

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЭТАПНОСТИ И ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРИЛИПКО Н.С., к.м.н., руководитель отдела стандартизации и организации службы восстановительной медицины, p_prilipko@mail.ru

РАЗУМОВ А.Н., академик РАМН, профессор, генеральный директор РНЦ восстановительной медицины и курортологии, г. Москва, Россия, rnsvmik@inbox.ru

АННОТАЦИЯ

В статье говорится о необходимости совершенствования организации амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи населению. Существующие на сегодняшний день этапы диагностики и лечения больных должны претерпеть изменения, что позволит снизить сроки нетрудоспособности и рост инвалидности среди трудоспособного населения. Для достижения этих целей важным является развитие мер, направленных на охрану здоровья здоровых и развитие в стране стройной системы восстановительного лечения и реабилитации больных и инвалидов. Начало восстановительного лечения на более ранних сроках после острого периода заболевания является актуальной проблемой медицины. Составление индивидуальных программ реабилитации при лечении последствий травм, операций и хронических заболеваний будет иметь благоприятный прогноз в отношении восстановления или стабилизации нарушенных функций, систем и органов, приспособления к самообслуживанию в соответствии с новыми, возникшими в результате болезни или травмы, условиями жизни.

Ключевые слова: этапы лечения, здоровье здоровых, восстановительное лечение, реабилитация, индивидуальные программы лечения.

Организация медицинской помощи населению основывается на принципах этапности, непрерывности и преемственности между амбулаторно-поликлиническими, больничными и санаторно-курортными учреждениями. Ведущим звеном отечественного здравоохранения является амбулаторно-поликлиническая помощь. Это самый массовый вид медицинской помощи, обеспечивающий высококвалифицированное медицинское обслуживание населения. В стране постоянно растет сеть амбулаторно-поликлинических учреждений. Ежегодно в них лечатся 80% всех больных. На сегодняшний день амбулаторно-поликлинические учреждения являются главным звеном в диспансеризации населения, всех профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и улучшение здоровья граждан. К амбулаторно-поликлиническим учреждениям относятся все поликлиники, различные виды диспансеров, женские консультации, амбулатории, здравпункты.

Следующим наиболее капиталоемким сектором системы здравоохранения является стационарная медицинская помощь населению. В целом на содержание и развитие стационарных учреждений как в России, так и в большинстве развитых стран тратится от 60 до 80 % всех ассигнований, которые выделяются системе здравоохранения из разных источников ее финансирования. Больница всегда занимала и про-

должает занимать особое место среди лечебно-профилактических учреждений. В больницах население получает высококвалифицированную специализированную стационарную помощь, которая оказывается в основном при наиболее тяжелых заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения наиболее сложных методов обследования и лечения с использованием новейших медицинских технологий, порой очень дорогостоящих, в ряде случаев – оперативного вмешательства, постоянного врачебного наблюдения и интенсивного ухода. Все это и множество других факторов подчеркивает особую значимость стационарной помощи в системе здравоохранения как у нас в стране, так и за рубежом.

Санаторно-курортная система как этап медицинской помощи, являясь частью общей системы здравоохранения, имеет ряд особенностей в своей деятельности. Санаторно-курортная помощь является действенным фактором в профилактике заболеваемости и оздоровлении населения. Курортное лечение как один из основных методов естественного оздоровления и ведущая часть профилактической помощи занимает важное место в системе охраны здоровья населения нашей страны. Основным звеном курорта является санаторий. Это стационарное медицинское учреждение, которое обеспечивает лечение больного, используя различные лечебные факторы в зависимости от профиля курорта.

Несмотря на четко выстроенную этапность системы здравоохранения в нашей стране и соблюдение преемственности в лечении больных, качество оказания медицинской помощи находится не на должном уровне. Об этом свидетельствуют низкая продолжительность жизни в России – на 6,5 лет меньше, чем в «новых» европейских странах (вошедших в ЕС после мая 2004 года) и на 12,5 лет меньше, чем в «старых» европейских странах. Ключевую роль в низкой продолжительности жизни населения Российской Федерации играет высокая смертность людей трудоспособного возраста, главным образом, мужчин, которая по сравнению с 1990 годом возросла более чем на 40%.

