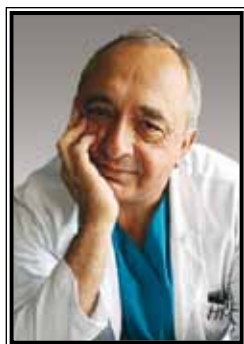


# КОНЦЕПЦИЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА СЕРДЦЕ

ЗАМЕСТИТЕЛЬ  
ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА  
ФГУ «РОССИЙСКИЙ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ  
НАУЧНО-  
ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ  
КОМПЛЕКС» АКАДЕМИК РАМН  
Ренат Сулейманович  
Акчурун



Сердечно-сосудистые заболевания остаются главной причиной смертности трудоспособного, и в первую очередь мужского, населения России. Так, заболеваемость ИБС в стране составляет 31%, а смертность достигает 27% в популяции и более 50% – в общей структуре смертности. Проблема имеет не только социально-демографический, но и экономический аспект: при сохранении такого уровня летальности по сердечно-сосудистым причинам прогнозируется, что потеря ВВП в России только по этой причине может составить к 2015 году около 300 млрд. долларов. Такой высокий, даже сверхвысокий уровень заболеваемости и смертности от заболеваний системы кровообращения в нашей стране побуждает нас к поиску путей улучшения способов лечения ИБС.

Можно констатировать, что в последнее десятилетие произошел настоящий прорыв в лечении сердечно-сосудистых заболеваний: в практику были внедрены высокотехнологичные методы, давшие отличные результаты. Среди них центральное место занимают хирургическое лечение (коронарное шунтирование) и эндоваскулярное (ангиопластика коронарных артерий с постановкой стентов).

Число вмешательств бурно растет, и нет сомнений, что рост будет продолжаться.

Операции проводятся на высоком технологическом уровне, требуют хорошей профессиональной подготовки, и можно сказать, что их выполнение практически

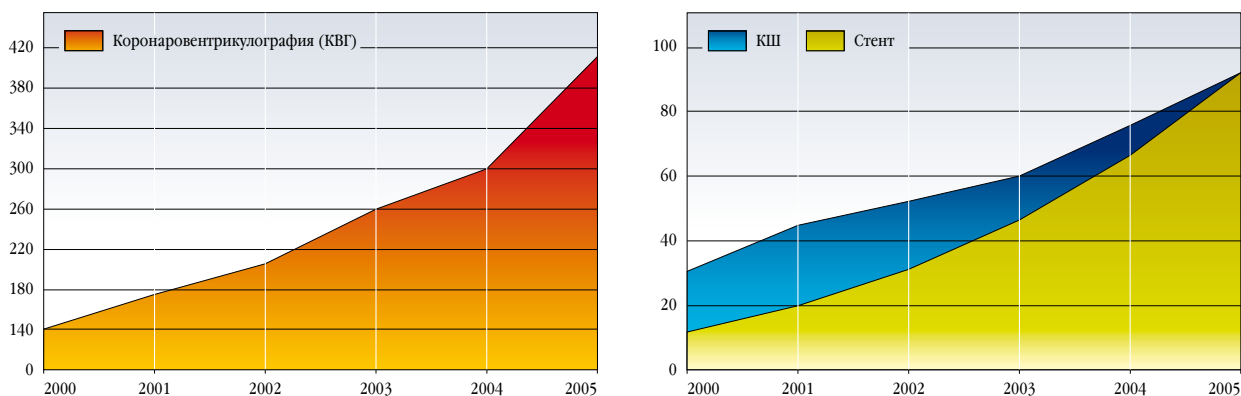
поставлено «на поток». Вместе с тем слабым местом в работе хирургического звена лечения сердечно-сосудистых заболеваний является организация восстановительного лечения. Мы хорошо понимаем, что «некорректное» ведение больного в восстановительном, или реабилитационном, периоде может свести на нет успех самого сложного высокотехнологичного инвазивного вмешательства, стоящего немалых средств. Недостаток в оптимальных восстановительных программах испытывают не только профильные кардиохирургические центры, но и кардиологическая служба в целом.

Чем же обусловлена насущная необходимость разработки реабилитационных программ?

Во-первых, как уже отмечено, неуклонно растет число операций, а это значит, что кардиохирургическая клиника должна оптимизировать свою работу. Во-вторых, контингент больных – кандидатов на КШ в последние 5–7 лет значительно изменился в сторону утяжеления, и причинами этому стали как рост числа эндоваскулярных вмешательств, так и расширение показаний к КШ. В-третьих, более чем 30-летний мировой опыт коронарной хирургии показал, что клиническое улучшение после КШ не параллельно улучшению качества жизни. Другими словами, избавившись от симптомов болезни, далеко не все оперированные пациенты готовы признать себя здоровыми и вернуться на работу. Наконец, в-четвертых, стало очевидным, что болезнь рецидивирует, а это означает, что помимо самой интервенции мы нуждаемся в эффективных профилактических мерах. Комплекс этих мер мы можем называть послеоперационной реабилитацией, или вторичной профилактикой ИБС, или кардиопротективной стратегией.

