

Междисциплинарный подход к лечению хирургического больного: роль врача-реабилитолога

Е.В. Гусакова¹, И.Н. Пасечник^{1,2}

¹ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ, Москва,

²ФГБУ «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, Москва

A multidisciplinary approach to the treatment of the surgical patient: the role of the physician rehabilitation

E.V. Gusakova¹, I.N. Pasechnik^{1,2}

¹CCH with Outpatient health center», Moscow, Russia,

²Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

Аннотация

Повышение качества оказания помощи хирургическим больным возможно только на основе междисциплинарного подхода и принципов доказательной медицины. Одним из важнейших компонентов ведения хирургических больных является комплексная реабилитация. Авторы описывают реабилитационные мероприятия у хирургических больных на основе трехэтапной системы.

Первый этап осуществляется в отделениях реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания в острый период течения заболевания или травмы при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации. Второй этап проходит в стационарных условиях медицинских организаций в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения. Третий этап осуществляется в ранний и поздний реабилитационные периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда и др.

Ключевые слова: хирургический больной, реабилитация.

Abstract

Improving the quality of care for surgical patients is possible only on the basis of an interdisciplinary approach and the principles of evidence-based medicine. One of the most important components of the management of surgical patients is a comprehensive rehabilitation. The authors describe rehabilitation measures in surgical patients on the basis of a three-stage system.

The first stage is carried out in the intensive care and intensive care units of medical organizations on the profile of the underlying disease in the acute period of the disease or injury in the presence of confirmed by the results of the survey prospects of recovery of functions (rehabilitation potential) and the absence of contraindications to rehabilitation methods. The second stage is carried out in stationary conditions of medical organizations in the early recovery period of the disease or injury, late rehabilitation period, the period of residual phenomena of the disease, in the chronic course of the disease outside the exacerbation. The third stage is carried out in the early and late rehabilitation periods, the period of residual phenomena of the disease, in the chronic course of the disease outside the exacerbation in the departments (offices) of rehabilitation, physiotherapy, physical therapy, reflexology, manual therapy, psychotherapy, medical psychology, speech therapist offices, etc.

Key words: surgical patient, rehabilitation.

Ссылка для цитирования: Гусакова Е.В., Пасечник И.Н. Междисциплинарный подход к лечению хирургического больного: роль врача-реабилитолога. Кремлевская медицина. Клинический вестник, 2019; 1: 99-104.

Главной задачей, стоящей перед российским здравоохранением, несомненно, является повышение качества оказания медицинских услуг населению. Особенно она актуальна в хирургической клинике вследствие высокой инвазивности этой специальности. Общемировая тенденция последних лет показывает, что улучшить результаты лече-

ния хирургических больных можно только на основе мультидисциплинарного подхода с позиций доказательной медицины. Усилиями одного, пускай даже «звездного», специалиста добиться значимого прогресса не удастся [1, 2].

В настоящий момент в странах Западной Европы, США и ведущих клиниках России плано-

вая хирургическая помощь оказывается на основе Программы ускоренного выздоровления (ПУВ), в которой задействованы хирурги, анестезиологи-реаниматологи, клинические фармакологи, реабилитологи, нутрициологи, средний медицинский персонал. В основе ПУВ лежат работы датского профессора Г. Келета (H. Kehlet) по минимизации воздействия хирургической агрессии на организм больного, т.е. уменьшение стресс-ответа [1, 3].

ПУВ подразумевает снижение выраженности стресс-ответа за счет адекватной стратегии обезболивания на всех этапах периоперационного периода и использования миниинвазивных методов хирургического доступа. Основные компоненты программы представлены в таблице. Однако полностью устранить стресс-ответ невозможно, так как на организм больного воздействует слишком много повреждающих факторов. К ним стоит отнести: психоэмоциональное напряжение и дискомфорт, голодание, боль, повреждение тканей и внутренних органов, кровопотерю, рефлексы неболевого характера, непреднамеренную гипотермию, водно-электролитные нарушения, вынужденную иммобилизацию и пр. [4, 5].

