

«Переход к технологиям быстрого восстановления — веление времени»

Лядов Константин Викторович — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России. Состоит членом рабочей группы по кардиореабилитации Европейского общества кардиологов, редсовета журнала «Вестник восстановительной медицины».

Имеет награды: «Отличник здравоохранения», медаль «За заслуги перед отечественным здравоохранением». Автор 12 монографий, более 300 статей



— Константин Викторович, Ваш центр широко известен, в том числе и внедрением новейших медицинских технологий. Речь сегодня пойдет о технологии Fast Track. Что стало причиной ее внедрения?

— На мой взгляд, Fast Track — это в первую очередь экономика и лишь потом все остальное. Технология Fast Track появилась только тогда, когда стало понятно, что финансовые ресурсы не бесконечны, но медицинскую помощь необходимо оказывать на достаточно высоком уровне в максимально короткие сроки. Поэтому стали возникать разные подходы, появилось большое количество работ, аналитических обзоров, посвященных тому, что нужно сделать, чтобы сократить сроки лечения, улучшить результаты, пролечить большее количество пациентов с меньшими затратами. Именно сейчас актуальность Fast Track для России крайне высока, потому что мы с января этого года перешли на одноканальное финансирование, бюджетного финансирования практически нет. Каждое учреждение должно быть заинтересовано в том, чтобы максимально эффективно вылечить пациента и при этом быть финансово самостоятельным.

Что касается отдельных компонентов Fast Track, мы и до появления этого названия давно ими занимались, мы всегда стараемся сделать операцию быстрее и с лучшим результатом, но сейчас ситуация требует еще более быстрых решений, поисков оптимальных подходов, поскольку поменялась система функционирования и финансирования здравоохранения.

— Но ведь Fast Track не ограничивается пределами стационара?

— Он выходит за пределы стационара. Проблема в том, что все деньги на амбулаторную помощь в рамках подушевого норматива остаются в поликлинике. И поликлиника на эту часть деятельности стационару денег не даст. Это значит, что первичные консультации, даже если мы пишем рекомендации поликлинике, возлагаются на стационар. Поэтому стационар должен думать, за счет каких средств он будет их осуществлять.

Если мы говорим о быстрой госпитализации, операции в день госпитализации, то такой подход изменяет технологию нашей работы, поскольку перед операцией пациент должен быть осмотрен анестезиологом. Хотя классический Fast Track — госпитализация в день операции, мы госпитализируем пациента за день до нее, если планируются серьезные операции, эндопротезирование, обширные онкологические вмешательства. Но если речь идет о плановой холецистэктомии или плановой дермопластике, то предварительно обследованного больного мы можем госпитализировать в день операции, и анестезиолог его обследует непосредственно перед отправкой в операционную.

— Почему вопросы внедрения Fast Track особенно важны для хирургии?

— Нужно понимать, отчего возникают рекомендации по Fast Track. Посыл был абсолютно правильный: пациент после операции должен как можно быстрее активизироваться, а если у него стоят один-три дренажа, то ему больно, он не может дышать, не может ходить, делать упражнения. Поэтому мы действуем двумя путями: пытаемся его обезболить, если пациент с дренажами, или пытаемся убрать дренажи как источник боли.

Прогресс анестезиологии настолько велик, что адекватное обезболивание позволяет оставить дренаж при обширных лимфодиссекциях, кровопотерях, при ревизионном эндопротезировании, когда неправильно, наверное, обходиться без дренажа. Fast Track не догма, это комплекс мероприятий, часть из них уже доказаны, а часть разрабатываем сами, от чего-то отказываемся, что-то внедряем.

Доказано, что пациента нужно поднимать с постели в день операции. Не надо бояться, в большинстве случаев это удастся. Есть масса интересных работ. Например, ортопеды в Великобритании показали, что если пациента после эндопротезирования поднять в день операции, то длительность пребывания его в стационаре сократится на два дня. Помимо ранней активизации, очень важно во всех случаях стремиться к адекватному обезболиванию. Большое значение имеют комфорт для больного, его стабильная динамика, отсутствие боли и физическая и функциональная готовность к выписке. Обязательно в бригаду врачей включается психолог: он приходит в реанимацию и общается с пациентом, чтобы убедить его встать без страха. А дальше помощь оказывают инструкторы ЛФК.

— Как Вы однажды справедливо сказали, Fast Track ломает привычки, складывавшиеся десятилетиями, — и у врача, и у пациента. Это тяжело?

— Повторюсь, Fast Track не догма, все должен определять врач. Казалось бы, что может быть проще: наложить рассасывающийся шов и не класть марлевую салфетку, которую нужно часто менять, а использовать специальный клей, который сам снимется. Но в случаях больших обширных вмешательств

у тучных больных при непрерывном шве встречается скопление лимфы в подкожной клетчатке. Даже если мы не считаем это осложнением, пациенту не очень комфортно, когда у него через пять дней после выписки в районе шва что-то «взбухает». Узловые швы в этом плане безопаснее (но надо понимать, что пациенту их нужно потом снимать, то есть идти в поликлинику или возвращаться в больницу). Поэтому мы не можем сказать, что внутрикожные рассасывающиеся швы — непреложный выбор при всех обстоятельствах. Хирург должен определять, что именно делать и когда.

