рекомендации</u>	Контроль	<u>ЭКГ и мониторинг артериального давления</u>
КЛАСС А	Практически здоровые лица				
	<p>1. Дети, подростки, мужчины моложе 45 лет и женщины моложе 55 лет, у которых отсутствуют симптомы или известные сердечно-сосудистые заболевания или основные факторы риска ССЗ.</p> <p>2. Мужчины ≥ 45 лет и женщины ≥ 55 лет, у которых нет симптомов или известные сердечно-сосудистые заболевания и < 2 основных факторов риска ССЗ.</p> <p>3. Мужчины ≥ 45 лет и женщины ≥ 55 лет, у которых нет симптомов или известных сердечно-сосудистых заболеваний и ≥ 2 основных факторов риска ССЗ.</p>		Никаких ограничений, кроме общих базовых правил.	Не требуется	Не требуется
КЛАСС В:	наличие известных, стабильных сердечно-сосудистых заболеваний с низким риском осложнений при интенсивной физической нагрузке, но немного больше, чем у практически здоровых лиц				
	1. Стабильная клапанная болезнь сердца (перенесенные инфаркт миокарда, АКШ, ангиопластика, стенокардия, измененный нагрузочный тест и изменения на коронароангиографии), клинические симптомы, описанным во 2 столбце.	1. ХСН 1 или 2 класс по NYHA 2. Толерантность к ФН ≤ 6 MET. 3. Нет признаков сердечной недостаточности.	1. ФН должна быть подобрана индивидуально, квалифицированными специалистами и одобрена лечащим врачом.	1. Приветствуется контроль медицинского работника при первом сеансе тренировок. 2. Далее под контролем немедицинского	1. Требуется на ранней фазе тренировок, обычно от 6 до 12 сеансов.

	<p>2.Клапанная болезнь сердца, за исключением тяжелого клапанного стеноза или регургитации, с клиническими характеристиками соответствующими указанным во 2 столбце.</p> <p>3.Врожденные пороки сердца.</p> <p>4.Кардиомиопатия: фракция выброса ≤ 30 процентов; включает стабильных пациентов с сердечной недостаточностью с клиническими характеристиками указанными во втором столбце, за исключением гипертрофической кардиомиопатии или недавним миокардитом.</p> <p>5. Отклонения в нагрузочном тесте, которые не соответствуют критериям высокого риска класса С.</p>	<p>4. Отсутствие признаков ишемии миокарда или стенокардии в покое или при выполнении теста с нагрузкой ≤ 6 МЕТ.</p> <p>5. Соответствующее повышение систолического артериального давления во время тренировки.</p> <p>6. Отсутствие устойчивой или нестабильной желудочковой тахикардии в покое или при физической нагрузке.</p> <p>7. Способность самостоятельно контролировать интенсивность деятельности</p>		<p>персонала с соответствующим обучением, до тех пор, пока человек не поймет, как ему регулировать свою ФН</p> <p>3. Медицинский персонал должен быть обучен и сертифицирован в Advanced Cardiac Life Support.</p> <p>Немедицинский персонал должен быть обучен оказанию базовой сердечно-легочной реанимации.</p>	
КЛАСС С	Лица от среднего к высокому (промежуточным) риском сердечных осложнений во время упражнений и / или неспособные самостоятельно регулировать активность или понимать рекомендуемый уровень активности *				
	<p>1. Ишемическая болезнь сердца с клиническими характеристиками, соответствующими классу С (второй столбец).</p> <p>2. Клапанная болезнь сердца, за исключением тяжелого клапанного стеноза или регургитации с клиническими характеристиками, соответствующими классу С.</p> <p>3. врожденные пороки сердца;</p>	<p>1. NYHA класс 3 или 4.</p> <p>2. Результаты нагрузочного теста: Переносимость ФН < 6 МЕТ; Стенокардия или ишемическая депрессия ST при нагрузке < 6 МЕТ; Падение систолического артериального давления ниже обычного уровня в</p>	<p>1. ФН должна быть подобрана индивидуально квалифицированным специалистом и одобрена лечащим врачом.</p>	<p>1.Под контролем медицинского работника во время всех сеансов до тех пор, пока не будет установлена безопасность.</p>	<p>1. Непрерывно во время тренировок, пока не будет установлена безопасность, обычно ≥ 12 сессий.</p>

