

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. Реабилитация как часть медицины.....	7
ГЛАВА 2. Философия медицинской реабилитации.....	19
ГЛАВА 3. Качество жизни как наивысший приоритет реабилитологии	33
ГЛАВА 4. Проект медицинской реабилитации	42
ГЛАВА 5. Пациент, семья и социум.....	66
ГЛАВА 6. Многопрофильная реабилитационная команда.....	77
ГЛАВА 7. Ранняя реабилитация.....	91
ГЛАВА 8. Активные методики в реабилитации	117
ГЛАВА 9. Психологические аспекты реабилитации и мотивация пациента.....	131
ГЛАВА 10. Возврат к активной жизни после реабилитации	152
ПОСЛЕСЛОВИЕ С «КОРОНОЙ»	170

ВВЕДЕНИЕ

НЕСКОЛЬКО СЛОВ О СЕБЕ, ИЛИ КАК Я ПРИШЕЛ В РЕАБИЛИТОЛОГИЮ

Неважно, почему я решил стать врачом. Конечно, я могу проанализировать причины и даже прийти к каким-то вразумительным выводам, но это не принципиально. По-настоящему важно то, что уже на третьем курсе, сразу после начала клинических занятий, я понял, что ошибся... Не мое это, не складывается. В самом институте жизнь была ключом, да и я был слишком молод, чтобы принимать столь крутые решения, — в итоге институт я все-таки окончил, диплом получил и решил стать хирургом. Это было уже вполне осмысленно, принимая во внимание то, что руки у меня хорошие и сама профессия казалась загадочной. Поработал, успешно защитил диссертацию по пересадке печени... И понял, что все равно это не мое. Помню даже, когда я это понял...

Обычное ночное дежурство в хирургическом отделении Рижской больницы Латвийского бассейна. Меня разбудил среди ночи тихий стук в ординаторскую. Совсем молодая девушка, которой мы днем прооперировали обычный аппендицит, извиняясь и держась за живот, просит разрешения войти и поговорить. «Конечно, заходите, какие-то проблемы?» — говорю я. «Нет, доктор, — отвечает. — Болит, но я понимаю, что в день операции это нормально, меня волнует другое. У меня теперь рубец на животе останется, да? — Пациентка начинает рыдать. — Я же замуж собиралась, детей хотела, как же теперь?» Помню свой шок... Рядовая простейшая операция без осложнений, вероятнее всего, и рубца-то после заживления разглядеть не удастся, а уж связи с «замуж» и «дети» совсем не просматривается. Успокоив ее, объяснив и проводив в палату, уже сидя в одиночестве, я понял, что если бы с ней просто кто-то поговорил после операции, то

этой реакции в сопровождении всех негативных эмоций можно было бы избежать. Кто-то, например я. Просто увидеть человека с его далеко не всегда оправданными страхами, а не носителя воспалившегося отростка, который необходимо удалить.

По сути, именно возникшее желание работать с человеком, а не с телом, в совокупности с тогдашним увлечением массажем и привело меня в физиотерапию. Итак, я приехал в Израиль, будучи советским физиотерапевтом, в чьем багаже помимо обычной утвари имелись навыки массажа, мануальной терапии, знание принципов электролечения и прочие умения, подтвержденные соответствующими дипломами.

Довольно быстро пришло понимание того, что весь мой профессиональный багаж, как и большинство непрофессионального, в новой стране совершенно неприменим... Врачей-физиотерапевтов тут не водится, но зато есть такая профессия, как врач-реабилитолог, которую я нашел самой близкой мне по духу. Время показало, что в этот раз я не ошибся, и мир медицинской реабилитации на тридцать лет стал для меня настоящим профессиональным домом — уютным, родным и любимым...

