К ВОПРОСУ ОБ УКОРОЧЕННЫХ КУРСАХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ОЗДОРОВЛЕНИЯ

ШАКУЛА А.В., ЩЕГОЛЬКОВ А.М., БАДРЕТДИНОВ Р.Р.

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии», г. Москва
Государственный институт усовершенствования врачей Министерства обороны РФ, г. Москва
ГУП «Санаторий «Янган-Тау», Республика Башкортостан

В настоящее время существует большое количество новых лечебно-оздоровительных методов, базирующихся на целебных природных и преформированных физических факторах, которые, безусловно, необходимо осваивать и внедрять в ежедневную практику санаторно-курортного лечения [А.Н. Разумов, 2004].

Важный вопрос организации санаторно-курортного лечения, который в настоящее время широко дискутируется,– определение оптимальных сроков пребывания в санатории.

В период социалистического развития нашего государства при его финансовой поддержке санаторно-курортного сектора сроки пребывания отдыхающих на курортах составляли не менее 24 дней.

Однако проводимая в стране с 90-х годов прошлого века новая хозяйственная политика направлена на рентабельность работы предприятий и организаций во всех сферах деятельности, в том числе и в санаторно-курортном комплексе. Самим санаториям предоставлено право продажи путевок на разные сроки отдыха и лечения. В связи с невысоким уровнем жизни населения большинство граждан старается приобрести путевки по более низкой цене, а это связано с пребыванием в санатории в течение более коротких сроков – 7-15 дней [Э.М. Орехова с соавт., 2003; Л.А. Комарова с соавт., 2004; А.В. Соколов, 2004]. Но этот период недостаточен для получения терапевтического эффекта при соблюдении традиционных темпов и методов курортного лечения длительно текущих и серьезных заболеваний. По мнению В.М. Боголюбова [2002], проводимое в настоящее время курортное лечение зачастую оканчивается назначением 4-6 минеральных ванн, 4-5 процедур массажа и гидромассажа. В остальное время – отдых и развлечения. По его мнению, такой отдых пользы здоровью не приносит, так как чтобы получить благоприятный сдвиг иммунологической реактивности, нужно назначить, по крайней мере, 8 ванн, а если говорить о хорошем лечении – необходимо 10-14 ванн.

По заключению Б.Н. Семенова [1999] и В.М. Боголюбова [2002], развитие рыночных отношений в санаторно-курортной отрасли не должно препятствовать назначению и выполнению научно обоснованных программ медицинской реабилитации. Однако с учетом реалий сегодняшнего дня не вызывает сомнений то, что одной из актуальных проблем развития курортного дела в России является создание комплексных программ полных и укороченных курсов санаторного лечения и оздоровления [А.Н. Разумов, 2004].

В связи с этим предлагаются различные пути решения проблемы. Одним из них может быть включение в лечебный комплекс большего количества разнообразных процедур, направленных как на интенсификацию терапевтического воздействия [Л.А. Комарова с соавт., 2004; А.В. Соколов, 2004], так и на уменьшение продолжительности периода адаптации [Э.М. Орехова с соавт., 2003], но существенным ограничением в данном случае является проблема повышенной нагрузки на организм человека, а также проблема взаимодействия и взаимовлияния лечебных факторов и средств [В.М. Боголюбов, В.С. Улащик, 1985; В.С. Улащик, 1998].

Альтернативное решение – кратковременный курс санаторно-курортного лечения – может рассматриваться в качестве метода оздоровительной терапии для практически здоровых пациентов и при некоторых патологических (дисфункциональных) состояниях, тогда как лечение многих серьезных заболеваний должно осуществляться в обычные сроки– 21-24 дня [Б.Н. Семенов, 1999; А.С. Дорофеев, 2004, Л.А. Комарова с соавт., 2004]. Это связано с тем, что стремление к проведению интенсивного курса физиотерапевтических процедур за короткое время приводит к обострению заболевания и отсутствию эффекта более чем у половины больных [Г.Н. Пономаренко, 2004].

