

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 «РесСпоМед 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 $50,0 \pm 0,3$ 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

Thoracic Society / European Respiratory Society, 2006); также не определены опорные признаки формирования лечебных комплексов, не отработан механизм их индивидуальной адаптации.

Целью настоящей работы была разработка методологического подхода к индивидуальному назначению реабилитационного лечения больным ХБ на основе оценки функционального состояния организма.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

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 $50,0 \pm 0,3$ 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.

Обследование и лечение больных проводились в соответствии с Федеральным стандартом санаторно-курортной помощи больным с болезнями органов дыхания, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 212. Действие данного стандарта распространяется на пациентов с простым и слизисто-гнойным хроническим бронхитом (код по МКБ-10: J41).

Оценка клинко-функционального состояния больных ХБ при поступлении и выписке из санатория дополнялась исследованием функциональных резервов организма (ФРО) с помощью программно-аппаратного комплекса (ПАК) «Интегральный показатель здоровья» [10]. Это исследование позволяет определить функциональные возможности и адаптационный потенциал организма посредством интегральной оценки его висцеральной и психоэмоциональной сфер. Комплекс тестов, входящих в состав ПАК, и соответствующие этим тестам параметры представлены на рис. 1.

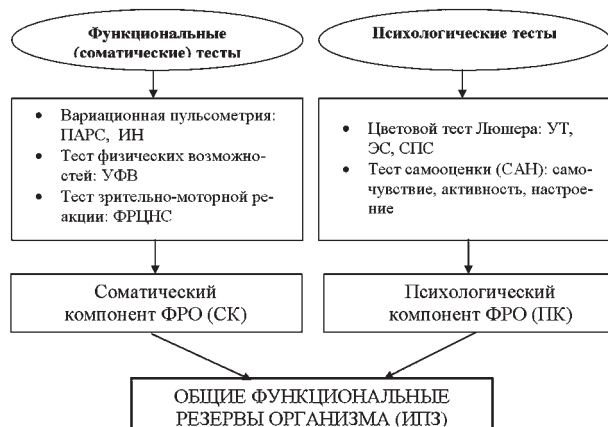


Рис. 1. Логическая схема исследования на ФРО.

В настоящей работе анализировались следующие показатели ФРО: интегральный показатель здоровья (ИПЗ), показатель активности регуляторных систем (ПАРС), индекс напряжения (ИН), уровень физических возможностей (УФВ), функциональные резервы ЦНС (ФРЦНС), уровень тревожности (УТ), эмоциональная стабильность (ЭС), стрессоустойчивость (СПС), соматический компонент (СК) и психологический компонент (ПК) функциональных резервов.

Комплексная базовая реабилитационная программа в соответствии с Федеральным стандартом включала в себя: оптимальное питание на основе диеты № 15; терренкур, дыхательную гимнастику, ЛФК; климатотерапию; лечебно-оздоровительный бассейн; галотерапию; лечебный массаж; водолечение; фитотерапию; ингаляции бронхолитиков, муколитиков, мукокинетиков, антигистаминных препаратов, фитопрепаратов, минеральной воды; фармакотерапию по показаниям. Данная базовая реабилитационная программа служила усредненной стандартной схемой медицинской коррекции.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Большинство больных (94,4%) предъявляли жалобы, типичные для ХБ в фазе ремиссии: малоинтенсивный кашель, преимущественно утренний, и отделение небольшого количества вязкой слизистой мокроты; жалобы неспецифического характера: снижение работоспособности – в 62,2% случаев, слабость и утомляемость – в 46,7% случаев. Реже пациенты отмечали тревожность, пониженный фон настроения, раздражительность и нарушение сна. У 5 больных присутствовали только неспецифические жалобы.