Квинтэссенция, или О чем пойдет разговор далее

Медицинская реабилитация, конечно же, является неотъемлемой частью медицины — особенной, сильно непохожей на большинство разделов медицинской науки и практики, но все же неразрывно с ней связанной (глава 1). Философия реабилитации основана на принятии права любого человека на оптимальное качество жизни, даже при наличии серьезных проблем со здоровьем (глава 2). Именно повышение качества жизни, сниженного в результате нарушения здоровья, и является наивысшим приоритетом практической реабилитации как проекта (глава 3). Проекта, имеющего свои этапы, задачи

и принципы и неизменно нацеленного на достижение сформулированных и объективизированных функциональных целей (глава 4).

Процесс реабилитации, так же как и качество жизни, сугубо индивидуален, направлен на конкретного пациента, его семью и социум (глава 5). Они не просто в центре, а являются полноправными членами многопрофильной профессиональной команды, работающей как единое целое для достижения поставленных целей (глава 6).

Снижение функциональных способностей в результате болезни или травмы должно стимулировать раннее начало реабилитационного процесса (глава 7). Для достижения улучшения состояния, как правило, требуется применение активных реабилитационных методик в интенсивном режиме, хотя и в этом аспекте необходим индивидуальный подход (глава 8). Работа долгая, сложная, требующая полной мобилизации пациента и его высокой мотивации — как в процессе собственно реабилитации, так и в ходе самостоятельных тренировок (глава 9). В результате этого процесса мы стремимся вернуть пострадавшего к максимально активной жизни в семье и социуме при оптимальном ее (жизни) качестве (глава 10).

Врачу

- При любых признаках снижения уровня функционирования и качества жизни обдумай возможность реабилитационного лечения.

Пациенту

- Если не получается то, что до болезни получалось легко, обдумай обращение за консультацией реабилитолога.

ГЛАВА 1

РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ЧАСТЬ МЕДИЦИНЫ

Единство и борьба противоположностей, или Вместе мы сможем

Объектом деятельности медицины является болезнь. Это не хорошо и не плохо — это просто данность. Учебники любой медицинской специальности описывают болезни, их диагностику и лечение. Более того, объем знаний, увеличивающийся постоянно и с нарастающей скоростью, приводит к необходимости сужения специализации, концентрации внимания врача на конкретной патологии или группе заболеваний. Это правильно, по-другому и быть не может. Успехи и развитие медицины основаны на таком подходе. Главное — выявить причину, поставить диагноз и вылечить заболевание... Но где же тут сам человек, помимо того что он является носителем болезни и вынужден участвовать во всем этом подчас очень непростом действе? Человек как единое целое со всеми его мыслями, способностями, страхами. Он есть, он присутствует, но он в лечебной медицине не главный...

Реабилитация же, напротив, занимается исключительно человеком во всем его многообразии, единении физического и психологического, с учетом его личности и социального окружения. Именно человек является объектом работы реабилитационной системы, при всем уважении к Ее Величеству БОЛЕЗНИ.

Примечательно, что в одном из документов Всемирной организации здравоохранения ведущей стратегией в области ме-

дицины в XXI веке названа медицинская реабилитация. Стоит отметить, что в XIX веке это была стратегия профилактики заболевания, а в XX — лечебная. И это не случайно...

Реабилитология — направление относительно новое. Первое отделение медицинской реабилитации появилось в 1936 году в США, а первая клиника — в 1940-м в Израиле. Раньше как пациенту, так и врачу было достаточно вылечить заболевание, а если это невозможно — облегчить симптомы. Сегодня этого недостаточно обоим: больной хочет максимально вернуться к активной и качественной жизни дома и в обществе, а врач — видеть максимально довольного и улыбающегося пациента. Без процесса реабилитации во многих случаях это затруднительно. Понимание важности реабилитации растет из года в год во всех странах, что приводит к постоянному росту потребности в услугах нашей специальности. Свежее исследование, опубликованное в *Lancet*, одном из ведущих мировых медицинских журналов, 1 декабря 2020 года, показало, что количество людей, которым необходима реабилитация, выросло в мире на 63% с 1990 по 2019 год, и сегодня каждый третий человек на земном шаре пользуется услугами этой сферы медицины как минимум один раз в жизни.

