



Включение подготовленного окружения пациента в процесс ранней реабилитации онкохирургических пациентов в отделении анестезиологии и реанимации

Айрат Кашифович Саетгараев^{1,2}, Игорь Леонидович Максимов^{1*},
Игорь Ильдусович Закиров^{1,3}, Ильсур Васильевич Шаймарданов²,
Ираида Андреевна Григорьева¹, Марина Элисовна Гурылёва¹

¹Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия;

²Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Казань, Россия;

³Детская республиканская клиническая больница, г. Казань, Россия

Реферат

Цель. Изучение влияния обученного окружения гериатрических онкохирургических пациентов на качество проводимых мероприятий в комплексе ранней послеоперационной реабилитации в отделении анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии.

Методы. В исследование включены 96 пациентов в возрасте $73,3 \pm 7,1$ года, прооперированных в клинике неотложной онкохирургии Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ в 2016–2020 гг. Пациенты, схожие по возрасту, тяжести состояния (ШЕ по шкале Американского общества анестезиологов) и объёму операционного вмешательства, разделены на три равные группы: в первой общепринятые мероприятия по ранней реабилитации проводил медицинский персонал; во второй к реабилитации дополнительно привлекали подготовленное окружение пациента; в третьей (контрольной) группе раннюю реабилитацию не проводили. Оценивали качество нутритивной поддержки и противопролежневых мероприятий, когнитивные функции. Для статистической обработки использованы пакеты прикладных программ Microsoft Excel 2007 и IBM SPSS Statistics 20. Достоверность полученных данных определяли с помощью теста χ^2 при значении $p < 0,05$.

Результаты. Привлечение предварительно подготовленных родственников позволило снизить частоту развития пролежней IV степени до 0%. Отмечена достоверная разница в усвоенном объёме энтеральной пероральной диеты ($180,6 \pm 20,8$; $240,6 \pm 20,8$ и $80,5 \pm 10,2$ мл соответственно; $p < 0,05$) и уровне альбумина в сыворотке крови на 11-е сутки после операции ($26,8 \pm 1,5$; $28,9 \pm 1,2$ и $24,2 \pm 1,1$ г/л соответственно; $p < 0,05$). Усвоение энтеральной пероральной диеты во второй группе улучшилось в 3 раза в сравнении с контрольной группой и в 1,5 раза в сравнении с первой группой ($p < 0,05$). Показатели психического статуса по краткой шкале оценки психического статуса на 6-е сутки составили $23,3 \pm 1,1$; $25,3 \pm 1,1$ и $21,2 \pm 1,2$ балла ($p < 0,05$) соответственно.

Вывод. Рационально организованный процесс подготовки окружения пациента по осуществлению ухода, участию в реабилитационных мероприятиях и профилактике возможных осложнений позволяет улучшить конечные результаты медицинского вмешательства и снизить частоту возникновения возможных послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: информирование, подготовка, обучение, пациент, окружение пациента, послеоперационные осложнения, реабилитация, пожилой и старческий возраст, отделение интенсивной терапии.

Для цитирования: Саетгараев А.К., Максимов И.Л., Закиров И.И., Шаймарданов И.В., Григорьева И.А., Гурылёва М.Э. Включение подготовленного окружения пациента в процесс ранней реабилитации онкохирургических пациентов в отделении анестезиологии и реанимации. *Казанский мед. ж.* 2021; 102 (3): 373–380. DOI: 10.17816/KMJ2021-373.

Inclusion of the prepared patient relatives in the process of early rehabilitation of onco-surgical patients in the department of anesthesiology and intensive care

A.K. Saetgaraev^{1,2}, I.L. Maximov¹, I.I. Zakirov^{1,3}, I.V. Shaymardanov^{1,2}, I.A. Grigoreva¹, M.E. Guryleva¹

¹Kazan State Medical University Kazan, Russia;

²Tatarstan Cancer Center, Kazan, Russia;

³Children's Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia

Abstract

Aim. To study the influence of the trained environment of geriatric onco-surgical patients on the quality of the interventions in the complex of early postoperative rehabilitation in the Intensive Care Unit (ICU).

Methods. The 96 patients aged 73.3±7.1 years operated on in the emergency onco-surgery clinic of the Tatarstan Cancer Center of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan between 2016 and 2020. Patients, similar in age and condition (American Society of Anaesthesiologists' Physical Status category IIIE) were divided into three equal groups: the first group — generally accepted measures for early rehabilitation were carried out by medical staff; the second group — the prepared relatives of the patient was additionally involved in rehabilitation; the control group — early rehabilitation was not carried out. The quality of nutritional support and measures to prevent pressure ulcers, cognitive function were assessed. Statistical processing was performed by using Microsoft Excel 2007 and IBM SPSS Statistics version 20 software. The statistical significance of data was determined by using the chi-square test at $p < 0.05$.