В последние 16 лет заболеваемость населения Российской Федерации постоянно растет, что связано, с одной стороны, с ростом доли пожилого населения и с более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики, с другой стороны, с неэффективностью системы профилактики и предотвращения заболеваний. В 1990 г. было выявлено 158,3 млн случаев заболеваемости населения, в 2006 г. – 216,2 млн случаев, то есть рост заболеваемости составил 36% (а в пересчете на 100 тыс. населения заболеваемость – на 41,8%).

Инвалидность в Российской Федерации с 1990 по 2006 гг не уменьшается, в том числе и среди лиц трудоспособного возраста, доля которых в общем числе лиц, впервые признанных инвалидами, составляет не менее 40%.

Всего инвалидов в Российской Федерации 14 млн человек, в том числе 523 тыс. детей. Это говорит о невысоком качестве медицинской помощи и неадекватной социальной реабилитации. В структуре первичной инвалидности взрослого населения преобладают сердечно-сосудистые заболевания и злокачественные новообразования. Среди заболеваний, обусловивших развитие инвалидности у детей, лидируют психические расстройства, болезни нервной системы, врожденные anomalies и нарушения обмена веществ.

Несмотря на развитую сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, существующая система первичной медико-санитарной помощи не способна удовлетворить потребности населения страны и современного общества. Службы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, остаются функционально перегруженными и малоэффективными. Это связано с неадекватно высокой численностью населения, прикрепленного к одному амбулаторному участку, расширенным объемом лечебной работы при острой патологии.

Таким образом, низкая эффективность профилактической работы первичного звена медицинской помощи, отсутствие системы амбулаторного восстановительного лечения и патронажа, а также несовершенство организации работы скорой медицинской помощи привели к тому, что стационарная помощь выступает в качестве основного уровня в системе охраны здоровья населения, хотя стационарная медицинская помощь необходима лишь при заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения сложных методов обследования и лечения с использованием современной медицинской техники, оперативных вмешательств, постоянного круглосуточного врачебного наблюдения и интенсивного ухода.

Этап санаторно-курортной помощи населению является наиболее эффективной составляющей медицинской профилактики, а развитие санаторно-курортного комплекса – оправданным, с экономической и социальной точки зрения, инвестированием в здоровье нации. Качество предоставляемого санаторно-курортного лечения зависит от состояния лечебной базы санаторно-курортных учреждений. Известно, что на сегодняшний день с прогрессирующей динамикой идет износ объектов недвижимости санаторно-курортных учреждений, подходит к концу нормативный срок эксплуатации медицинского оборудования, не полностью соответствует установленным требованиям экологическая и санитарно-эпидемиологическая обстановка на курортах. Кроме того, в связи с изменениями в 1991-1992 годах организационно-правовых форм собственности курортных учреждений и реформированием их в соответствии с действующим законодательством в предприятиях разрушились существовавшие ранее жесткая централизованная система управления названной отраслью и централизованная реализация путевок (особенно в системе профсоюзных здравниц). Несмотря на то, что рекреационные учреждения приобрели хозяйственную самостоятельность, это не привело в 90-х годах XX

столетия к улучшению их финансового положения, поскольку прогрессирующее снижение финансирования санаторного лечения граждан из фонда социального страхования стало причиной резкого уменьшения числа рекреантов и падения платежеспособного спроса населения на этот вид услуг.

Из вышеизложенного видно, что существующая на сегодняшний день этапность оказания медицинской помощи населению должна претерпеть существенные изменения, что позволит снизить заболеваемость и смертность, снизить сроки нетрудоспособности и рост инвалидности среди трудоспособного населения.

Для достижения этих целей важным является развитие мер, направленных на охрану здоровья здоровых и развитие в стране стройной системы восстановительного лечения и реабилитации больных и инвалидов. Идея проведения своевременных медицинских реабилитационных мероприятий и создание индивидуальных реабилитационных программ, направленных на быстрое восстановление трудоспособности, стабилизации нарушенных функций, систем и органов или приспособления к самообслуживанию в соответствии с новыми, возникшими в результате болезни или травмы, условиями жизни позволит улучшить здоровье населения России и деятельность лечебно-профилактических учреждений здравоохранения.

