

«Активно внедрять программы реабилитации после кардиохирургических операций... возможно, только вооружившись знаниями современных клинических рекомендаций и пользуясь достижениями доказательной медицины»

Барбараш Леонид Семенович — академик РАН, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний». Заслуженный врач России, лауреат Премии Правительства РФ, почетный гражданин Кемеровской области. Инициатор создания и президент Некоммерческой организации «Кузбасский благотворительный фонд «Детское сердце».

Автор более 500 научных работ, в том числе 14 монографий, а также 67 изобретений и полезных моделей изделий медицинского назначения. Под его руководством защищены 14 докторских и 30 кандидатских диссертаций. В 1997 г. за разработку и внедрение в серийное производство новых моделей бескаркасных биопротезов и способов их консервации коллектив исследователей во главе с Л. С. Барбарашем был впервые в истории РФ удостоен премии Уолтона Лиллехая.



— **Уважаемый Леонид Семенович, насколько важна проблема внедрения мультидисциплинарного подхода к ведению больного с сердечно-сосудистой патологией?**

— Вспоминаю результаты кардиохирургических вмешательств 30–40-летней давности, когда активно начала развиваться хирургия приобретенных и врожденных пороков сердца, чуть позже — ишемической болезни сердца. К сожалению, наблюдалась очень высокая смертность. В то время отсутствие командного подхода к диагностике и лечению у врачей разных специальностей, отсутствие грамотной кардиологической школы не позволяло реализовывать весь потенциал кардиохирургии.

Концепция мультидисциплинарного подхода к ведению больного с сердечно-сосудистой патологией представлена в современных клинических рекомендациях. В Кемеровском (ранее Кузбасском) кардиологическом центре (далее — Центр), включившем Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер и Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, такой подход давно внедрен в клиническую практику благодаря объединению кардиологической и кардиохирургической служб, концентрации передовых технологий в лечебно-диагностическом процессе, созданию базы для развития науки и подготовки кадров.

В Центре создана четырехэтапная система оказания помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Первый включает активное выявление болезни на амбулаторном этапе, второй — стационарное ведение при развитии острых сосудистых событий, а также при выполнении инвазивных диагностических и лечебных процедур. Третий предполагает возможность реабилитировать пациентов в условиях загородного стационарного реабилитационного комплекса. И наконец, на четвертом этапе кардиологи амбулаторного звена осуществляют наблюдение за большими и длительную вторичную профилактику.

Следует подчеркнуть, что все кардиологи амбулаторного звена города Кемерово — сотрудники нашего Центра. Такой принцип организации позволил сконцентрировать человеческие и финансовые ресурсы. Итог — существенное снижение смертности от болезней системы кровообращения в Кемеровской области.

— **Наиболее «популярным» кардиохирургическим вмешательством является коронарное шунтирование (КШ). Что, на Ваш взгляд, выступает лимитирующим фактором для реализации всего потенциала его эффектов в России?**

— В последние годы КШ стало рутинной операцией во многих российских и зарубежных центрах. В нашей стране в 2015 году проведено более 35 тысяч шунтирующих процедур. В Кемеровской области Центр в 1980-е годы стал первым, поставившим открытую коронарную хирургию на поток. В настоящее время мы ежегодно выполняем КШ более чем 800 пациентам. Есть основания полагать,

что их число будет увеличиваться. Во-многом это обусловлено тем, что наша страна в течение нескольких десятилетий отставала от показателей западных стран по активному внедрению коронарной хирургии в практическое здравоохранение. Сейчас ситуация меняется.

Реваскуляризация миокарда — важный этап лечения пациентов с ишемической болезнью сердца. Ее результатом становится повышение качества и продолжительности жизни больных. Однако, восстанавливая проходимость стенозированного (окклюзированного) участка коронарной артерии, она не устраняет лежащий в основе ишемической болезни сердца атеросклеротический процесс. Закономерное для атеросклероза прогрессирование, вовлечение новых участков сосудистого русла и увеличение степени стенозирования ранее пораженных сосудов определяют у таких больных необходимость использования агрессивных мер вторичной профилактики. Пациент должен всю жизнь получать оптимальную медикаментозную терапию, а также следовать основным правилам немедикаментозной вторичной профилактики. Реалии клинической практики свидетельствуют о том, что далеко не все направляемые на оперативное вмешательство привержены к выполнению рекомендаций по вторичной профилактике.

По результатам исследований, проведенных в нашем Центре, через год после КШ лишь 50% пациентов в полной мере соблюдают рекомендованную схему приема лекарств и только 9% полностью прекращают курить. У многих

больных увеличивается масса тела, так как они не готовы следовать предлагаемым режимам физической реабилитации и гипохолестериновой диеты. А ведь итог в этом случае плачевный — повторные инфаркты, ишемические инсульты с летальным исходом.

Потребность в реабилитации объясняется и расширением показаний для КШ. С одной стороны, молодым пациентам необходима активная реабилитация для восстановления их трудоспособности. С другой стороны, отсутствие возрастных ограничений при проведении КШ, рост доли пожилых, больных с коморбидной патологией определяют актуальность разработки и внедрения персонализированных программ реабилитации.