Классический взгляд на реабилитацию представляет ее как третий, завершающий этап общего медицинского процесса: диагностика — лечение — реабилитация. Концептуально это абсолютно верно и реально отражает естественное течение событий. Однако не стоит понимать эту этапность буквально, так как сегодня подходы меняются и в части случаев реабилитация необходима еще в процессе основного лечения, а иногда и до постановки медицинского диагноза. Например, обучение пациента навыкам передвижения с ходунками еще до проведения операции по замене коленного сустава существенно повышает эффективность реабилитации после операции.

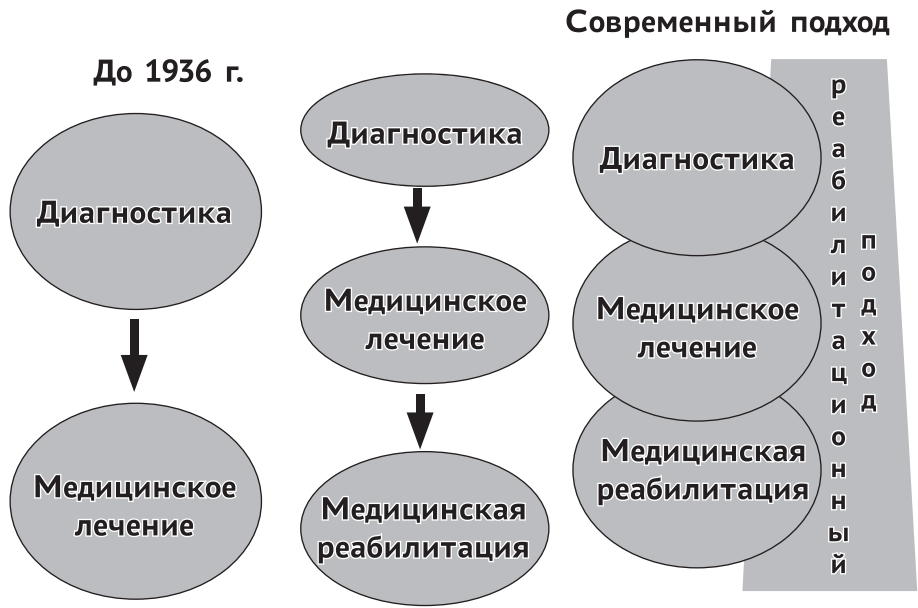


Рис. 1. Схема взаимоотношений лечебной и реабилитационной медицины и реабилитационного подхода

Различия между реабилитацией и другими направлениями медицины абсолютно не означают антагонизм или разрыв между ними. Напротив, именно четкое взаимодействие между врачом-лечебником и врачом-реабилитологом приведет к оптимальному медицинскому и функциональному результату. Особенно это эффективно в сложных случаях.

Меня вызвали посмотреть больную в отделение онкогематологии. Поначалу даже удивился — зачем? Рак крови, получает химиотерапию... Чем мы можем помочь на этой стадии? То, что ситуация неординарная, понял сразу по приглашению на чашечку кофе к заведующим еще до осмотра пациентки. Коллеги подробно описали положение... 62 года, активная женщина, болезнь реагирует на химиотерапию, но после первого курса общее состояние просто катастрофическое: больная с трудом шевелит руками, о том, чтобы встать с постели, речи вообще не может быть. «В таком состоянии второй курс химиотерапии

просто убьет больную. Но ей нужно еще несколько, после чего можно будет провести трансплантацию костного мозга, и это будет победа. Попробуйте поставить ее на ноги...» Легко сказать... Посмотрел больную: лежащая, совершенно неподвижная, даже руку поднять не в состоянии. Но на этом неподвижном теле сияли голубые глаза. В этих глазах горела жажда жизни, да и словами пациентка четко выражала готовность бороться. Поговорил с командой в отделении, и мы решили попробовать. Было страшно во всех смыслах, причем трудности конкретно реабилитации были совсем не главными. Медицинская нестабильность при нахождении в реабилитационном отделении — история не самая приемлемая. Гематологи приходили чуть ли не каждый день, отслеживали анализы, помогали корректировать. А команда просто работала, используя на полную катушку высочайшую мотивацию пациентки.