На сегодняшний день во многих случаях больной выписывается из стационара «под наблюдение участкового врача», что в реальности означает «под собственное наблюдение». На амбулаторно-поликлиническом уровне слабо развита патронажная служба, не разработана система «стационара на дому», часто не обеспечивается преемственность в лечении между стационаром и поликлиникой, больным не доступны реабилитационные мероприятия. Недостаточно развита инфраструктура восстановительной медицины в виде Центров (отделений) восстановительной медицины и реабилитации, предназначенных для организации восстановительного лечения непосредственно после интенсивного лечения, операций, травм и отравлений. Имеющийся опыт работы соответствующих организаций в Московской и Ростовской областях доказал их очевидную медицинскую и экономическую эффективность.

Существующие в настоящее время отделения (кабинеты) по восстановительному лечению и реабилитации не соответствуют современным требованиям по оснащению диагностическим оборудованием. Отмечается острая нехватка специализированных кадров реабилитационной службы в первую очередь, врачей восстановительной медицины, подготовленных для работы в специализированных отделениях медицинской реабилитации (неврологических, кардиологических и др.), а также врачей и инструкторов ЛФК, физиотерапевтов, логопедов, нейропсихологов, медицинских психологов, трудотерапевтов, специалистов по социальной и профессиональной реабилитации социальных работников и др. Отсутствует необходимая нормативно-правовая база процесса восстановительного лечения и реабилитации.

Практически полностью не реализуется на практике профилактическое направление восстановительной медицины в части выявления лиц групп повышенного риска развития заболеваний и их оздоровления

с применением немедикаментозных технологий (природных лечебных факторов, физиотерапии, рефлексотерапии, традиционных методов лечения, физических упражнений, профилактического питания и др.). Для сохранения и укрепления здоровья населения Российской Федерации необходимо формирование приоритета здоровья в системе социальных и духовных ценностей российского общества путем создания у населения экономической и социокультурной мотивации быть здоровым и обеспечения государством правовых, экономических, организационных и инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни. Для реализации данного направления необходимо совершенствование медико-гигиенического образования и воспитания, особенно детей, подростков, молодежи через средства массовой информации и центры здоровья в образовательных учреждениях; создание эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками; создание систем мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях, а работодателей к участию в охране здоровья работников посредством установления льгот по страховым взносам на обязательное медицинское и социальное страхование, стимулирования работающих коллективов к ведению здорового образа жизни.

Таким образом, также не удовлетворяются имеющиеся потребности значительной части населения Российской Федерации в медицинской помощи по восстановительной медицине. Социальное значение данной специальности состоит в реализации нового направления в медицине, ориентированного на создание системы лечения и воспроизводства здоровья человека, в виде комплексных лечебно-профилактических и медико-социальных мероприятий, ограничивающих формирование потока больных, обеспечивающих поддержание оптимальной работоспособности и качества жизни.

Целью восстановительной медицины как нового профилактического направления в науке и практике здравоохранения является создание системы, обеспечивающей процессы формирования, активного сохранения и восстановления функциональных резервов организма человека, реализацию потенциала здоровья для ведения полноценной производственной, социальной и личной жизни, снижения темпов старения, преждевременной смертности, заболеваемости, инвалидизации населения, увеличения средней продолжительности и качества жизни, улучшения демографической ситуации в стране.

В целях обеспечения качества и доступности медицинской помощи на всех этапах лечебно-диагностического процесса необходимо создание стройной организационной системы, включая максимально быструю доставку пациента в лечебно-профилактическое учреждение, оснащенное лечебно-диагностическим оборудованием, укомплектованное подготовленными медицинскими кадрами и обеспеченное необходимыми лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения согласно соответствующим стандартам.