Results. The involvement of previously trained relatives made it possible to reduce the incidence of pressure ulcers grade IV to 0%. There was a significant difference in the volume of assimilated enteral oral feeding (180.6±20.8; 240.6±20.8; 80.5±10.2; $p < 0.05$) and the serum albumin level by 11 days after surgery (26.8±1.5; 28.9±1.2; 24.2±1.1 g/L, respectively; $p < 0.05$). Assimilation of enteral oral feeding improved 3 times compared with the control group and 1.5 times compared with the first group ($p < 0.05$). Indicators of cognitive status by the Mini Mental State Examination (MMSE) on the 6th day were 23.3±1.1; 25.3±1.1; 21.2±1.2 ($p < 0.05$), respectively.

Conclusion. A rationally organized preparation of the patient's environment for the implementation of care, participation in rehabilitation measures and the prevention of complications can improve outcomes of medical intervention and reduce the incidence of postoperative complications.

Keywords: information, preparation, education, patient, patient's environment, postoperative complications, rehabilitation, elderly and senile age, intensive care unit.

For citation: Saetgaraev A.K., Maximov I.L., Zakirov I.I., Shaymardanov I.V., Grigoreva I.A., Guryleva M.E. Inclusion of the prepared patient relatives in the process of early rehabilitation of onco-surgical patients in the department of anesthesiology and intensive care. *Kazan Medical Journal*. 2021; 102 (3): 373–380. DOI: 10.17816/KMJ2021-373.

Актуальность. На сегодняшний день в России по-прежнему лечение пациента на стационарном этапе основано на «традиционном» патерналистическом подходе и в большинстве случаев не предполагает активного участия ни самого пациента, ни его родственников в процессе лечения в условиях стационара [1]. Причём существует активное сопротивление (непонимание и нежелание) среди консервативной части медицинского сообщества и организаторов здравоохранения внедрению альтернативного подхода — с выделением ключевой роли информированного, обученного, подготовленного пациента и его окружения [1]. На самом деле, как показывает зарубежный опыт, подготовленное и обученное окружение пациента, помогая медицинскому персоналу, улучшает результаты лечения в медицинском учреждении, включая отделения анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии (ОАРИТ) [2,3]. Активное привлечение окру-

жения пациента в процесс лечения, требует кардинального изменения менталитета медицинских работников и принципов организации лечения [4–6].

Цель исследования — изучение влияния обученного окружения гериатрических онкохирургических пациентов на качество проводимых мероприятий в комплексе ранней послеоперационной реабилитации в отделении анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 96 пациентов в возрасте 73,3±7,1 года (люди пожилого и старческого возраста по классификации Всемирной организации здравоохранения), которым была проведена лапаротомия в клинике неотложной онкохирургии Республиканского онкологического диспансера Республики Татарстан с 2016 по 2020 г. по поводу острой обтурационной кишечной непроходимости опухолевого гене-

за в условиях общей анестезии в сочетании с эпидуральной. Исследуемые пациенты были отобраны и разделены на три группы, не различающиеся по возрасту, тяжести состояния (ШЕ по шкале Американского общества анестезиологов) и объёму операции, что позволило исключить появление ошибок в сравнении между группами и попарно.

– Первая группа состояла из 32 пациентов. В этой группе медицинский персонал проводил общепринятые мероприятия по ранней реабилитации в интенсивной терапии согласно методическим рекомендациям РеаБИТ [7, 8].

– Вторая группа состояла из 32 пациентов. Из родственников этих пациентов, изъявивших желание оказать помощь в работе медицинского персонала, были отобраны 53 человека. Они прошли «школу обучения», были включены в состав мультидисциплинарной реабилитационной бригады и в течение периода нахождения пациента в ОАРИТ под руководством и контролем персонала осуществляли помощь в кормлении больного родственника, уходе за кожными покровами и слизистыми оболочками, проводили мышечно-суставную и дыхательную гимнастику, эмоционально-когнитивную поддержку (разговаривали с больными, показывали фотографии семьи, вспоминали положительные события совместной жизни, рассказывали добрые новости личного характера и др.). С 2020 г. программа была приостановлена в связи с известными ограничениями по распространению новой коронавирусной инфекции COVID-19.

– Группа контроля — 32 пациента, которым раннюю реабилитацию в ОАРИТ не проводили, информация была собрана ретроспективно из медицинских документов с 2016 по 2017 г.

Оценку степени развития пролежней осуществляли согласно положению «Отраслевой стандарт “Протокол ведения больных. Пролежни”». Клиническая картина и выраженность пролежней в области крестца разделялась по IV стадиям: I — устойчивая гиперемия, II — стойкая гиперемия, III — некроз с вовлечением мышц, IV — некроз до костных структур.