Но при этом мы разделяем мнение [Е.Ф. Левицкий с соавт., 1996; А.В. Соколов, 2004], что с учетом синдромологической картины и степени выраженности патологического процесса, возраста, состояния здоровья и психологического статуса пациента в ряде случаев возможно проведение эффективного санаторно-курортного лечения в течение 14 дней.

На сегодня уже имеется большой опыт организации кратковременного лечения в условиях санатория (7-14 дней) при проведении курсов: по очищению организма и эндоэкологической реабилитации [Л.А. Комарова с соавт., 2004; А.В. Соколов, 2004], для уменьшения массы тела [Е.А. Турова, 2003; Л.А. Комарова с соавт., 2004], для лечения пациентов с последствиями экстремальных и стрессовых ситуаций [А.В. Соколов, Н.А. Рондалева, 2000; Л.А. Комарова с соавт., 2004; А.В. Соколов, 2004] и с психосоматическими нарушениями [А.В. Соколов с соавт., 2003], 2-недельные лечебно-оздоровительные курсы для пациентов с заболеваниями различных органов и систем без снижения медицинской эффективности [Е.Ф. Левицкий с соавт., 1996, 2003; А.В. Соколов, 2004], в том числе для пациентов, работающих во вредных условиях и имеющих патологические изменения, связанные с профессией [Л.Н. Никифорова, 2004].

По данным наблюдения в санатории «Янган-Тау» в течение 5 лет, наибольшую группу (около 30%) составляли пациенты в возрасте от 40 до 50 лет. За анализируемые годы несколько снизилось число отдыхающих в возрасте 17-20 лет (с 2,6 до 2,1%), 31-40 лет (с 19,0 до 15,2%) и старше 60 лет. Вместе

с тем, увеличился процентный состав отдыхающих в возрасте от 21 до 30 лет – с 8,0 до 9,1% и 51- 60 лет – с 21,4 до 24,4%. Налицо заметное омоложение контингента отдыхающих. На санаторно-курортное лечение все больше приезжает людей молодого трудоспособного возраста, что явилось определяющим в продолжительности пребывания пациентов в санатории (табл.1).

Таблица 1.

Длительность пребывания отдыхающих в санатории «Янган-Тау».

Длительность (в днях)	Годы				
	2000	2001	2002	2003	2004
Др 6 (%)	310 (2,0)	230 1,5)	336 (2,2)	1617 (9,1)	1915 (9,5)
От 7 до 9	1385 (9,0)	1220 (8,1)	1563 (10,1)	1860 (10,4)	1726 (8,6)
От 10 до 14	6545 (42,2)	7326 (48,7)	8130 (52,8)	9323 (52,3)	11477 (57,0)
Всего до 14 (%)	8240 (53,5)	8776 (58,3)	10029 (65,1)	12800 (71,8)	15118 (75,1)
От 15 до 17	3293 (21,4)	1564 (10,4)	1784 (11,8)	1892 (10,2)	1269 (6,3)
18 и более	3856 (25,1)	4712 (31,3)	3594 (23,3)	3134 (17,6)	3753 (18,6)
Всего более 14 (%)	7149 (46,5)	6276 (41,7)	5378 (34,9)	5026 (28,2)	5022 (24,9)

Согласно приведенным в табл. 1 данным, в 2000 году количество пациентов, находившихся в санатории до и более 14 дней, различалось на 7,0%, а в 2004 году менее 2 недель отдыхало уже 75,1% пациентов, тогда как более длительные сроки отдыха предпочитало меньше четверти. При этом наиболее существенный рост числа отдыхающих наблюдался при сроке пребывания в санатории до 6 дней (в 6,2 раза) и от 10 до 14 дней (в 1,8 раз). С 21,4% в 2000 году до 6,3% в 2004 году снизилось число пациентов, получивших лечение в течение 15-17 дней.

Длительность пребывания до 2 недель практически здоровых пациентов, получивших восстановительное лечение, за 5 лет возросла с 51,2 до 88,9%. В 2004 году число пациентов, отдыхавших до 6 дней, от 7 до 9 дней и от 10 до 14 дней, было практически одинаковым. В то время как от 15 до 17 дней отдыхали только 10,0% здоровых пациентов, а 18 дней и более – всего 1,1% [Р.Р. Бадретдинов, 2007].