Необходимо обеспечить поэтапное продолжение лечения в других медицинских учреждениях (преемственные восстановительное лечение и реабилитация, вторичная профилактика, санаторно-курортное лечение) или на дому, в соответствии с порядком оказания

медицинской помощи при конкретном заболевании или состоянии, до достижения наилучшего результата (выздоровление, функциональное восстановление).

Улучшение развития первичной медико-санитарной помощи, в том числе уменьшение количества прикрепленного взрослого населения до 1,2-1,5 тыс. человек, детского – до 600-800 детей и подростков на 1 участок с уменьшением нагрузки на одного участкового врача, придание приоритета профилактической работе, усиление патронажной и реабилитационной функции, внедрение системы «стационаров на дому», обеспечиваемых мобильными специально оснащенными патронажными бригадами, дооснащение учреждений, совершенствование и расширение стационарзамещающих медицинских технологий будут способствовать улучшению профилактической и лечебной работы.

Необходима оптимизация работы учреждений стационарного уровня в части установления целевых показателей работы учреждений, отражающих не только виды и объемы оказанной медицинской помощи, но и ее качество, внедрения этапности медицинской помощи и разработанных маршрутов транспортировки больных на основе рационального распределения функциональных обязанностей стационаров.

Совершенствование системы поэтапного восстановительного лечения и реабилитации должно заключаться в создании сети учреждений Центров (отделений) восстановительной медицины и реабилитации, больниц (отделений) восстановительного лечения, реабилитации, подразделений медицинского ухода, в том числе за счет перепрофилизации части работающих стационаров и санаторно-курортных учреждений; расширение сети дневных стационаров восстановительного лечения и реабилитации; укомплектование и оснащение учреждений (отделений) восстановительного лечения, реабилитации, медицинского ухода квалифицированными кадрами согласно стандартам; оснащение учреждений (отделений) восстановительного лечения, реабилитации, медицинского ухода согласно стандартам; внедрение высокотехнологичных реабилитационных технологий; создание системы целевых показателей работы учреждений патронажно-реабилитационного уровня, отражающих качество медицинской помощи (степень восстановления нарушенных функций, показатели первичной инвалидности и утяжеления инвалидности).

Расширение сети лечебно-профилактических учреждений, оказывающих помощь по восстановительной медицине, позволит сократить сроки пребывания больного в стационаре в остром периоде, так как больные в стадии неполной ремиссии будут переведены в больницы и отделения восстановительного лечения. Максимально раннее начало индивидуальных программ по восстановительному лечению будет способствовать снижению сроков нетрудоспособности при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний. Расширение сети медицинских учреждений, занимающихся комплексными реабилитационными программами, позволит начать раннюю медицинскую реабилитацию последствий травм и хронических заболеваний, что приведет к снижению инвалидности, особенно среди лиц трудоспособного возраста.

Кроме того, разработка и внедрение системы управления качеством медицинской помощи на основе порядков и стандартов ее оказания, унификация оснащения медицинских организаций оборудованием в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, расширения хозяйственной самостоятельности учреждений здравоохранения, а также повышение их ответственности за экономические результаты своей деятельности, в том числе с изменением организационно-правовых форм, на основе единой системы критериев позволит повысить эффективность, полноту и качество оказания медицинской помощи населению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Разумов А.Н., Бобровницкий И.П., Шакула А.В. Современные аспекты реабилитации в медицине. Материалы 1 международной конференции. – 2003. – С. 294.
2. Разумов А.Н. Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России». – 2005. – С. 1-4.
3. Разумов А.Н., Прохоров В.А., Лимонов В.И. Материалы Международного конгресса «Здравница-2005». – 2005. – С. 7-8.
4. Разумов А.Н. Тезисы доклада. Материалы Третьего Международного конгресса «Восстановительная медицина и реабилитация». – 2006. – С. 2-4.
5. Разумов А.Н. Вестник восстановительной медицины. – 2006. – Т. 17, № 3. – С. 4-6.
6. Разумов А.Н. Курортные ведомости. – 2006. – Т. 36, № 3. – С. 4-6.