Качество проведения клинического питания оценивали согласно приказу Минздрава РФ №330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации». Определялся объём усвоения назначенного перорального энтерального питания (так называемый метод SIP FEEDING¹). Для осуществления контроля эффективности оценивали динамику содержания альбумина в сыворотке крови как одного из самых первоначально рассматрива-

емых и универсальных сывороточных маркеров, указывающих на нарушение питания [9, 10]. Концентрацию альбумина и референтные показатели в пробах определяли на анализаторе Beckman Coulter AU480 (США) [10].

Клиническое послеоперационное питание рассчитывали из суточного потребления 30 ккал/кг в сутки, 1,4 г/кг в сутки белка, 2,5 г/кг в сутки жиров, 4 г/кг в сутки углеводов — согласно современным рекомендациям [11, 12]. Изучали объём потребления дополнительно назначенной пероральной официальной специализированной высококалорийной сбалансированной по нутриентам жидкой смеси при переходе с парентерального на энтеральное сипинговое питание. Учитывали назначенный объём питания и фактически усвоенный. Затем фактический объём усвоенного питания переводили в долю (%) назначенного.

Проводили интегративную оценку психического статуса в периоперационном периоде. Для этого использовали рекомендованную для клинического применения в периоперационном периоде с целью первичной оценки состояния когнитивных функций и скрининга их нарушений, в том числе деменции, краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE — от англ. Mini Mental State Examination) [13, 14]. Данный опросник состоит из 30 пунктов. Нормальные показатели MMSE составляют 28–30 баллов; лёгкие когнитивные расстройства — 24–27 баллов; деменция лёгкой степени — 20–23 балла; умеренная деменция — 11–19 баллов; тяжёлая деменция — 0–10 баллов. Оценку проводили до операции, затем на 2-е, 3-и, 4-е, 5-е и 6-е сутки послеоперационного периода.

Статистический анализ осуществлён с использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel 2007 и IBM SPSS Statistics 20. При сравнении средних величин в нормально распределённых совокупностях использовали t-критерий Стьюдента. Различия показателей считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлены в электронных таблицах Microsoft Excel 2007. Для проверки равенства медиан нескольких выборок использован критерий Краскела–Уоллиса. Исследова-

¹Под «сипингом» (в англоязычной медицинской литературе этот термин обозначают SIP FEEDING) в настоящее время понимают пероральный приём жидких питательных смесей через трубочку или очень маленькими глотками, медленно, по 100–200 мл/ч.

ние одобрено этическим комитетом (выписка из протокола локального этического комитета Казанского государственного медицинского университета №1 от 02.03.2021).

Результаты. Нами на базе клиники анестезиологии и реаниматологии Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ Республики Татарстан была организована «школа обучения» родственников пациента навыкам медицинского ухода. Отбор желающих проводили совместно руководитель клиники анестезиологии и реаниматологи, заведующий и старшая медицинская сестра ОАРИТ путём собеседования (предлагали клинические ситуационные задачи и задавали вопросы общего плана) из числа людей, выразивших желание совместно пребывать с больными в ОАРИТ в послеоперационном периоде, с согласия пациента.

При этом окружение пациента должно было соответствовать четырём основным критериям:

- быть адекватными и представлять меру ответственности за пациента (понимать, что идеальных методов лечения не существует, и возможен отрицательный результат лечения);

- быть коммуникабельными (дружелюбно настроенным на сотрудничество, но без навязчивости);

- демонстрировать заинтересованность и сообразительность (понимать и вникать в методики лечения, оценивать возможные варианты изменения ситуации);

- быть корректными по отношению к сотрудникам медицинской организации и пациентам.

По каждому критерию экзаменатор тайно, без озвучивания и обсуждения выставлял участнику, проходящему отбор, положительный или отрицательный балл. В последующем баллы от каждого экзаменатора суммировали. Критерием прохождения был набор средней арифметической суммы не ниже 3 баллов. Претендентов, набравших сумму ниже 3 баллов, к обучению не допускали. Результаты отбора не комментировали и не обсуждали с участниками кастинга.

Программа школы состоит из трёх уровней обучения: I уровень — 60 мин, II и III уровни — по 30 мин (всего 2 ч).

I уровень обучения проводили совместно заведующий отделением, хирург-онколог, реабилитолог, медицинский психолог и старшая медицинская сестра отделения. Он включал теоретические вопросы организационно-правовых взаимоотношений, санитарно-эпидемиологических особенностей организации работы ОАРИТ, был посвящён понятиям наркоз и обезболивание; особенностям анатомии

тела и ротовой полости человека; правилам асептики и антисептики; особенностям питания в периоперационном периоде. Участникам рассказывали о правилах проведения противопролежневых мероприятий и дыхательной гимнастики. Демонстрировали работу приспособлений, уменьшающих давление на кожные покровы (таких, как подушки, поролон, валики). Объясняли правила приподнимания и перемещения пациента с исключением трения и сдвига тканей, поддержания комфортного состояния постели (стряхивание крошек, расправления складок на постели). Обучали основам ухода за кожей. Участникам «школы обучения» рассказывали об эмоционально-когнитивных особенностях пациентов ОАРИТ, приводили примеры организации психологической поддержки больных. Обучающий материал излагали в доступной форме, без сложных и научных терминов, с использованием демонстрационных технологий, презентаций и учебных фильмов.