ВОЗ определяет реабилитацию как «систему мер, требующуюся как для благоприятного воздействия на причину заболевания, так и для максимальной адаптации пациента к условиям физической, ментальной и социальной активности, создающую у него ощущение уверенности в собственных силах и возможность сохранить или восстановить свой жизненный статус в социуме. Реабилитация

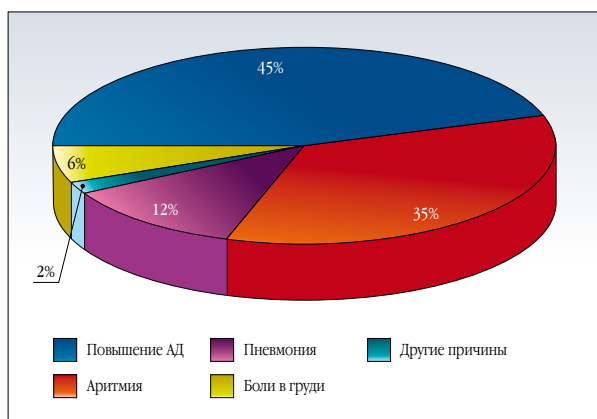
1



ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ИБС В 2000–2005 ГОДАХ (НА 1 МЛН. НАСЕЛЕНИЯ)

Источник: Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия – 2005. Болезни и врожденные anomalies системы кровообращения. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2006.

2



ПРИЧИНЫ ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ

3



КОМПЛАЕНС К ЛЕЧЕНИЮ, НАЗНАЧЕННОМУ В ОТДЕЛЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

тацию не следует считать самостоятельным видом лечения, однако она должна интегрироваться в общую систему терапии и являться неотъемлемым ее компонентом».

Из этого определения следует, и мы абсолютно в этом убеждены, что реабилитология не является отдельной, самостоятельной наукой. Она разбита на отдельные области, каждая из которых является частью медицинских дисциплин, таких как кардиология, нейрохирургия, неврология, травматология и т.д. Поэтому логично, что специалисты, выполняющие высокотехнологичное вмешательство, определяют и концепцию восстановительного лечения, делая это на основании данных доказательной медицины о ближайших и отдаленных результатах новых видов хирургии и прогнозе заболевания. Технологичная, высокого уровня реабилитация должна соответствовать высокому уровню проведенного дорогостоящего лечения и требованиям времени.

Проблемой реабилитации занимаются в клиниках развитых стран около 20 лет. С позиций доказательной медицины сегодня можно утверждать, что:

- быстрая активизация улучшает течение послеоперационного периода;

- участие в реабилитационных программах снижает заболеваемость и смертность (достоверно – общую и сердечно-сосудистую смертность, недостоверно – частоту нефатального ИМ после операции);
- участие в реабилитационной программе экономит средства (в США проведено исследование, которое показало снижение суммарной стоимости годового лечения послеоперационного больного в том случае, если предусматривается послеоперационная реабилитация).