Поставили на ходунки за три недели и вернули на следующий курс химиотерапии уже самостоятельной, хоть и слабой. Самое интересное, что после второго курса такого катастрофического ухудшения состояния не было, но в свое отделение мы ее все-таки вернули... И так три раза до выписки на пересадку костного мозга.

Редкая ситуация для реабилитации, когда тебя благодарят за то, что ты и твоя команда в буквальном смысле слова спасли жизнь, — мы все-таки больше специализируемся в области улучшения качества жизни, в отличие от наших коллег-лечебников. Но тут и правда совместными усилиями...

Реабилитационный подход в лечебной медицине, или Что не менее важно

Современная медицина работает на основе четких, научно доказанных и проверенных временем алгоритмов. Не вдаваясь в подробности, основными параметрами, которые принимаются в расчет, являются различные проявления болезни, такие как симптомы, имеющиеся у пациента, результаты анализов и показатели других методов диагностики. На основании этих же данных оценивается результат лечения — успех

или неудача. Снизилась ли температура, прошел ли насморк, нормализовался ли уровень гемоглобина в крови, исчезли ли признаки воспаления легких на снимке, появилась ли костная мозоль на компьютерной томографии после перелома — список бесконечен и специфичен для каждой болезни. На основании совокупности таких данных врач гордо заявляет больному: «Поздравляю, болезнь мы победили!»

Но так ли это? Достаточно ли этого списка для подобного утверждения?

Несколько лет назад, когда я уже достаточно долгое время работал реабилитологом, мы с женой в России попали в аварию. Зима, гололед, дорога из Иваново в Москву, довольно далеко от столичных клиник и вообще от жилья. На зимней дороге на нашу полосу выбросило встречную машину. Ехали медленно, но все равно — лобовое столкновение, обе машины вдребезги... Удовольствие то еще. Сидел сзади, держал руку на животе под ремнем безопасности, так что при ударе ее там и зажало. В итоге рука отекала, болела и совершенно не двигалась. Ждать помощи нам пришлось долго, еще и на морозе, который для нас, израильтян, практически несовместим с жизнью... Осмотрелся, что все живы, успокоился, уровень адреналина упал, и тут внезапно приспичило... Пришло понимание, что до туалета ближайшей больницы я не доеду, необходимо идти в лес. Выползаю на обочину в снег. Одна рука пострадала в аварии, другая страшно замерзла и не двигается. До меня доходит, что я, к сожалению, с этим простейшим физиологическим процессом справиться не могу. Надо сказать, новая для меня и очень неприятная мысль: «Не смогу расстегнуть брюки». Опусти подробности, справился, но ощущение запало в память. Когда мы добрались до районной больницы и сделали рентген, очень внимательный врач-травматолог приемного покоя радостно мне сообщил: «Коллега, поздравляю, все в полном порядке, на снимке перелома нет». Помню когнитивный диссонанс: как же все в полном порядке, когда самому помочиться не получается? Классика жанра... Кстати сказать, вторая рука отогрелась быстро, а вот поврежденная мешала жить несколько месяцев. Видимо, все же не все рентген решает...

Реабилитационный подход в лечебной медицине подразумевает два основных аспекта. Первый — уважительное отношение к функционированию пациента на всех этапах диагностики и лечения заболевания. Даже на этапе приемного покоя важно понимание ограничений способностей пациента в результате заболевания или травмы. Важно не только для пациента и его семьи, но и для лечащего врача. Боль является не только симптомом болезни, но и серьезным фактором, мешающим больному жить в обычном режиме. И важно оценить, насколько она мешает пациенту, в том числе и для принятия оптимальных медицинских решений. Начиная от элементарного вопроса о необходимости выписать больничный и заканчивая направлением на операцию.