Немаловажным, с точки зрения оптимальности санаторно-курортного лечения, представляется вопрос об объеме бальнеофизиотерапевтического лечения. Проведенный анализ программ восстановительного лечения, предлагаемых различными санаториями, выявляет имеющиеся расхождения в объемах лечения (табл. 2).

Безусловно, решение проблемы «количества лечения» с использованием природных и преформированных лечебных факторов должно происходить с учетом принципов современной физиотерапии и курортологии — курсового, оптимального и комбинированного лечения физическими факторами.

Современные методики физиотерапевтического лечения [В.М. Боголюбов, 2003; П.И. Щеколдин с соавт., 2003] предусматривают проведение от 8 до 20 процедур одного вида терапии, итоговое количество которых зависит от нозологии и индивидуальных особенностей пациента [В.М. Боголюбов, С.М. Зубкова, 1998; Л.М. Клячкин, А.М. Щегольков, 2000; Г.Н. Пономаренко, 2003; В.С. Улащик, 2003]. Оптимальным же считается курс из 10-12 процедур.

В отношении количества различных видов физического лечения, получаемых пациентом в течение

Таблица 2.

Объемы лечения физическими факторами в различных санаториях.

№ п/п	Лечебная программа и ее продолжительность	Лечение физическими факторами		
		Видов лечения	Всего процедур	Сред. кол. проц.в день
1	Лечение заболеваний нервной системы – 21 день	4	28-30	1,3-1,4
2	Лечение заболеваний органов дыхания – 21 день	5-7	40-56	1,9-2,7
3	Лечение шейно-плечевой плексопатии – 21 день	4	40-48	1,9-2,3
4	Комплексное санаторно-курортное лечение – 21 день (в среднем)		69,2	3,3
5	Лечение заболеваний нервной системы – 21 день	7-10	76-106	3,6-5
6	Лечение заболеваний опорно-двигательной системы – 14 дней	8-9	48-54	3,4-3,9
7	«Активное профессиональное долголетие» – 14 дней	5	38-46	2,7-3,3
8	Программа «Гипертоническая болезнь» – 14 дней	5	40	2,8
9	Программа «Здоровый позвоночник» – 14 дней	7	61	4,4
10	Лечение заболеваний нервной системы – 14 дней	7-10	58-76	4,1-5,4
11	Программа «Здоровые суставы» – 12 дней	5	35	2,9

дня, какие-либо методические указания отсутствуют. Отмечается лишь то, что построение комплексной программы восстановительного лечения физическими факторами должно строиться с учетом их синергизма и антагонизма, недопущения физиотерапевтической полипрогмазии [Л.А. Комарова, Г.И. Егорова, 1994; В.С. Улащик, 1998; В.М. Боголюбов, В.С. Улащик, 2004]. При этом общепризнано, что хорошо сочетаются в различных комбинациях аппаратная физиотерапия, водолечение, кинезотерапия, массаж, тепловые процедуры [Л.А. Комарова, Г.И. Егорова, 1994; П.И. Щеколдин с соавт., 2003; В.М. Боголюбов, В.С. Улащик, 2004; В.С. Улащик, 2004].

По данным Л.М. Клячкина и А.М. Щеголькова [2000], на этапе восстановительного лечения в среднем на одного больного в день приходится от 2 до 6 видов функционального лечения. Результаты другого исследования [А.П. Карев, 2002] показали, что максимальный эффект курса восстановительной терапии достигается назначением пяти самых эффективных видов лечения. По мнению А.В. Соколова [2004], ежедневный прием физиотерапевтических процедур для достижения целей реабилитации и оздоровления должен составлять от 3 до 5 процедур в зависимости от состояния пациента.