Вопросы миниинвазивной хирургии и анестезиологической защиты достаточно подробно освещены в литературе. Также убедительно развенчаны первые два компонента знаменитой триады-догмы «холод, голод и покой». В вопросах вынужденной иммобилизации после операции достигнут определенный консенсус — необходимы реабилитационные мероприятия.

Необходимо осознать, что при реализации ПУВ подготовка хирургического больного начинается задолго до операции - с преабилитации - составной части реабилитационных мероприятий.

Преабилитация - комплекс мероприятий, которые осуществляются сразу с момента диагностики заболевания на этапе поликлиники с целью улучшения физического и психического здоровья пациента и подготовки к операции. Что же входит в это понятие? То, что раньше проводилось в стационаре: диагностика сопутствующей патологии и ее коррекция, выявление и устранение нутритивной недостаточности, психологическая подготовка к хирургическому вмешательству. Кроме того, важно предупредить о необходимости отказа от курения и употребления алкоголя как минимум за 2 нед до операции. Реализация этих мероприятий позволяет оптимизировать результаты хирургического лечения: достоверно снижаются число осложнений и летальность.

Отдельно необходимо остановиться на психологической поддержке, которая включает разъяснение пациенту сути ПУВ и его активное участие в

лечении. Необходимо подчеркнуть, что пациент не будет голодать, болевой синдром будет минимальным, больной будет адекватен после операции, не станет обузой для родственников и сможет самостоятельно передвигаться по палате. Беседа, как правило, подкрепляется брошюрами или буклетами, в которых подробно в наглядной форме представлено, с чем может столкнуться пациент и как следует себя вести. Психологическая подготовка позволит пациентам преодолеть стереотипы, которые вырабатывались годами, что хирургия - это боль, холод и голод.

Почему же при ясном понимании необходимости реабилитационных мероприятий до недавнего времени они использовались в весьма ограниченных масштабах? У большинства врачей, да и пациентов, и их родственников реабилитационные мероприятия ассоциированы с санаториями. Причин тому было несколько: нехватка кадров, отсутствие законодательной базы, неверие ряда специалистов в методы вспомогательной терапии.

В настоящее время в стране идет реформа медицинской реабилитации. Среди концептуальных преобразований — придание реабилитации статуса отдельной медицинской специальности, разработка профстандарта для врача физической медицины и реабилитации, открытие центров реабилитации.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» государство гарантирует гражданам не только оказание медицинской помощи при угрожающих состояниях, но и восстановление функций после развития заболевания или повреждения. Статья 40 определяет медицинскую реабилитацию как «комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и(или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество. Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов. Порядок организации медицинской реабилитации, перечень меди-

Изменения в периоперационном ведении больных

Критерий	ПУВ	Традиционно	Специалист
Догоспитальный этап: поликлиника			
Информированное согласие пациента	Амбулаторно	В стационаре	Хирург, анестезиолог
Осмотр анестезиолога	Амбулаторно	В стационаре	Анестезиолог
Предоперационная подготовка	Амбулаторно	После госпитализации	Анестезиолог
Отказ от курения	За несколько недель до операции	???	Анестезиолог, хирург
Госпитализация	В день операции или накануне	Плановая госпитализация за 7-10 дней до операции	Хирург
Догоспитальный этап: стационар			
Прием пищи	Прекращение приема твердой пищи за 6 ч до операции, назначение углеводного напитка за 2 ч до операции	Голод	Анестезиолог
Премедикация	Нет (замедление реабилитации)	Да	Анестезиолог
Подготовка операционной	Контроль температуры и влажности воздуха, подогреваемые матрасы	Нет	Хирург
Профилактика инфекционных осложнений	Антибиотико-профилактика	Анти-бактериальная терапия	Клинический фармаколог, эпидемиолог
Профилактика тромбоэмболических осложнений	Да	Да	Клинический фармаколог, анестезиолог, хирург
Операционный этап			
Анестезиологическое обеспечение	Короткодействующие анестетики и анальгетики. Мониторинг гемодинамики, уровня сознания, нервно-мышечной проводимости. Экстубация по возможности в операционной	Гарвардские стандарты, произвольная инфузионная терапия	Анестезиолог
Минимально-инвазивная хирургия	Зависит от ресурсов	Различная техника	Хирург
Послеоперационный этап			
Дренажи	Отказ/раннее удаление	Устанавливаются всем	Хирург
Удаление мочевого катетера	В операционной	При переводе в отделение из реанимации	Хирург, анестезиолог
Послеоперационное обезболивание	Мультимодальный подход	Широкое использование опиоидных анальгетиков	Анестезиолог, хирург
Питание	Раннее (1-е сутки)	Не ранее 3-4-х суток	Анестезиолог, хирург, нутрициолог
Физиотерапия, дыхательная гимнастика, вертикализация	В первые часы после выхода из постнаркозной депрессии	Как правило, после перевода из реанимации	Реабилитолог
Общие вопросы			
Ведение медицинской документации	Электронная история болезни	Бумажная	Зам. главного врача
Работа среднего медицинского персонала	Строгое ранжирование обязанностей, избавление от непрофильной работы	Выполнение дополнительных функций: санитарская работа, транспортировка больных, доставка анализов и их результатов	Зам. главного врача, главная медицинская сестра