Второй аспект — приложение усилий к вовлечению пациента и его семьи в реальный медицинский процесс. Когда человек понимает, что с ним происходит и как это повлияет на его жизнь во всех ее сферах, он трансформируется из пассивного (и чаще депрессивного) наблюдателя в активного и, как правило, позитивного участника. Причем именно активного. Все просто: надо найти время и желание и объяснить, ответить на вопросы, настроить на «что дальше?».

Самое интересное, что ответ на этот банальный вопрос не так прост для большинства пациентов, как кажется большинству врачей. И пресловутая доступность информации, заполнившей просторы интернета, самым парадоксальным образом не решает проблемы. Исторически, особенно в России, рабочий алгоритм болезни в глазах общественного мнения был «НЕЛЬЗЯ», причем именно большими буквами. Нельзя вставать, перетруждаться, открывать окно, наступать на ногу и так далее. Когда болен, нужно не шевелиться, отдыхать и ждать... Естественно, пока выздоровеешь, пока все твои симптомы исчезнут. Само собой, если вдруг что-то по ошибке можно, то пациент ожидает, что врач это объяснит. Сегодня тенденция в корне изменилась, то есть доказано, что «МОЖНО» и даже нужно, и чем активнее, тем лучше, но больные

по-прежнему боятся, а врачи по-прежнему не говорят либо говорят недостаточно. Даже если в интернете написано, что очень важно с воспалением легких встать с постели и ходить, а также проветрить спальню, больному страшно, что это написано в общем, но в его конкретном случае может навредить.

Врачу

- Выясни и подумай о функциональных аспектах болезни.
- Поговори с пациентом, ответь на вопросы либо самостоятельно их сформулируй и тогда ответь.

Пациенту

- Не бывает глупых вопросов, бывает их недостаточно.
- Спроси, что нельзя, все остальное можно.

Болезнь и нездоровье, или Давайте посмотрим глазами пациента

Понятия болезни и нездоровья известны давно, но их суть как-то подзабыта в медицинской практике. Болезнь, как правило, определяется диагнозом и используется врачами для обмена информацией с коллегами, а также больными, их семьями и обществом. Нездоровье же определяется ощущением самого пациента и степенью влияния нарушений здоровья на его жизнь и функционирование. Первое понятие объективно, второе, напротив, абсолютно субъективно и зависит не только от диагноза и степени тяжести заболевания, но и от человека, его семьи, социума и обстоятельств. Врач-лечебник оперирует понятием болезни, реабилитолог в основном концентрируется на коррекции нездоровья.

В чем же столь принципиальная разница? Полагаю, что легче всего проиллюстрировать ответ на этот закономерный вопрос с помощью примеров из жизни...

Прием в клинике реабилитации после коронавирусной инфекции. Клиника консультативная, задача — проведение оценки функционального состояния пациента после COVID-19 и построение необходимой реабилитационной программы.

Женщина, 36 лет, домохозяйка, проживает с мужем и пятью детьми от года до восьми лет в городском доме на третьем этаже без лифта, до болезни совершенно самостоятельная и активная. Пять месяцев назад перенесла коронавирусную инфекцию в относительно легкой форме, в госпитализации не нуждалась; несмотря на затруднение дыхания, обходилась без кислорода, оставалась дома. Направлена семейным врачом в результате жалоб на невозможность функционировать дома, выраженную утомляемость, слабость, сниженное настроение и тревогу.

Пришла на прием с мужем, при первом же взгляде становятся очевидными признаки реактивной депрессии: заплаканные глаза, опущенные плечи, медленная и неуверенная походка. Формальное медицинское и неврологическое обследование не выявляет никаких отклонений. Если определить одной фразой жалобы пациентки, то это будет «НЕТ СИЛ» — именно так, большими буквами. «Ничего не могу делать дома, валюсь с ног. Мужу пришлось с работы уйти, дети-то маленькие». И слезы в три ручья... В общем, катастрофа, по-другому не скажешь.

Что же получается? Симптомов почти нет, серьезного диагноза не напишешь, ну разве что «последствия коронавирусной инфекции в легкой форме». Не впечатляет. А нездоровье зашкаливает, да и только. Тащить дом с пятью маленькими детьми — это вам не за кульманом сидеть. Силы нужны, а их-то как раз и нет.