	<p>4.Кардиомиопатия: фракция выброса <30 процентов; включает стабильных пациентов с сердечной недостаточностью с клиническими характеристиками, соответствующими классу С (второй столбец), за исключением пациентов с гипертрофической кардиомиопатией или недавно перенесенным миокардитом.</p> <p>5.Плохо контролируемые сложные нарушения ритма (желудочковые аритмии).</p>	<p>покое во время нагрузочного теста; Неустойчивая желудочковая тахикардия во время проведения теста толерантности к ФН 3. Наличие в анамнезе остановки сердечной деятельности, не связанной с текущим ИМ или во время процедуры на сердце). 4.Медицинская проблема, которая, по мнению врача, может быть опасной для жизни.</p>			
КЛАСС Д	нестабильное заболевание с ограничением активности *				
	<p>1. Нестабильная ишемия. 2. Тяжелый и симптомный клапанный стеноз или недостаточность. 3. врожденные пороки сердца; Критерии риска, которые запрещали бы тренировку у пациентов с врожденным пороком сердца, должны руководствоваться рекомендациями 27-й конференции Bethesda. 4. Тяжелая сердечная недостаточность. 5.Неконтролируемые аритмии. 6. Другие медицинские проблемы, которые могут ухудшиться при физической нагрузке</p>		<p>1. Никакая ФН не рекомендуется. 2. Внимание должно быть направлено на лечение и восстановление пациента до класса С или выше. 3. Повседневные нагрузки расширяются индивидуально после оценки лечащего врача.</p>		

Приложение 10. Шкала Бека

Инструкция: «В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли все утверждения в каждой группе»

1.

- 0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.
- 1 Я расстроен.
- 2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.
- 3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2.

- 0 Я не тревожусь о своем будущем.
- 1 Я чувствую, что озадачен будущим.
- 2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.
- 3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3.

- 0 Я не чувствую себя неудачником.
- 1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.
- 2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.
- 3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.

4.

- 0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
- 3 Я полностью не удовлетворен жизнью. и мне все надоело.

5.

- 0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.
- 1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.
- 2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.
- 3 Я постоянно испытываю чувство вины.

6.

- 0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.
- 1 Я чувствую, что могу быть наказан.
- 2 Я ожидаю, что могу быть наказан.
- 3 Я чувствую себя уже наказанным.

7.

- 0 Я не разочаровался в себе.
- 1 Я разочаровался в себе.
- 2 Я себе противен.
- 3 Я себя ненавижу.

8.

- 0 Я знаю, что я не хуже других.
- 1 Я критикую себя за ошибки и слабости.
- 2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.
- 3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9.

- 0 Я никогда не думал покончить с собой.
- 1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.
- 2 Я хотел бы покончить с собой.
- 3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10.

- 0 Я плачу не больше, чем обычно.
- 1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.
- 2 Теперь я все время плачу.
- 3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11.

- 0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.
- 1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.
- 2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.
- 3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12.

- 0 Я не утратил интереса к другим людям.
- 1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.
- 2 Я почти потерял интерес к другим людям.
- 3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13.

- 0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.
- 1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.
- 2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.
- 3 Я больше не могу принимать решения.

14.

- 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
- 1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.
- 2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.
- 3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15.

- 0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.
- 1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.
- 2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.
- 3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16.

- 0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.
- 1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.
- 2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.
- 3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17.

- 0 Я устаю не больше, чем обычно.
- 1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.
- 2 Я устаю почти от всего, что я делаю.
- 3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18.

- 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.

- 1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
- 2 Мой аппетит теперь значительно хуже.
- 3 У меня вообще нет аппетита.

19.