С другой стороны, программы санаторно-курортного лечения должны обязательно учитывать полученный пациентом объем медицинской помощи на предшествующих этапах медицинской реабилитации [А.Н. Ильницкий, 2002, 2003]. По данным этого автора, до поступления в санаторий пациенты в среднем получали 1,2±0,5 курса стационарного реабилитационного лечения и 3,2±1,6 амбулаторно-поликлинического. При этом на всех этапах реабилитации применялось в среднем 6,4±1,3 метода лечения.

На практике, как показано в табл. 2, в санаториях назначается от 4 до 10 видов процедур на 14-21-дневные курсы лечения, в среднем от 1,5 до 5,5 процедур в день.

Происходящие изменения условий функционирования санаториев вызывают необходимость технологического совершенствования их работы, в том числе в направлении рационального использования лечебно-оздоровительной базы, в первую очередь– диагностического и лечебного (бальнеологического, физиотерапевтического и др.) оборудования [А.П. Карев, 2002]. Среди наиболее значимых вопросов медико-экономического управления в сегодняшних условиях признаются анализ и управление текущим и перспективным ресурсным обеспечением медицинской деятельности в соответствии с объемами реализуемых медицинских услуг [В.И. Самодин, Н.Г. Шамшурина, 1997; В.С. Преображенская, Т.Д. Тарасенко, 2003]. Рационализация управления ресурсами предполагает их наиболее эффективное применение с позиций экономических критериев восстановительного лечения [В.А. Борисов, 1999]. В то же время, по мнению Т.В. Бегановой [2002], современные методы управления ресурсами санаториев для достижения оптимального уровня эффективности внедряются недостаточно активно.

В отношении медицинского оборудования работа в новых условиях предполагает не только улучшение его качественных характеристик за счет обновления и приобретения модернизированных образцов, но и эффективное использование [Л.С. Михайлова, 1998; М.П. Куликов, 2000].

По данным И.В. Лебедевой с соавторами [2001], коэффициент использования медицинского оборудования (КИо) определяется как отношение фактического времени работы к нормативному по паспортным данным конкретного аппарата. Дополнительно к этому предлагается [Л.С. Михайлова, 1998] рассчитывать коэффициент календарного обслуживания оборудования как отношение количества времени в днях возможного его использования в связи с режимом работы учреждения к числу дней в году. Однако представлена универсальная методика анализа использования лечебно-диагностической аппаратуры, позволяющая к тому же рассчитать срок окупаемости вновь приобретаемого оборудования [В.Т. Вишняков, Л.М. Манукян, 1999]. По данной методике можно рассчитывать КИо за любой календарный период (месяц, квартал, год), что позволяет отслеживать динамику рабочей нагрузки на оборудование.

В проведении укороченных курсов восстановительной терапии во время рекреационных курсов продолжительностью до 10-16 дней перспективным является рассмотрение вопроса о сочетании санаторно-курортного лечения, активного отдыха с методами, позволяющими в указанный срок восстановить резервные возможности и повысить работоспособность пациентов за счет нормализации деятельности основных органов и систем организма.

Научные исследования последних лет демонстрируют положительные результаты новых методологических подходов к организации коротких интенсивных курсов санаторно-курортного лечения [Е.Ф. Левицкий, В.А. Хазанов, Н.Г. Абдулкина и др., 2004]. При этом проблемы повышения эффективности лечебных и профилактических мероприятий, адаптационных возможностей организма диктуют необходимость четкого отбора больных на такое лечение, определения круга обязательных исследований и терапевтических воздействий.

В связи с существующим социальным заказом, нарастающей тенденцией к сокращению сроков пребывания на курорте вследствие лимита денежных средств или времени у пациентов очевидна целесообразность оптимизации технологического процесса санаторно-курортного лечения больных при сокращенных сроках пребывания на курорте. На базе ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии» проведена НИР по научному обоснованию стандартов и методик укороченных курсов санаторно-курортного лечения (менее 21 дня) на основе эффективного применения природных и преформированных факторов, а также разработаны стандарты санаторно-курортного долечивания больных [И.П.Боровницкий, Е.Л.Поважная, 2005], которые находятся на утверждении в Министерстве здравоохранения и социального развития РФ.