II уровень обучения проводили врач-реаниматолог, реабилитолог и старшая медицинская сестра ОАРИТ. В течение симуляционного занятия на манекене в полный рост отрабатывали технику противопролежневых мероприятий, а на макете головы — мануальные навыки гигиены ротовой полости, энтерального зондового и перорального питания (SIP FEEDING).

На III уровне обучения под руководством старшей медицинской сестры ОАРИТ полученные мануальные навыки отрабатывали непосредственно на родственнике-пациенте отделения интенсивной терапии. Затем обученных родственников закрепляли за медсестрой-наставником и привлекали к уходу за пациентами в составе мультидисциплинарной реабилитационной бригады.

В период новой коронавирусной эпидемии COVID-19 работу школы пришлось приостановить, но полученные положительные результаты дают основание планировать открытое проспективное изучение эффективности ухода и реабилитации пациентов с привлечением обученных в нашей школе родственников-волонтеров в сравнении с традиционной реабилитацией в ОАРИТ с целью внедрения в клинику анестезиологии и интенсивной терапии Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ и, возможно, распространения нашего опыта.

При оценке степени развития пролежней (оценку проводили на 10-е сутки нахождения в ОАРИТ) были получены следующие результаты. Во всех трёх группах, у всех пациентов (100%) был диагностирован пролежень

Таблица 1. Назначенный и усвоенный объём перорального питания

Объём питания	Группа контроля	Первая группа	Вторая группа
Назначенное питание, мл*	320,0	315,0	290,0
Усвоенное питание, мл*	80,5	180,6	240,6
Усвоенная доля, %	25,5	57,3	82,9

Примечание: *среднее арифметическое.

в области крестца, но степень его выраженности в группах наблюдения различалась.

Согласно оценке пролежней по «Отраслевому стандарту...» в первой группе (n=32) I степень выраженности пролежней диагностирована у 59% пациентов, II степень — у 28%, III степень — у 10%, IV степень — у 3%. Во второй группе (n=32) соотношение было другим и показало снижение степени тяжести клинических проявления пролежней: I степень — 80%, II степень — 16%, III степень — 4%, IV степень — 0%. Анализ показателей контрольной группы (n=32) показал: I степень (наименьшая) — 16%, II степень — 52%, III степень — 22%, IV степень (наиболее тяжёлая) — 10% [15].

Сравнив полученные результаты, можно видеть, что первые две группы, — проходящие реабилитацию в рамках протокола РеаБИТ [7] и проходящие реабилитацию в рамках РеаБИТ с привлечёнными к реабилитации родственниками, — имеют лёгкую степень пролежневых поражений, тогда как результаты контрольной группы указывают на значительное увеличение выраженности проявления пролежней. Кроме того, можно наблюдать снижение доли случаев некротических проявлений. Так, сравнивая контрольную группу пациентов с общепринятыми методиками реабилитации и группу пациентов, к реабилитации которых привлечено их окружение, можно заключить, что контрольная группа имеет достаточно высокую частоту проявления тяжёлой пролежней IV степени (некротическая) — 10% пациентов, в первой группе — 3%, во второй группе — 0%.

Исследовали показатели качества проведения клинического энтерального перорального питания методом SIP FEEDING (табл. 1, 2).

Таблица 2. Сравнение назначенного и фактически усвоенного объёма энтерального питания

Объём питания	Группа контроля	Первая группа	Вторая группа	$P_{к-1}$	$P_{к-2}$	P_{1-2}
Назначенное питание, мл	320,0±40,6	315,0±35,4	290,0±44,2	0,891	0,891	0,891
Усвоенное питание, мл	80,5±10,2	180,6±20,8	240,6±20,4	<0,05	<0,05	<0,05

Сравнивали объёмы назначенного и усвоенного питания, а также содержание альбумина во всех группах.

При этом было обнаружено, что в отношении усвоения энтерального перорального питания пациенты в группе ранней реабилитации с привлечением родственников имели более высокие показатели фактического потребления энтерального питания в послеоперационном периоде (см. табл. 2).