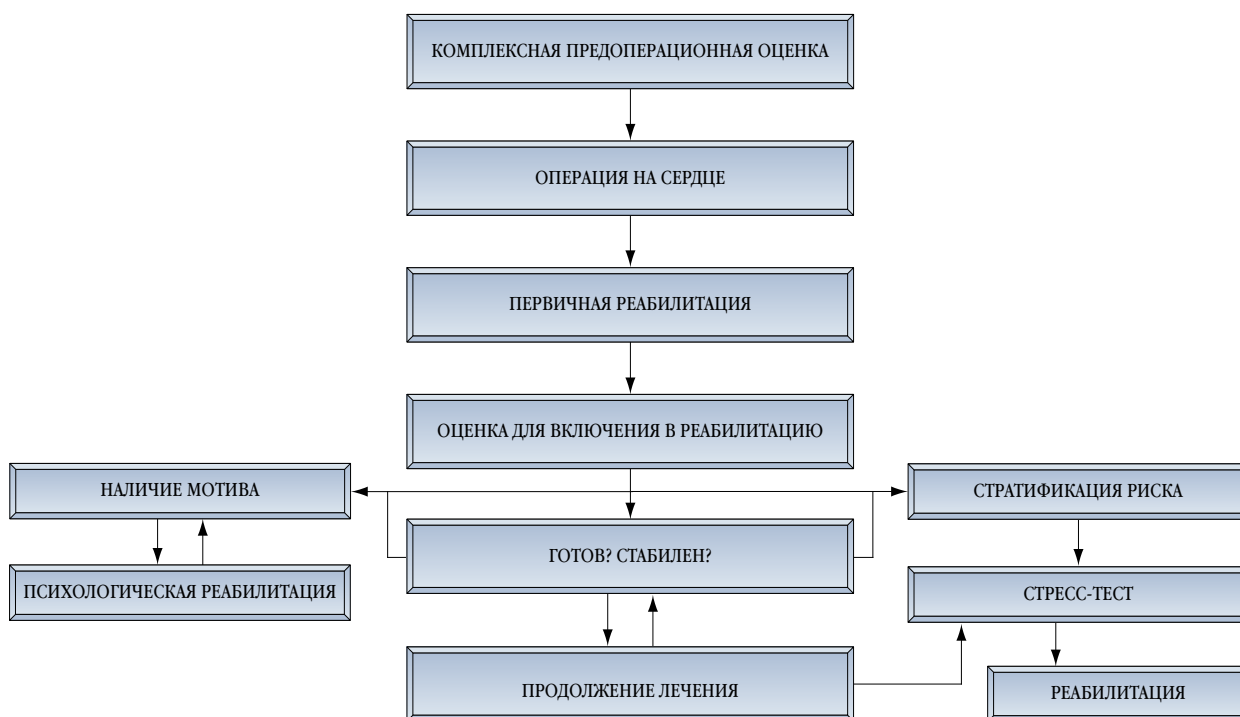
Реабилитационная программа требует тщательной разработки:

- она должна быть эффективной (сокращать госпитальный период, экономить средства);
- она должна быть безопасной (не приводить к росту заболеваемости и смертности, к увеличению числа госпитализаций);
- она должна быть адаптирована к местным условиям (учитывать уровень медицинской помощи там, куда поедет больной после операции).

Общепринятым является разделение реабилитационной программы на госпитальную и внегоспитальную фазы.

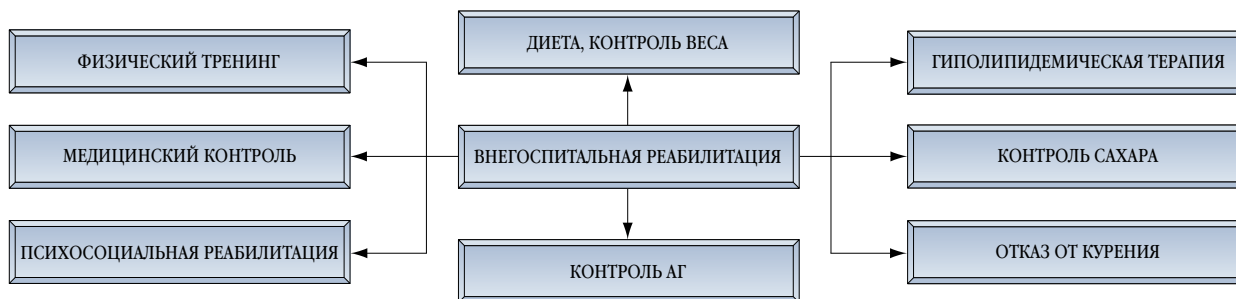


4



АЛГОРИТМ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ДЕЙСТВИЙ

5



МЕРОПРИЯТИЯ В СТРУКТУРЕ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ (ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ФАЗЫ РЕАБИЛИТАЦИИ)

Задачей кардиохирургической клиники является разработка принципов оптимальной восстановительной программы в госпитальную фазу.

В отделе сердечно-сосудистой хирургии ФГУ «РКНПК» с 2007 года начата реализация программы ускоренной реабилитации. Совместными усилиями кардиохирургов, реаниматологов и кардиологов мы попытались сделать послеоперационный восстановительный период максимально коротким и эффективным. В наших публикациях мы подробно освещаем новации и мероприятия, позволившие реализовать эту программу, и анализируем ее первые результаты. Не менее чем у 15% кандидатов на КШ госпитальный послеоперационный период может длиться всего 7–8 суток; по окончании этого срока больные вполне готовы к выписке.

Анализ предоперационных характеристик этих пациентов и течения послеоперационного периода показал, что они представляли собой группу неос-

ложненного течения ИБС. Среди них практически не было больных с нестабильной стенокардией, низкой сократительной функцией левого желудочка, угрожающими аритмиями, тяжелым сахарным диабетом, дыхательной и почечной недостаточностью. Послеоперационный период также характеризовался малой кровопотерей, меньшей длительностью искусственной вентиляции, низкой частотой развития аритмий и легочных осложнений.