- 0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.
- 1 За последнее время я потерял более 2 кг.
- 2 Я потерял более 5 кг.
- 3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

ДА _____ НЕТ _____

20.

- 0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
- 1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.
- 2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.
- 3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21.

- 0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.
- 1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.
- 2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.
- 3 Я полностью утратил сексуальный интерес.

Общий балл


- 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов
- 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия)
- 16-19 – умеренная депрессия
- 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести)
- 30-63 – тяжелая депрессия

Приложение 11. Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE)5

ФИО: _____

Дата: _____

Пункт	Балл	Оценка	
А. Ориентация			
1	Какой сейчас год?	1	
2	Какое сейчас время года?	1	
3	Какая сегодня дата?	1	
4	Какой сегодня день недели?	1	
5	Какой сейчас месяц?	1	
6	Скажите, где Вы сейчас находитесь? (Например, как называется эта клиника?)	1	
7	В какой стране Вы находитесь?	1	
8	В каком городе Вы находитесь?	1	
9	Назовите, пожалуйста, адрес того места, где мы сейчас находимся	1	
10	На каком этаже Вы находитесь?	1	
В. Немедленная память (запоминание)			
11	Сейчас я назову три предмета. После того, как я их назову, пожалуйста, повторите их названия. Повторите их, потому что через несколько минут я вновь попрошу Вас их назвать. АВТОБУС ДВЕРЬ РОЗА Пожалуйста, повторите названия предметов для меня (1 секунда для называния каждого предмета. Засчитывайте по 1 баллу за каждое слово из трех, правильно повторенное с первой попытки. Сосчитайте количество попыток.) Запишите число попыток: _____	3	
С. Внимание и счет			
12	Последовательно вычитайте из 100 число 7. (93 – 86 – 79 – 72 – 65). (Оценка: Один балл дается за каждое правильное вычитание числа 7, подсчитайте количество правильных вычитаний (0 – 5))	5	
Д. Воспроизведение слов			
Назовите те три слова, которые я просил Вас запомнить			
13	Автобус _____	1	
14	Дверь _____	1	
15	Роза __	1	
Е. Речь			
16	(Покажите наручные часы) Как это называется?	1	
17	(Покажите карандаш) Как это называется?	1	
18	Повторите за мной фразу: « Никаких <u>если</u>, <u>и/или</u> <u>но</u> ». Только одна попытка	1	
19	Прочитайте слова, которые написаны на этом листе, и сделайте то, что написано. На бумаге написано « Закройте глаза ». Засчитывается правильный ответ, если пациент закрывает глаза	1	

20	Сейчас я дам Вам лист бумаги. Возьмите бумагу в правую руку, согните ее пополам двумя руками и положите на колени. Сначала прочитайте инструкцию полностью, затем передавайте бумагу. Не повторяйте инструкцию. (Засчитывается 1 балл за каждый правильно выполненный компонент задания.)	3	
21	Напишите на листе бумаги законченное предложение	1	
22	Вот рисунок, пожалуйста, скопируйте его на том же листе бумаги. Правильный ответ засчитывается, если два пятиугольника пересекаются, образуя при этом четырехугольник. 	1	
Итоговая оценка		30	
Оценка результатов: 29–30 баллов Нет нарушений 28 баллов Легкие когнитивные нарушения 25–27 баллов Умеренные когнитивные нарушения 20–24 балла Легкая деменция 10–19 баллов Умеренная деменция < 10 баллов Тяжелая деменция			

Приложение 12. Шкала суицидального риска

Шкала оценки риска суицида (ШОРС, The Sad Persons Scale) - предназначена для экспресс-диагностики суицидального риска. Разработана Американской ассоциацией превенции суицидов.

Содержит 10 пунктов, характеризующих факторы риска суицида и оцениваемых клиницистом как 0 (отсутствует) либо 1 (присутствует).