Все анестезиологи уже согласны, и вся мировая практика говорит о том, что нельзя голодать перед операцией и за 2 часа до нее нужно выпить какую-то высокоэнергетическую жидкость. С этим трудно спорить, но и здесь могут быть нюансы: возможно нарушение эвакуации, моторики, важно знать, о какой операции идет речь. Ведь все делается для того, чтобы улучшилась перистальтика, не было голодания, чтобы не нужна была глюкоза. При 30-минутной холецистэктомии можно не заставлять анестезиолога волноваться, но для тяжелой большой операции это критично, большой не должен быть голодным, у него должна быть энергия. И здесь мы вынуждены ломать стереотипы: все — и врачи, и больные — считают, что перед операцией необходимо голодать.

— Это касается и традиционных, и лапароскопических операций?

— Я активный сторонник лапароскопии, и мы активно ее внедряем, но следует помнить, что один из основоположников Fast Track, доктор Келлет, доказывал: если тщательно, нетравматично делать открытые операции, то выписывать больных можно на тот же второй день, что и после лапароскопических операций; с точки зрения удовлетворенности пациента и обезболивающих эффектов лапароскопические вмешательства не имеют никаких преимуществ перед открытыми. Поскольку такие операции очень дороги, стояла задача понять, можно ли традиционным путем добиться того же результата, что при лапароскопии. Келлет блестяще доказал, что можно, и с этого началась

разработка целого комплекса мероприятий, известного теперь всему миру. При четком его соблюдении (и наши колопроктологи это тоже подтвердили), спустя 30 дней преимущества лапароскопической операции нивелируются: пациенту через семь дней после лапароскопии становится лучше, через 15 дней — еще немного лучше, а через 30 дней состояние после любых правильно выполненных операций идентично.

— Каковы перспективы развития технологии Fast Track в России?

— Мы обсуждали это на последнем съезде московских хирургов, и все согласилось, что в нашей стране перспективы Fast Track радужными не представляются. Скандинавские страны при их высочайшей ответственности врачей перед обществом не могут себе позволить, чтобы пациенту было хуже, вот и мы должны об этом помнить все время и понимать, что идеал — это не быстрая выписка, а максимальная удовлетворенность пациента.

— В экономическом плане Вам удалось ощутить изменения после внедрения технологии Fast Track?

— Fast Track позволяет работать быстрее и чувствовать себя гораздо увереннее при нынешней системе финансирования. На это, собственно, и направлены реформы, в этом мы в абсолютном консенсусе с государством. Неважно, государственная клиника или не государственная, задача наша — чтобы пациент получил необходимые услуги за те деньги, что нам выделяются. У нас есть тариф, и государство платит столько же, сколько во всем мире. Если мы свою работу наладили таким образом, что нам этих денег хватает, то мы молодцы, пациенты к нам идут. Если через год кто-то разорется, а государство говорит, что у него денег нет, значит, придется репрофилировать учреждение.

Возникают большие опасения, когда мы переходим от оплаты по законченному случаю к оплате только по клинико-статистическим группам. Мне, например, нужно 100 рублей на операцию, а дают только 50 в этой груп-

пе. Необходимо оптимизировать работу своих отделений, своих врачей, чтобы они выполняли максимальный объем помощи, добиваясь максимальной эффективности, и укладывались в эти средние 50 рублей. Есть статистика, чем болеют люди, вводятся коэффициенты (коэффициент на сложность, на инновации, на возраст), по таким усредненным показателям работает весь мир.

— Какие изменения в штатах влечет за собой внедрение технологии Fast Track?

— Возьмем, например, опыт наших западных коллег, где хирурги в большей степени занимаются операциями и в меньшей — больными. Есть такие отзывы наших пациентов или специалистов о западных клиниках, что их врачи о больном не думают и с ним вообще не общаются: отрезали и забыли. Но это не совсем так, о больном они думают, просто ориентируются на другие критерии: на анализы, на данные диагностики и так далее. Хирург — это дорогостоящий специалист, и там не считают правильным, чтобы врач сидел и опрашивал пациента или приходил к нему 3 раза в день, спрашивал, как он себя чувствует, и трогал его живот. С их точки зрения, это просто нерациональная трата, неэффективное использование средств, поэтому место хирурга — в операционной! А функции контакта с пациентом берет на себя медсестра, и команде медсестер уделяется в Fast Track огромное внимание. Мы должны по-другому подготавливать медсестер, передавать им больше ответственности.

Это большие структурные преобразования, перестройка психологии, изменение структуры штатного расписания, структуры оплаты труда и так далее. Все, кто занимается Fast Track, очень много ездят, учатся, чтобы понять, как все организовывалось.

— Правильно ли я понимаю, что в нынешней ситуации в медицине Fast Track вынужденно станет основной технологией?

— Я считаю, да, переход к технологиям быстрого восстановления — веление времени.