Что касается остальной, большей части больных отделения, их реабилитационный период был более длительным. Состав этих больных неоднороден; целесообразно выделять отдельные клинические группы соответственно предоперационному состоянию и виду вмешательства (больные с пороками и реконструктивными вмешательствами на клапанах, больные с недостаточностью кровообращения, больные с ХПН и т.д.). Совершенно ясно, что для каждой клинической группы



должен быть разработан свой алгоритм восстановления. Сегодня мы нуждаемся в стандартизации реабилитационных программ для разных категорий больных.

Каковой же оказалась реальная эффективность ускоренной реабилитации в наших условиях? Чтобы это оценить, нами был составлен и разослан опросный лист. Мы стремились узнать, продолжается ли начатая линия лечения по месту жительства, контактирует ли больной со специалистом, сохранилось ли благополучное течение послеоперационного периода.

Результаты опроса (рис. 2, 3) заставляют трезво взглянуть на положение дела: для оптимизации послеоперационного восстановления нужна служба. Как показало исследование, 22% опрошенных во время реабилитационного периода были повторно госпитализированы в стационар терапевтического профиля. При этом лишь 25% респондентов отметили доступность регулярных визитов к кардиологу. Мы считаем целесообразным в неосложненных случаях пребывание больного в клинике в течение 6–7 суток после операции (срок наиболее вероятного развития большинства тяжелых осложнений), перенос дальнейшего реабилитационного периода в восстановительное учреждение и пребывание в нем больного в течение 14–20 суток (в зависимости от клинической ситуации). Это сократит число последующих госпитализаций, приведет к экономии средств на лечение.

подавляющее большинство больных, перенесших операцию на сердце, нуждается в активном лечении в кардиохирургическом отделении в течение первых 5–7 суток после операции. В этот срок проводятся: начальная активизация, восстановление дыхания, борьба с нарушениями ритма сердца, многочисленные инфузии, перевязки – словом, все то, что является специфическим послеоперационным лечением. В последующие дни больной продолжает восстанавливаться и расширять режим с помощью медперсонала и родственников; он уже не нуждается в пребывании в специализированной клинике, но еще не готов отправиться домой. В этот период окончательно восстанавливается физическая активность, больной получает сведения о своем заболевании и дальнейшей его профилактике, происходит подбор медикаментозной терапии перед выпиской. Практика показала, что время, необходимое на это, – еще около 10 суток (как выяснилось из опроса, при более ранней выписке пациент, прибыв домой, часто госпитализируется в стационар с дыхательными или другими проблемами). Уже на этой стадии реабилитации больной начинает вторичную профилактику заболевания, которая будет продол-

жаться дальше. Мы считаем целесообразным сдвинуть 2-ю фазу реабилитации на более ранние сроки (7 дней после операции для больных ускоренной программы и 14–15 дней – для остальной части больных) и перенести ее на специализированное реабилитационное учреждение. Именно здесь проводится оценка мотивации больного и обязательная в современных условиях стратификация индивидуального риска для участия в программе реабилитации. После такой оценки проводится нагрузочный тест и на основании его результатов определяются очертания программы физических тренировок.

Вторичная профилактика, или кардиопротективная стратегия, или 3-я фаза кардиореабилитации, – это не только программа физического тренинга. Сюда включаются усилия по контролю факторов риска атеросклероза (дислипидемия, курение, гипергликемия, артериальная гипертензия, ожирение), адекватный амбулаторный медицинский контроль и психосоциальная поддержка.

Как сделать, чтобы эта схема работала? Нам представляются наиболее важными следующие шаги:

- создать учреждения реабилитации: преобразовать имеющиеся санатории кардиологического профиля в специализированные кардиореабилитационные центры;
- провести обучение медперсонала. Организаторами обучения должны стать врачи кардиохирургической клиники;
- стандартизировать программы физического тренинга и мероприятия реабилитации в целом;
- сделать 100%-ным участие в реабилитационных программах после высокотехнологичного лечения, финансировать его, возможно, ввести реабилитационную квоту. Рентабельность государственных вложений в высокотехнологичную медицину будет высокой при обеспечении всех без исключения больных, оперированных в высокоспециализированных клиниках, бесплатным восстановительным лечением.

Мы уверены, что при правильной организации дела и заинтересованности государственных структур результат выразится в улучшении качества жизни оперированных, снижении случаев повторных сердечно-сосудистых событий и частоты повторных госпитализаций, а также в реальной экономии средств вследствие возвращения пациентов к труду и снижения трат на повторные высокотехнологичные и дорогостоящие вмешательства.