Различие между всеми группами и различие попарно достоверно ($p < 0,05$), за исключением показателя «количество назначенного питания» ($p = 0,891$), в отношении которого достоверная разница отсутствует и доказывает однородность показателей сравниваемых групп. Объём усвоения энтерального перорального питания (SIP FEEDING) в контрольной группе составил — 25,5%, в первой группе — 57,3%, во второй — 82,9% назначенного объёма (см. табл. 1).

Недостаточность питания — независимый фактор риска увеличения количества осложнений, смертности, продолжительности госпитализации и расходов [11, 12]. Сравнение между собой трёх групп (двух наблюдаемых и одной контрольной) показало, что контрольная группа, реабилитацию которой не проводили, имела низкие результаты потребления и усвоения смеси, тогда как первая и вторая группы показали хорошие результаты, причём пациенты, которым программу энтерального перорального питания (SIP FEEDING) проводили не только медицинские работники, но и родственники, имели высшие показатели.

Аналогична картина и в отношении показателей альбумина. В группе ранней реабилитации с привлечением родственников пациенты имели более быстрое увеличение содержания альбумина в послеоперационном периоде. В норме концентрация альбумина в крови составляет 34–54 г/л [10]. Как показали наши результаты, во всех трёх группах зарегистрировано изначальное, характерное для онкологических пациентов снижение количества альбумина в дооперационном периоде в сравнении с нормой (в первой группе — 28,1±1,1 г/л, во второй группе — 28,6±1,8 г/л, в группе контроля — 29,2±1,1 г/л; $p = 0,891$). Достоверной разницы между группами до операции нет. Анализ его уровня в сыворотке крови на 11-е сутки

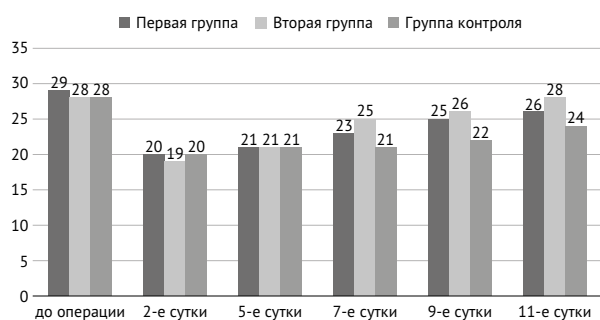


Рис. 1. Динамика изменений уровня альбумина в пред- и послеоперационном периодах

послеоперационного периода выявил значимые различия в группах (рис. 1). Как в первой, так и во второй группе он был выше, чем в группе контроля: $26,8 \pm 1,5$; $28,9 \pm 1,2$ и $24,2 \pm 1,1$ г/л соответственно ($p < 0,05$), максимальные показатели были во второй группе.

Сравнение показателей уровня альбумина в группе контроля, первой и второй группах также можно выразить разницей данных показателей в предоперационном и послеоперационном состояниях. Представленная диаграмма визуально отражает средний результат разницы содержания альбумина в крови в каждой из групп и его размах до операции и после неё на 11-е сутки. Анализ проведён с помощью критерия Краскела–Уоллиса, для более точного описания наблюдаемых тенденций был использован критерий Манна–Уитни, позволяющий оценить различия показателей при сравнении групп попарно и между всеми группами.

Как видно из рис. 1, худший результат в плане восстановления содержания альбумина к дооперационному уровню зарегистрирован в контрольной группе, тогда как результаты второй группы указывают на то, что показатель пришёл в исходную норму к концу срока наблюдения.

Кроме того, мы изучали наличие и степень нарушения когнитивных способностей, которые могли произойти (или произошли) у онкологических гериатрических пациентов в послеоперационном периоде. Для этого мы 6-кратно (до операции и на 2–6-е сутки после проведённого хирургического вмешательства) использовали MMSE (или тест Folstein) — метод, достаточно чувствительный для отслеживания когнитивных изменений у человека с течением времени, рекомендованный медицинским сообществом для документирования реакции больного на лечение. Цель теста по MMSE не состояла в том, чтобы диагностировать какую-либо конкретную нозологическую патологию, с помощью него мы документировали динамику восстановления когнитивных способностей пациентов.

До операции было зафиксировано снижение первичных показателей в сравнении с нормой (норма MMSE 28–30 баллов), что мы трактовали как лёгкие когнитивные нарушения и объясняли возрастным фактором. На этом этапе показатели всех трёх групп были схожи ($25,1 \pm 1,1$; $24,1 \pm 1,2$ и $25,1 \pm 1,2$ балла у первой, второй групп и группы контроля соответственно), достоверной разницы между ними не выявлено ($p > 0,05$).

На 2-е сутки после хирургического вмешательства, проведённого под общей анестезией, произошло резкое падение показателей по сравнению с дооперационным периодом, и это падение также было паритетным (17, 16 и 17 баллов соответственно), что также показало отсутствие достоверных различий между сравниваемыми группами. Мы трактовали это как проявление острой послеоперационной когнитивной дисфункции и объяснили реакцией на общую анестезию.