- общий балл от 0 до 2 свидетельствует о низком риске суицида и предполагает возможность амбулаторного наблюдения пациента (клиента);
- общий балл 3–4 свидетельствует о среднем риске суицида и говорит о необходимости частых встреч клинициста с обследуемым (1–3 раза в неделю) в случае амбулаторного наблюдения, либо о рассмотрении варианта госпитализации;
- балл 5–6 говорит о высоком риске суицида и предполагает госпитализацию пациента (клиента), если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении;
- балл 7 и выше означает очень высокий риск суицида и требует обязательной госпитализации (в том числе и принудительной).

Пол		Мужской
Возраст		12–24, 45 и выше
Депрессия		Депрессивные состояния в прошлом, депрессия в настоящее время
Предыдущие попытки		Да
Зависимость от психоактивных веществ		Да
Потеря рационального мышления		Иррациональное мышление, психотическое состояние
Нехватка социальной поддержки		Нет семьи, друзей, круга общения
Конкретный план		Время, место, способ
		Летальность данного способа исполнения
		Легкость его исполнения
Отсутствие супруга (близкого человека)		Одинокий, овдовевший, разведенный, живущий отдельно
Болезни		Хроническое заболевание, сопровождающееся сильными болями и/или утратой трудоспособности, подвижности, с плохим медицинским прогнозом
ИТОГО		
ОЦЕНКА (количество отмеченных пунктов)		
0–2	УРОВЕНЬ I	Невысокая степень суицидального риска
3–4	УРОВЕНЬ II	Средний уровень суицидального риска – необходимы интервенция и поддержка
5–6	УРОВЕНЬ III	Высокая степень суицидального риска – необходима антисуицидальная интервенция
7–10	УРОВЕНЬ IV	Очень высокая степень суицидального риска – требуется неотложная интервенция

Приложение 13. Комплекс статических дыхательных упражнений

№	Исходное положение	Содержание упражнения	Комментарий
1.	лежа на спине, стоя или сидя, руки вытянуты вдоль туловища, мускулатура тела расслаблена	<p>сделав выдох, нужно медленно и плавно вдыхать через нос, удержав на секунду воздух, - выдохнуть;</p> <p>темп дыхания регулируется счетом; вариации счета различны, в зависимости от поставленных задач и состояния больного;</p> <p>для контроля за расширением грудной и брюшной полостей <u>методист</u> кладет одну руку на живот, другую - на грудную клетку больного.</p>	<p><u>задача упражнения:</u> овладеть техникой полного вдоха и выдоха;</p> <p><u>требование к выполнению упражнения:</u> устранить форсированные вдох и выдох.</p>
2.	лежа на спине, сидя или стоя	<p>сделать очень энергичные вдох и выдох;</p> <p>при вдохе сначала опускается вниз диафрагма (выпячивается брюшная стенка), а затем начинает расширяться грудная клетка;</p> <p>это же упражнение может совершаться при одновременной работе грудной клетки и диафрагмы.</p>	<p>упражнение получило название <u>«глубокого дыхания»</u>;</p> <p>физиологический эффект достигается благодаря повышению отрицательного давления в грудной полости, улучшению венозного кровотока, увеличению подвижности и эластичности грудной клетки; «глубокое дыхание» оказывает благотворное действие на сердечную деятельность.</p>
3.	лежа на спине или стоя	<p>сделать вдох, опустив диафрагму и максимально выпятив живот при относительно неподвижной грудной клетке; затем - выдох, при котором живот втянуть.</p>	
<p><i>Таким образом, при диафрагмальном или брюшном типах дыхания в основном расширяется нижняя часть грудной клетки. В работу вовлекается мускулатура диафрагмы.</i></p>			
4.	сидя	<p>сделать глубокий вдох, втянуть живот, энергично расширяя нижнюю часть груди;</p> <p>предлагается при «боковом</p>	<p><u>«боковое, или реберное дыхание»</u> влияет преимущественно на нижние боковые части легких;</p> <p>задача этих статических упражнений – увеличение</p>

		дыхании» положить кисти рук на ребра и при выдыхании надавливать на них.	экскурсии грудной клетки и усиление работы экспираторных и инспираторных групп мышц.
5.	лежа, сидя или стоя, держа руки на поясе или вдоль туловища	сделать выдох, затем - паузу, за паузой - вдох; все фазы дыхания точно дозируются счетом; темп дыхания постепенно замедляется, и пауза между вдохом и выдохом увеличивается.	
6.	стоя, сидя или лежа	сделать равные по протяженности вдох и выдох, неодлиненный вдох и укороченный выдох, затем, наоборот, энергичный вдох и медленный выдох; медленный вдох и энергичный выдох; энергичные вдох и выдох.	