цинских показаний и противопоказаний для медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Вступил в силу приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 03.09.2018 № 572н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинской реабилитации», в котором указано, что к специалистам по медицинской реабилитации относятся врач по медицинской реабилитации, врач-физиотерапевт, врач-рефлексотерапевт и врач по лечебной физкультуре. Основная цель деятельности врача по медицинской реабилитации - это профилактика, диагностика нарушений функций и структур организма человека и последовавших за ними ограничений жизнедеятельности вследствие заболеваний и (или) состояний и медицинская реабилитация пациентов с указанными ограничениями и нарушениями в процессе оказания медицинской помощи. Согласно профстандарту, к трудовым функциям специалиста по медицинской реабилитации относятся: проведение медицинской реабилитации пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма, применение физиотерапии, рефлексотерапии и лечебной физкультуры.

На основе профессионального стандарта будут разработаны федеральные образовательные стандарты подготовки специалиста в области медицинской реабилитации в ординатуре. Программа в данный момент проходит согласование с Национальным советом по профессиональным квалификациям на соответствие профессиональному стандарту и должна вступить в силу к 1 сентября 2019 г. В рамках обновленной программы в ординатуре специалист будет овладевать всем объемом знаний в области лечебной физкультуры, рефлексотерапии, физиотерапии и т.д. Предполагается также, что, помимо медицинских специальностей, выпускник новой программы будет иметь ключевые знания и навыки в рамках таких немедицинских специальностей, как медицинский логопед, клинический психолог, нейропсихолог и т.д.

Важным организационным моментом также стало утверждение профессионального стандарта врача анестезиолога-реаниматолога приказом № 554н 27.08.2018 Министерства труда и социальной защиты. В нем большое внимание уделено вопросам реабилитации. Согласно этому приказу в обязанности врача анестезиолога-реаниматолога входит: составление плана реабилитационных мероприятий, привлечение врачей-специалистов, проведение реабилитационных мероприятий и умение оценить их результаты. Таким образом закрепляет-

ся мультидисциплинарный подход в лечении хирургических больных.

В соответствии с «Порядком организации медицинской реабилитации», утвержденным приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н, определена трехэтапная система осуществления реабилитации с учетом периода течения и тяжести заболевания или травмы, профиля реабилитации. Первый этап осуществляется в отделениях реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания в острый период течения заболевания или травмы при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации.

Второй этап осуществляется в стационарных условиях медицинских организаций в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения.

Третий этап осуществляется в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда и др.

В медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи в стационарных условиях, медицинская реабилитация осуществляется мультидисциплинарной бригадой на основе взаимодействия лечащего врача и врачей-специалистов с врачами-физиотерапевтами, врачами по лечебной физкультуре, врачами-рефлексотерапевтами, врачами мануальной терапии, врачами-психотерапевтами, медицинскими психологами, логопедами и другими специалистами, работающими в области медицинской реабилитации.