До последнего времени эффективность программ реабилитации пациентов после кардиохирургических операций была не столь значительной. Внедрение новой модели медицинской реабилитации в России, ее научное обоснование, индивидуализация программ после открытых вмешательств на сердце позволили улучшить качество жизни пациентов, увеличить ее продолжительность, а также повысить число больных, возвращающихся к труду.

— Что должна включать в себя программа реабилитации после кардиохирургического вмешательства и какова ее длительность?

— Ведение больного после любого кардиохирургического вмешательства осуществляет мультидисциплинарная бригада (кардиологи стационара и амбулаторной сети, хирурги, реабилитологи, психологи), потому что, помимо традиционной медикаментозной терапии, необходимо обеспечить активную физическую реабилитацию, участие пациента в мотивационных мероприятиях, направленных на повышение приверженности к лечению. Обязательными составляющими программы должны быть встречи с психологом и образовательные лекции и семинары. Только такой комплексный подход позволит добиться должного эффекта.

Анализ результатов наших исследований позволил прийти к выводу, что образовательные программы увеличивают действенность кардиохирургических вмешательств, снижают вероятность послеоперационных осложнений. Наиболее очевидна эффективность данных программ у пациентов после протезирования клапанов сердца. Такие больные, особенно с имплантированными механическими протезами, в послеоперационном периоде должны всю жизнь принимать антикоагулянты, например варфарин, который имеет ограничения применения. К сожалению, даже при соблюдении всех

правил его приема риск кровотечений при передозировке и тромбозах и при использовании поддерживающих доз крайне высок. В связи с этим знания пациентами основных принципов дозирования варфарина чрезвычайно важны. Внедрение в нашей клинике образовательных программ позволило в два раза сократить количество осложнений при его использовании.

Послеоперационные реабилитационные программы должны быть пожизненными. Однако в первые 6 месяцев они более насыщены. Начинать такие мероприятия надо практически с первого часа после окончания операции, с больными должны заниматься врачи лечебной физкультуры. В дальнейшем пациенты под руководством инструкторов самостоятельно осваивают комплекс физических и дыхательных упражнений, а с 10–12-х послеоперационных суток дозированно занимаются на тредмиле. В нашей клинике подобные дозированные физические нагрузки в кабинете реабилитации начинаются с 5–7-х суток и в последующем продолжают на этапах стационарной и амбулаторной реабилитации.

— Леонид Семенович, насколько готовы российские клиники к проведению такой многоплановой программы реабилитации?

— Следует подчеркнуть, что отечественные кардиохирургия, кардиология и реабилитология имеют сформированные научно обоснованные программы реабилитации. Во многом успехи российской реабилитологии связаны с именем известного кардиолога, профессора Давида Мееровича Аронова. Еще в 1980-е годы Давид Меерович и его ученики обосновали и внедрились в практику программы реабилитации для пациентов с острым инфарктом миокарда, тяжелой сердечной недостаточностью. Их эффективность доказана временем. Сейчас эти программы модифицированы и для лиц, перенесших кардиохирургические вмешательства. Безусловно, сам факт стернотомии, использование искусственного кровообращения, психоэмоциональный стресс при подготовке к операции — атрибуты кардиохирургических вмешательств, отражающиеся на особенностях программ реабилитации.

В последние годы в российском здравоохранении открыты стационарные и амбулаторные отделения реабилитации. Система обязательного медицинского страхования определила тарифы оказания подобной помощи. Однако далеко не все вопросы решены. Серьезными проблемами остаются обеспечение высококвалифицированными специалистами-реабилитологами на всех этапах

ведения пациента, в первую очередь в раннем послеоперационном периоде, материально-техническое оснащение клиник и амбулаторных учреждений, оказывающих реабилитационную помощь.

У наших участковых терапевтов и кардиологов до сих пор нет убежденности в необходимости такой реабилитации. Итог очевиден — больные в послеоперационном периоде не готовы вернуться к эффективному труду и остаются на всю жизнь инвалидами. Без активного участия пациента в реабилитационных программах эффект сложного и дорогостоящего кардиохирургического вмешательства неполон и кратковременен. А активно внедрять программы реабилитации после кардиохирургических операций в реальную практику и повышать готовность больных следовать нашим рекомендациям возможно, только вооружившись знаниями современных клинических рекомендаций и пользуясь достижениями доказательной медицины.

— Как решается вопрос подготовки врачебных кадров, в том числе с позиций мультидисциплинарного подхода, в вашем регионе?

— К сожалению, до сих пор здравоохранение России испытывает колоссальный дефицит кадров, и наша область — не исключение. Понимая, что этот вопрос требует решения, в 2000 году на базе Кемеровского медицинского университета мы создали единственную в России кафедру кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, где обучение проходят не только клинические ординаторы и врачи, но и студенты. Рассмотрение одной и той же диагностической проблемы с позиций кардиолога и сердечно-сосудистого хирурга позволяет уже у студента сформировать представление о патологии на основе междисциплинарного подхода.

Подготовка любого специалиста невозможна без научно-исследовательского поиска. В настоящее время Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний располагает высокотехнологичной диагностической и лечебной базой и научными лабораториями. Это одно из крупнейших учреждений за Уралом, которое проводит фундаментальные и прикладные исследования в области хирургии сердца и сосудов. Я глубоко убежден, что только постоянно занимающиеся научным поиском и анализом врачи и студенты могут быть передовыми специалистами.

Специально для *Доктор.Ру*
Темерханова К. Ф.