Каждое из упражнений дозируется по секундам с дальнейшим увеличением количества повторений по фазам соответственно выполняемым заданиям.

Приложение 14. Комплекс динамических дыхательных упражнений

№	Исходное положение (и.п.)	Содержание упражнения
1.	руки на поясе или опущены вдоль туловища	1) сделать вдох, наклонив голову к левому плечу, затем выдох, наклонив голову от левого плеча к правому; 2) отвести голову назад - вдох, согнуть подбородок к груди - выдох; 3) повернуть голову к левому плечу - вдох, повернуть от левого к правому плечу - выдох.
2.	руки на поясе или опущены вдоль туловища	1) медленно поднимать плечи - вдох, опускать - выдох; 2) отвести плечи и согнутые в локтях руки назад - вдох, привести плечи и руки в И.п. - выдох; 3) вращать плечи вперед и вверх - вдох, назад и вниз - выдох.
3.	руки на поясе или опущены вдоль туловища	1) вытянуть руки вперед до соприкосновения ладоней - и развести их в стороны - вдох, свести их - выдох; 2) то же движение, но с ладонями, повернутыми кверху при разведении и повернутыми вниз при сведении; 3) поднять руки вверх - вдох, опустить их - выдох; 4) кружение рук, описывая задний полукруг, отводя руки назад с неполной амплитудой - вдох, то же, положение рук вперед в стороны - выдох; 5) кружение рук, отводя их в стороны - назад (это упражнение расширяет грудную клетку); 6) согнуть руки к плечам (пальцы рук касаются плеч, локти опущены и отведены слегка назад); затем вытянуть их вверх ладонями внутрь, немного шире плеч, отводя одновременно левую ногу (прямую) назад

		на носок, - вдох, вернуться в И.п. – выдох.
4.	ноги на ширине плеч, руки опущены:	1) медленно подняться на носки, одновременно медленно поднимая руки в стороны и вверх и поворачивая их ладонями вперед и наружу (смотреть на кисти рук; руки немного шире плеч) - медленный глубокий вдох; 2) медленно опуститься на всю ступню, руки опустить через стороны в исходное положение, поворачивая их ладонями вперед и наружу - продолжительный выдох.
5.	руки на поясе или опущены вдоль туловища руки на поясе	1) наклоны туловища в стороны с попеременным скольжением ладонями по бедру и боку вниз и вверх с произвольным, но равномерным и глубоким дыханием; 2) наклоны туловища в стороны, положение рук одну - на голову, другую - на пояс, делая попеременно вдох и выдох; 3) наклон туловища вперед - выдох; напряженное разгибание до отказа, не отклоняя головы - вдох. дыхательные упражнения в соединении со сгибанием и разгибанием туловища можно делать, отводя руки назад со сцепленными кистями или согнув руки за голову - локти на уровне плеч.
6.	то же стоя, ноги врозь	1) выполните глубокий вдох с максимальным подниманием рук вверх через стороны; 2) после этого на выдохе опустите руки и наклоните голову и шею вперед.
7.	стоя и держа в руках камеру от футбольного мяча	1) несколькими глубокими вдохами надуйте камеру; при выполнении этого упражнения для учёта величины нагрузки на диафрагму следует фиксировать время наполнения резервуара и каждый раз подсчитывать время по отношению к одному и тому же объёму воздуха; 2) для большей нагрузки можно надувать камеру с уплотнителями в виде крышки, на камеру укладывать определенный груз либо слегка сжимать ее руками при надувании.