Медицинская реабилитация включает в себя оценку клинического состояния пациента, факторов риска проведения реабилитационных мероприятий, факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий, функциональных резервов организма, состояния высших психических функций и эмоциональной сферы, нарушений бытовых и профессиональных навыков и других показателей. Мультидисциплинарная бригада специалистов формулирует цели проведения реабилитационных мероприятий, формирует программу реабилитации, включающую ком-

плексное применение лекарственной и немедикаментозной (технологии физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа, лечебного и профилактического питания, мануальной терапии, психотерапии, рефлексотерапии и методов с применением природных лечебных факторов) терапии, а также средств, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и(или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования. По окончании курса реабилитации проводится оценка эффективности реабилитационных мероприятий.

Основные реабилитационные мероприятия начинаются в раннем послеоперационном периоде. Вместе с тем послеоперационное течение во многом определяется преабилитацией (коррекция сопутствующей патологии, нутритивная поддержка и т.д.) и операционным этапом — инвазивностью операции и анестезиологическим обеспечением. Ранний выход из постнаркозной депрессии позволяет начать энтеральное кормление и реабилитацию в первые часы после операции, что в свою очередь уменьшает число послеоперационных осложнений: пневмонии, тромбоэмболии легочной артерии и т.д. На этом этапе полномочным членом команды становится реабилитолог, который вносит существенный вклад в раннее выздоровление и выписку.

Таким образом, ПУВ у хирургических больных после плановых хирургических вмешательств оптимизирует оказание медицинской помощи населению без значительных материальных затрат. Использование принципов доказательной медицины, лежащих в основе концепции, позволяет применять только эффективные методики, снизить количество послеоперационных осложнений и сроки пребывания больных в стационаре.

Ниже приводятся наши результаты по внедрению ПУВ в ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ.

В целях оптимизации лечебно-реабилитационного процесса и маршрутизации пациентов внутри ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации (далее — ЦКБ), а также выработки стратегических направлений развития медицинской реабилитации создан Центр реабилитации. Основной задачей Центра реабилитации является интеграция медицинской реабилитации в лечебно-диагностический процесс на всех этапах организации медицинской помощи, в том числе на первом этапе в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Модель организации медицин-

ской реабилитации в ЦКБ разработана на основе этапной системы оказания первичной медико-санитарной и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с учетом действующей нормативной правовой базы и данных анализа существующей практики медицинской реабилитации в нашей стране и за рубежом. ЦКБ — многопрофильная больница с поликлиникой и дневным стационаром, оказывает специализированную стационарную, в том числе высокотехнологичную, и амбулаторную медицинскую помощь, имеет в своем составе Центр реабилитации. Территориальная близость лечебных корпусов, дифференцированное использование их материально-технических и кадровых ресурсов позволяют создать систему непрерывной этапной медицинской реабилитации различного профиля, интенсифицировать прямые и кросс-связи реабилитационных услуг. ЦКБ позиционируется как медицинская организация, представляющая весь спектр медицинских услуг на всех этапах оказания медицинской помощи, включая систему трехэтапной реабилитации, отвечающую современным требованиям: от палат реанимации и интенсивной терапии — через профильные стационарные отделения — к рехаб-отделению /Центру.

Развитие медицинской науки ведет к снижению летальности при проведении интенсивной терапии и определяет важный целевой показатель — обеспечение максимально высокого качества жизни пациента после реанимации. Эффективная помощь по профилю «анестезиология и реанимация» определяется не только спасением пациента, но и качеством последующей жизни его и его родственников. Кроме плановой хирургии, реабилитационные мероприятия активно применяются и у больных, перенесших жизнеугрожающие состояния.

Реабилитация пациентов, находящихся в критическом состоянии в отделениях реанимации и интенсивной терапии в ЦКБ, базируется на принципах доказательной медицины. Накопленный опыт и научные факты убедительно показывают, что раннее начало физической и когнитивной реабилитации защищает пациента от неизбежных осложнений интенсивной терапии, сохраняет неповрежденные функции и обеспечивает восстановление качества жизни до преморбидного уровня. Реабилитация в интенсивной терапии — активный процесс мультимодального воздействия всех членов мультидисциплинарной бригады, направленный на сохранение физиологического и социального статуса пациента после перенесенного критического состояния, а также предупреждение и лечение последствий воздействия интенсивной терапии (ПИТ-синдром), профилактику инфекци-

онных и тромботических осложнений, стимуляцию саногенетических реакций.