При последующих оценках с интервалом в 2 дня отмечена положительная динамика показателей когнитивных нарушений у всех пациентов, но группы различались по скорости восстановления когнитивных способностей.

Так, на 6-е сутки, у пациентов, которым проводили раннюю реабилитацию без участия обученных родственников, показатели теста Folstein (MMSE) улучшились, но не достигли первоначальных значений (23 балла на 6-е сутки после операции по сравнению с 25 баллами до операции).

В группе контроля показатели теста Folstein (MMSE) имели более медленную динамику ($25,1 \pm 1,1$ балла до операции и $21 \pm 1,3$ балла на 6-е сутки после операции), к исходным показателям значение не вернулось, разница между первичным и финальным измерением достоверна ($p < 0,05$).

В группе пациентов, которым проводили первичную реабилитацию и за которыми дополнительно наблюдали и осуществляли уход обученные родственники, динамика восстановления нарушенных нейропсихологических функций была более быстрой и заметной ($24,2 \pm 1,1$ балла до операции и $25,1 \pm 1,1$ балла на 6-е сутки), причём в послеоперационном периоде показатель теста Folstein (MMSE) оказался не достоверно, но выше, чем в исходной точке, чего не было зафиксировано в других группах.

Наглядно все эти изменения представлены на рис. 2.

Различия показателей нейропсихологического статуса между первой и второй группами в конце наблюдения (на 6-е сутки после оперативного вмешательства) не были достоверными

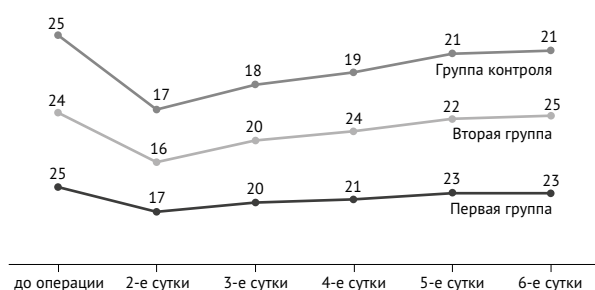


Рис. 2. Динамика изменений индекса когнитивной функции по краткой шкале оценки психического статуса в трёх наблюдаемых группах до операции и в послеоперационном восстановительном периоде

(25,1±1,1 и 23,1±1,1 балла), а между второй группой и группой контроля оказались достоверными (25,1±1,1 и 21±1,3 балла; $p < 0,05$). Нами был сделан вывод о благотворном влиянии ранней реабилитации больных на динамику нейропсихологических процессов и о положительной роли родственников, помогающих медицинскому персоналу не только в уходе, но и в активации мыслительных функций пациентов в ОАРИТ.

Обсуждение. Рационально организованный процесс информирования, обучения и подготовки родственников пациента к осуществлению общего ухода, участию в реабилитационных мероприятиях и профилактике возможных осложнений под руководством медицинского персонала в условиях ОАРИТ позволяет улучшить результаты медицинской помощи гериатрическим пациентам с острой обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза.

При стандартной ранней реабилитации пациентов пролежни тяжёлой IV степени к 10-му дню после операции зарегистрированы в 3% случаев, при применении стандарта ранней реабилитации с привлечением к уходу за больным родственников пациента — в 0%, что демонстрирует преимущество перед отсутствием ранней реабилитации (10%).

Участие родственников положительно сказывается на качестве организации клинического энтерального перорального питания (SIP FEEDING). Объём усвоения энтерального сипинг-питания в контрольной группе составил 25,5%, в первой группе — 57,3%, во второй — 82,9% назначенного объёма. Показатели содержания альбумина в крови (28,9±1,0 г/л) в группе с участием подготовленных родственников превышали показатели группы, в которой проводили традиционную реабилитацию (26,8±1,5; $p < 0,05$).

Включение в программу профилактики когнитивно-афферентных нарушений общения пациента со своими родственниками в ОАРИТ облегчает возврат больного к исходному соци-

альному статусу, обеспечивает реабилитацию когнитивно-эмоциональных нарушений. При сравнении индекса по MMSE в послеоперационном периоде у пациентов, которым проводили раннюю реабилитацию (23,3±1,1 балла) и раннюю реабилитацию с привлечением родственников (25,3±1,1 балла), показатели оказались выше в группе с участием обученных родственников ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

1. Привлечение подготовленного, информированного и обученного окружения гериатрического пациента под контролем медицинского персонала в лечебно-реабилитационный процесс в отделении анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии учреждения онкологического профиля способствует повышению качества оказываемой медицинской помощи в виде снижения тяжести гнойно-инфекционных осложнений, вызванных пролежнями, уменьшения когнитивных нарушений, улучшения показателей восстановления нутритивного статуса.