7. Разумов А.Н., Бобровницкий И. Материалы Первого Всероссийского Съезда врачей восстановительной медицины «Резюме 2007». – 2007. – С. 235-241.

8. Разумов А.Н., Покровский В.И. Руководство. – М. Медицина. – 2007. – 544 с.

9. Разумов А.Н. Курортное дело. – 2007. – № 1. – С. 6-8.

10. Правительство Российской Федерации Распоряжение от 14 февраля 2008. – № 170-р

РЕЗЮМЕ

На основании статистических материалов по заболеваемости населения России, деятельности учреждений здравоохранения произведена оценка эффективности медицинской помощи населению на различных этапах ее оказания. Показано, что расширение сети лечебно-профилактических учреждений, оказывающих помощь по восстановительной медицине, позволит сократить сроки пребывания больного в стационаре в остром периоде, раннее начало проведения индивидуальных программ по восстановительному лечению и реабилитации будет способствовать снижению сроков нетрудоспособности, инвалидности, особенно среди лиц трудоспособного возраста.

ABSTRACT

On the basis of the Russian population morbidity statistic materials, health protection institutions activities the article estimates the effectiveness of medical aid to the population at different stages of its providing.

The article proves that medioprophyllactic institutions, providing restoratory medicine aid, network enlargement shortens the term of inpatient department treatment in acute period; earlier beginning personal medioprophyllactic and rehabilitation programs provides decreasing the term of incapacity for work, disability, especially, among able-bodied population.

МЕТОДОЛОГИЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

СОКОЛОВ А.В., д.м.н., профессор, директор клинического санатория «Приокские дали», ДЕХАНОВ В.В., зав. отделением восстановительного лечения, врач-терапевт высшей категории Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, г. Рязань Клинический санаторий «Приокские дали» ООО «Газпром Трансгаз Москва», Московская область sekretar@spd.mtg.gazprom.ru

АННОТАЦИЯ

Исследование проведено на базе клинического санатория «Приокские дали» ООО «Газпром Трансгаз Москва». В работу были включены пациенты, которые поступили на реабилитационное лечение в санаторий с направительным диагнозом: ХБ в фазе ремиссии. Общее число больных ХБ составило 90 человек, из них мужчин 61 (67,8%), женщин 29 (32,2%). Возраст больных находился в пределах от 18 до 65 лет (средний возраст 50,0±0,3 года). Контрольную группу для сопоставления функционального состояния составили 30 больных остеохондрозом позвоночника пояснично-крестцового отдела без сопутствующих заболеваний. Указанные пациенты не имели неврологической симптоматики и изменений со стороны дыхательной системы. Группы были стандартизованы по возрасту, полу, антропометрическим данным.

ВВЕДЕНИЕ

Заболеваемость хроническим бронхитом (ХБ) среди взрослого населения России по обращаемости варьирует от 10 до 20%, при этом истинная распространенность заболевания может быть значительно выше [1]. Прогрессирующее течение ХБ приводит к легочной и сердечной недостаточности, потере трудоспособности и снижению качества жизни больных,

поэтому рациональное лечение этого заболевания имеет важное социально-экономическое значение [2, 3, 4].

Известно, что в большинстве случаев общеклинические симптомы обострения ХБ исчезают быстрее, чем ликвидируются морфофункциональные нарушения [5]. Отсутствие медицинской коррекции этих процессов на этапах восстановительного периода ведет к прогрессированию болезни и развитию необратимых морфологических изменений. А.Н. Разумов (2000, 2008) подчеркивает, что целенаправленная коррекция адаптивных возможностей составляет суть вторичной профилактики болезней [6, 7].

На заседаниях Президиума Государственного совета Российской Федерации и Коллегии МЗ Российской Федерации подчеркнута необходимость повышения эффективности и объективной оценки результатов лечения на реабилитационном этапе [8]. Развитие данного направления медицины рассматривается Президентом и Правительством РФ прежде всего как дополнительное инвестирование в здоровье граждан страны [9]. При этом высокодоказательные рекомендации по физической реабилитации больных с другой, помимо хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), хронической бронхолегочной патологией на сегодняшний день отсутствуют (American