Первый этап медицинской реабилитации в отделениях реанимации и интенсивной терапии включает физическую, в том числе раннюю, мобилизацию, вертикализацию, кинезиотерапию, постуральную коррекцию (позиционирование), циклическую механотерапию, эрготерапию, эмоционально-когнитивную и метаболическую реабилитацию.

Организация полномасштабного первого этапа медицинской реабилитации, помимо уменьшения инфекционных и тромботических осложнений и минимизации проявлений ПИТ-синдрома, степени бытовой зависимости, уменьшения степени выраженности и частоты встречаемости когнитивных и эмоциональных нарушений, имеет большой экономический эффект. Он обусловлен сокращением времени пребывания пациента в отделениях реанимации и интенсивной терапии, общей продолжительности госпитализации в целом, что позволяет значительно минимизировать расходы и увеличивать оборот дорогой реанимационной койки.

Возникает вопрос, а каковы результаты реабилитационных мероприятий? И здесь хочется упомянуть всего одну работу, опубликованную в J.A.M.A. в 2018 г. Н.С. Prescott и D.C. Angus [6]. Речь идет о больных сепсисом. После выписки из стационара у 32% больных регистрировали тревожность, у 29% — депрессию, у 44% — посттравматическое стрессовое состояние. В исследовании, включавшем 30 000 выживших больных сепсисом, было показано, что в группе, где проводились реабилитационные мероприятия в течение 90 дней после выписки, риск летального исхода был ниже на протяжении 10 лет по сравнению с контрольной группой (HR 0/94; 95% CI 0.92-0.97, $p < 0,001$). Впечатляющие результаты внедрения реабилитационных мероприятий.

Таким образом, реабилитационные мероприятия являются важным компонентом ПУВ. Командный подход и преемственность в лечении

больных позволяют не только повысить качество оказания плановой хирургической помощи, но и сократить длительность стационарного лечения. Кроме того, использование трехэтапной реабилитации больных, перенесших критические состояния, увеличивает длительность выживания пациентов и повышает качество жизни.

Литература

1. Затевахин И.И., Пасечник И.Н., Губайдуллин Р.Р., Решетников Е.А., Березенко М.Н. Ускоренное восстановление после хирургических операций: мультидисциплинарная проблема. Часть 1. Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2015; 9: 4-8. [Zatevachin I.I., Pasechnik I.N., Gubaidulin R.R., Reshetnikov E.A., Berezenko M.N. Accelerated recovery from surgery: a multidisciplinary problem. Part 1. Pirogov Russian Journal of Surgery. 2015; 9: 4-8. In Russian].
2. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced Recovery After Surgery: a review. *JAMA Surg.* 2017; 152(3): 292-298. doi:10.1001/jamasurg.2016.4952.
3. Овечкин А.М. Хирургический стресс-ответ, его патофизиологическая значимость и способы модуляции. Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2008; 2: 49–62. [Ovechkin A. M. Surgical stress response, its pathophysiological significance and modulation methods. *Regional anesthesia and treatment of acute pain.* 2008; 2: 49–62. In Russian].
4. Пасечник И.Н., Хрыков Г.Н., Халиков А.Д., Сальников П.С., Митягин Г.И. Доктор.Ру. 2016; 12-2 (129):54-59. [Pasechnik I.N., Khrykov G.N., Khalikov A.D., Salnikov P.S., Mityagin G.I. Modern approaches to accelerated recovery after surgery. *Doctor.ru.* 2016; 12-2 (129):54-59. In Russian].
5. Gillis C, Carli F. Promoting perioperative metabolic and nutritional care. *Anesthesiology.* 2015; 123: 1455–1472. doi: 10.1097/ALN.0000000000000795.
6. Prescott HC, Angus DC. Enhancing Recovery From Sepsis: A Review. *JAMA.* 2018; 319: 62-75. doi: 10.1001/jama.2017.17687

Для корреспонденции /Corresponding author
Пасечник Игорь Николаевич / Pasechnik I.N.
pasigor@yandex.ru

Конфликт интересов отсутствует