2. В рамках создания партнёрских отношений медицинского персонала с пациентом целесообразно привлекать к процессу ранней реабилитации информированное, обученное, подготовленное окружение (родственников) пациентов.

Участие авторов. А.К.С. — работа с пациентами и их родственниками, физикальный осмотр пациентов, написание текста, анализ медицинской литературы; И.Л.М. — анализ нормативно-правовых актов, написание текста; И.И.З. — работа с пациентами и их родственниками, физикальный осмотр пациентов, написание текста, анализ медицинской литературы; И.В.Ш. — анализ нормативно-правовых актов, научное редактирование; М.Э.Г. — этическое сопровождение проводимой работы, консультирование по вопросам проведения клинических исследований и статистическим расчётам; И.А.Г. — сбор материалов, формирование таблиц и их описание.

Источник финансирования. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заключение Комитета по охране здоровья от 05.06.2018 «По проекту Федерального закона №359335-7 «О внесении изменения в часть 1 статьи 79 Федерального закона Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»». <http://www.consultant.ru/cons/cgi/>

- online.c (дата обращения: 02.02.2021). [Conclusion of the Health Protection Committee of 05.06.2018 "On the draft Federal Law No. 359335-7 "On Amendments to Part 1 of Article 79 of the Federal Law On Basics of Health Protection of the Citizens in the Russian Federation". <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.c> (access date: 02.02.2021). (In Russ.)]
2. Lamas D., Nurse-Led M.D. Communication in the intensive care unit. *N. Engl. J. Med.* 2018; 378: 2431–2432. DOI: 10.1056/NEJMe18045766.
3. Chiarchiaro J., Ernecoff N.C., Scheunemann L.P., Hough C.L., Carson Sh.S., Peterson M.W., Anderson W.G., Steingrub J.S., Arnold R.M., White D.B. Physicians rarely elicit critically ill patients' previously expressed treatment preferences in intensive care units. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2017; 196 (2): 242–245. DOI: 10.1164/rccm.201611-2242LE.
4. Cunningham T.V., Scheunemann L.P., Arnold R.M., White D. How do clinicians prepare family members for the role of surrogate decision-maker? *J. Med. Ethics.* 2018; 44: 21–26. DOI: 10.1136/medethics-2016-103808.
5. Davidson J.E., Aslakson R.A., Long A.C., Puntillo K.A., Kross E.K., Hart J., Cox C.E., Wunsch H., Wickline M.A., Nunnally M.E., Netzer G., Kentish-Barnes N., Sprung C.L., Hartog C.S., Coombs M., Gerritsen R.T., Hopkins R.O., Franck L.S., Skrobik Y., Kon A.A., Scruth E.A., Harvey M.A., Lewis-Newby M., White D.B., Swoboda S.M., Cooke C.R., Levy M.M., Azoulay E., Curtis J.R. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit. Care Med.* 2017; 4 (5): 103–128. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002169.
6. Kon A.A., Davidson J.E., Morrison W., Danis M., White D.B. Shared decision making in ICUs: an American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society policy statement. *Crit. Care Med.* 2016; 44: 188–201. DOI: 10.1097/CCM.0000000000001396.
7. Белкин А.А., Лейдерман И.Н., Давыдова Н.С. Реабилитация в интенсивной терапии РеабИТ. Клинические рекомендации. 2015; 52 с. [Belkin A.A., Leyderman I.N., Davydova N.S. *Reabilitatsiya v intensivnoy terapii ReabIT*. Klinicheskie rekomendatsii. 2015; 52 p. (In Russ.)]
8. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шмонин А.А., Вербицкая Е.В., Аронов Д.М., Белкин А.А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Бубнова М.Г., Буйлова Т.В., Мальцева М.Н., Мишина И.Е., Нестерин К.В., Никифоров В.В., Прокопенко С.В., Сарана А.М., Стаховская Л.В., Суворов А.Ю., Хасанова Д.Р., Цыкунов М.Б., Шамалов Н.А., Яшков А.В. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Предварительные результаты реабилитации на первом и втором этапах медицинской реабилитации. *Вестн. восстановит. мед.* 2017; (2): 10–15. [Ivanova G.E., Melnikova E.V., Shmonin A.A., Verbitskaya E.V., Aronov D.M., Belkin A.A., Belyaev A.F., Bodrova R.A., Bubnova M.G., Builova T.V., Maltseva M.N., Mishina I.E., Nesterin K.V., Nikiforov V.V., Prokopenko S.V., Sarana A.M., Stakhovskaya L.V., Suvorov A.Yu., Khasanova D.R., Tsykunov M.B., Shamalov N.A., Yashkov A.V. Pilot project "Development of the medical rehabilitation system in Russian Federation (dome)". Preliminary results of implementation in the first and second stages. *Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny.* 2017; (2): 10–15. (In Russ.)]