Лечебной медицине делать тут особо нечего, а вот реабилитация чувствует себя в данной ситуации как дома. Построить программу постепенного возвращения к прежним способностям, проинструктировать пациентку, мужа, расписать комплекс физических упражнений для борьбы с утомляемостью — и процесс пошел. Естественно, диссонанс может быть и в обратном направлении — например, раковая опухоль на ранних этапах может и не приводить к функциональным нарушениям, несмотря на серьезность заболева-

ния, — но это уже, соответственно, к онкологам и потому не для данной книги.

Моя жена как-то показала родинку на ступне знакомому дерматологу. Поправив очки, тот вынес весьма неожиданный для нас вердикт: «Что-то мне не нравится, давай уберем». Сказано — сделано, убрали. Сама операция заняла полминуты: скальпелем вжик, и все — нет родинки, даже швы не потребовались. Все довольны, врач говорит: «Можете забыть!» Жена приходит домой и начинает выбирать на завтра обувь — на работу идти. И тут — кошмар, ничего не надеть! Родинка была на тыльной стороне между первым и вторым пальцами, как раз там, где любая женская обувь жмет. «Это что же, брать больничный? Я не могу, у меня завтра важное заседание, отменить которое из-за родинки на ступне просто невыносимо, да и семейный врач по этому поводу больничный не даст». И снова: болезнь — «можете забыть», а нездоровье — «кошмар ужасный». Выкрутились: у меня заседания не было, так что на день превратился в водителя.

Ни в коем случае не умаляя ведущую роль работы с болезнью в реалиях лечебной медицины, скажу, что чуткое обращение с ощущениями пациента и с его личной оценкой нездоровья однозначно повысит качество работы врача и медицинского учреждения в целом. Да и впечатления пациента от полученного лечения без сомнения улучшатся.

Врачу

- Попробуй посмотреть глазами пациента.
- Спроси, что его пугает в медицинской проблеме, что мешает жить.

Пациенту

- Не жди, когда тебя спросят, расскажи сам, чем болезнь мешает тебе жить.
- Спроси, как можно облегчить ситуацию с точки зрения качества жизни.
- Проконсультируйся с реабилитологом.

Медицинская статистика и индивидуальность, или Где я в таблице

Я как реабилитолог боюсь лечебной медицины и к своим коллегам, даже к тем, с которыми дружу и которым доверяю как себе самому, хожу с опаской и только когда нет другого выхода. Прекрасно понимаю, что впечатление необъективное и связано оно с тем, что успешные случаи ко мне не попадают, а таких однозначно большинство. Ко мне же попадают неудачи и даже катастрофы медицинской индустрии... Но несмотря на понимание, что их статистически не много, охота лечиться пропадает. Помню, когда я начинал свою профессиональную карьеру в Израиле в реабилитационном центре «Левинштейн», очень злился на довольно частые тогда случаи осложнений после хирургического удаления тромбоза общей сонной артерии. История стандартная: пожилой больной обращается к семейному врачу с жалобами на головокружения. Врач назначает установленный список обследований, включающий анализ кровотока сонных артерий, и — о ужас! — выявляется существенный тромбоз артерии со снижением кровотока. Вызваны ли головокружения пациента именно этим, непонятно, и доказать это невозможно. Это даже не вопрос, так как по стандартному алгоритму, подтвержденному статистическими исследованиями, надо оперировать. То есть более опасно не оперировать, чем оперировать. Больной может, конечно, отказаться, но что он понимает, этот больной, особенно когда врач объясняет и советует? Естественно, у большинства пациентов все складывается благополучно, иначе бы наука не рекомендовала операцию. Даже если головокружения не исчезают, риск инсульта достоверно снижается. И это отлично, но этих больных я не вижу, а вижу других, у которых операция привела к обширному инсульту с параличом и всеми остальными «прелестями» этой катастрофы... Проблему головокружения, конечно, решили, уже не до головокружений, но больного и его семью жалко.