9. Арыкан Н.Г., Шестопалов А.Е., Петрова М.В. Нутритивная реабилитация в онкологии после оперативных вмешательств на верхних отделах желудочно-кишечного тракта. *Физическая и реабилит. мед., мед. реабилитация.* 2019; 1 (3): 3–10. [Arykan N.G., Shestopalov A.E., Petrova M.V. Nutritional rehabilitation in oncology after surgery in the upper gastrointestinal tract. *Fizicheskaya i reabilitatsionnaya meditsina, meditsinskaya reabilitatsiya.* 2019; 1 (3): 3–10. (In Russ.)] DOI: 10.36425/2658-6843-2019-3-3-10.
10. Парфёнов А.Л., Петрова М.В., Кирячков Ю.Ю., Захарченко В.Е. Прогностическая информативность функциональной активности и концентрации сывороточного альбумина у пациентов в хроническом критическом состоянии с различным исходом заболевания. *Медико-фармацевтич. ж. «Пульс».* 2020; 22 (11): 13–23. [Parfenov A.L., Petrova M.V., Kiryachkov Yu.Yu., Zakharchenko V.E. Prognostic informativeness of functional activity and serum albumin concentration in patients in chronic critical illness with different disease outcomes. *Mediko-farmatsevticheskiy zhurnal "Puls".* 2020; 22 (11): 13–23. (In Russ.)] DOI: 10.26787/nydha-2686-6838-2020-22-11-13-23.
11. Лейдерман И.Н., Грицан А.И., Заболотских И.Б., Ломидзе С.В., Мазурок В.А., Нехаев И.В., Николаенко Э.М., Николенко А.В., Поляков И.В., Сытов А.В., Ярошецкий А.И. Периперационная нутритивная поддержка. Клинические рекомендации. *Вестн. интенсивной терап. им. А.И. Салтанова.* 2018; (3): 5–21. [Leyderman I.N., Gritsan A.I., Zabolotskikh I.B., Lomidze S.V., Mazurok V.A., Nekhaev I.V., Nikolaenko E.M., Nikolenko A.V., Poliakov I.V., Sytov A.V., Yaroshetskiy A.I. Perioperative nutritional support. Russian Federation of anesthesiologists and reanimatologists guidelines. *Annals of critical care.* 2018; (3): 5–21. (In Russ.)] DOI: 10.21320/1818-474X-2018-3-5-21.
12. Сытов А.В., Лейдерман И.Н., Ломидзе С.В., Нехаев И.В., Хотеев А.Ж. Практические рекомендации по нутритивной поддержке онкологических больных. *Злокачественные опухоли. Практические рекомендации RUSSCO.* 2019; 9 (3s2): 639–647. [Sytov A.V., Leyderman I.N., Lomidze S.V., Nekhaev I.V., Khoteev A.Zh. Prakticheskie rekomendatsii po nutritivnoy podderzhke onkologicheskikh bol'nykh. *Zlokachestvennyye opukholi. Prakticheskie rekomendatsii RUSSCO.* 2019; 9 (3s2): 639–647. (In Russ.)]
13. Pinto T.C.C., Machado L., Bulgacov T.M., Rodrigues-Júnior A.L., Costa M.L.G., Ximenes R.C.C., Sougey E.B. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) screening superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) in the detection of mild cognitive impairment (MCI) and Alzheimer's Disease (AD) in the elderly? *Intern. Psychogeriatrics.* 2019; 31 (4): 491–504. DOI: 10.1017/S1041610218001370.
14. Саегагаев А.К., Шаймарданов И.В., Закиров И.И., Пашеев А.В., Садыков К.К. Ранняя когнитивно-эмоциональная реабилитация онкохирургического больного в отделении интенсивной терапии с привлечением его родственников. *Паллиативн. мед. и реабилитация.* 2017; (1): 26–29. [Sayetgaraev A.K., Shaimardanov I.V., Zacirow I.I., Pasheev A.V., Sadykov K.K. Early cognitive and emotional rehabilitation with oncological patients relatives assistance in intensive care unit. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya.* 2017; (1): 26–29. (In Russ.)]
15. Саегагаев А.К., Шаймарданов И.В., Егоров В.И., Максимов И.Л., Садыков К.К. Опыт привлечения информированных и подготовленных родственников к лечению гериаитрического пациента на примере проведения противпролежневых мероприятий в раннем послеоперационном периоде в отделение реанимации. *Паллиативн. мед. и реабилитация.* 2020; (1): 5–9. [Saetgaraev A.K., Shaimardanov I.V., Egorov V.I., Maximov I.L., Sadykov K.K. Experience of attracting informed and prepared relatives to treating a geriatric patient on an example of anti-anti-event activities in the early post-operation period. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya.* 2020; (1): 5–9. (In Russ.)]