При физикальном обследовании у 64 человек (71,1%) выслушивалось жесткое дыхание, побочные дыхательные шумы отсутствовали у всех пациентов. Частота дыхательных движений у больных ХБ колебалась от 16 до 21 в минуту (в среднем $17,2 \pm 0,5$). При анализе результатов спирографии у больных ХБ обнаружено, что в среднем величины SVC, FVC и отношение FEV1/FVC были в пределах нормы; FEV1, FEF25 и PEF – в рамках условной нормы; FEF50, FEF75 и FEF25-75 – незначительно снижены; показатель FEV1/FVC составлял от 71 до 108% от должной величины. Исследование ФРО при поступлении позволило выявить у больных ХБ ряд особенностей клинко-функционального состояния, отраженных в табл. 1.

Таблица 1.

Средние значения показателей функциональных резервов организма у больных ХБ и пациентов контрольной группы, $M \pm m$.

Показатели	Нормальные значения	Группа больных ХБ	Контрольная группа
ПАРС, баллы	$\leq 2,0$	$2,1 \pm 0,1$	$1,9 \pm 0,3$
ИН, ед.	50 – 150	$508,4 \pm 23,1$	$176,2 \pm 18,7^{**}$
УФВ, баллы	≥ 10	$7,8 \pm 0,3$	$11,2 \pm 0,6^{**}$
ФРЦНС, %	≥ 50	$56,5 \pm 1,7$	$64,7 \pm 0,8^{**}$
УТ, %	≥ 50	$69,2 \pm 1,6$	$70,2 \pm 2,2$
ЭС, %	≥ 50	$57,0 \pm 1,4$	$63,9 \pm 2,4^*$
СПС, %	≥ 50	$74,4 \pm 2,8$	$82,5 \pm 3,9$
СК, %	≥ 50	$46,0 \pm 1,6$	$61,4 \pm 1,9^{**}$
ПК, %	≥ 50	$67,4 \pm 1,7$	$69,0 \pm 2,7$
ИПЗ, %	≥ 50	$50,2 \pm 1,5$	$63,3 \pm 1,4^{**}$

Примечание: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,001$ (уровень достоверности различий между показателями основной и контрольной групп).

Видно, что в группе больных ХБ достоверно меньше по сравнению с контрольной группой средние

величины ИПЗ, СК, УФВ, ФРЦНС, ЭС и больше – ИН. Таким образом, для больных ХБ характерно относительное снижение общих функциональных резервов, преимущественно за счет соматического компонента, обусловленное снижением физических возможностей организма, функциональных резервов ЦНС, выраженной симпатикотонией. Несколько ниже в основной группе и показатели психоэмоционального состояния, в частности, статистически достоверным у больных ХБ оказалось снижение эмоциональной стабильности.

При назначении лечения мы руководствовались принципом адекватности медицинского воздействия текущему физиологическому состоянию организма и уровню резервов его адаптации. В соответствии с данным принципом нами были сформированы три варианта базовой программы: тренирующий, тонизирующий и щадящий (рис. 2).

Щадящий вариант представлял собой минимально достаточный объем реабилитационных мер и назначался пациентам с низкими функциональными резервами организма. При этом доминировало седативное воздействие на больного, интенсивность двигательного режима была снижена.

Пациентам с умеренным снижением функциональных резервов организма, наблюдавшимся при

наличии умеренного напряжения систем адаптации, выраженной симпатикотонии, снижении уровня физических возможностей, функциональных резервов ЦНС, эмоциональной стабильности, стрессоустойчивости и повышении тревожности, назначался тонизирующий вариант базовой реабилитационной программы. В ходе реализации данного варианта реабилитационного лечения предпочтение отдавалось методам, снижающим активность симпатического отдела вегетативной нервной системы, параметры лечебных факторов дозировались в режиме умеренной интенсивности. При обнаружении оптимальных значений показателей ФРО у больных ХБ базовая программа назначалась им в полном объеме.

После проведенного реабилитационного лечения 94% больных ХБ, предъявлявших жалобы, отметили улучшение самочувствия. Отмечались уменьшения интенсивности и частоты кашля, значительно снизилось количество неспецифических жалоб. Анализ результатов повторной спирометрии выявил улучшение бронхиальной проходимости и увеличение форсированной ЖЕЛ выдоха ($p < 0,05$).

Динамика средних величин изучаемых параметров ФРО представлена в табл. 2.

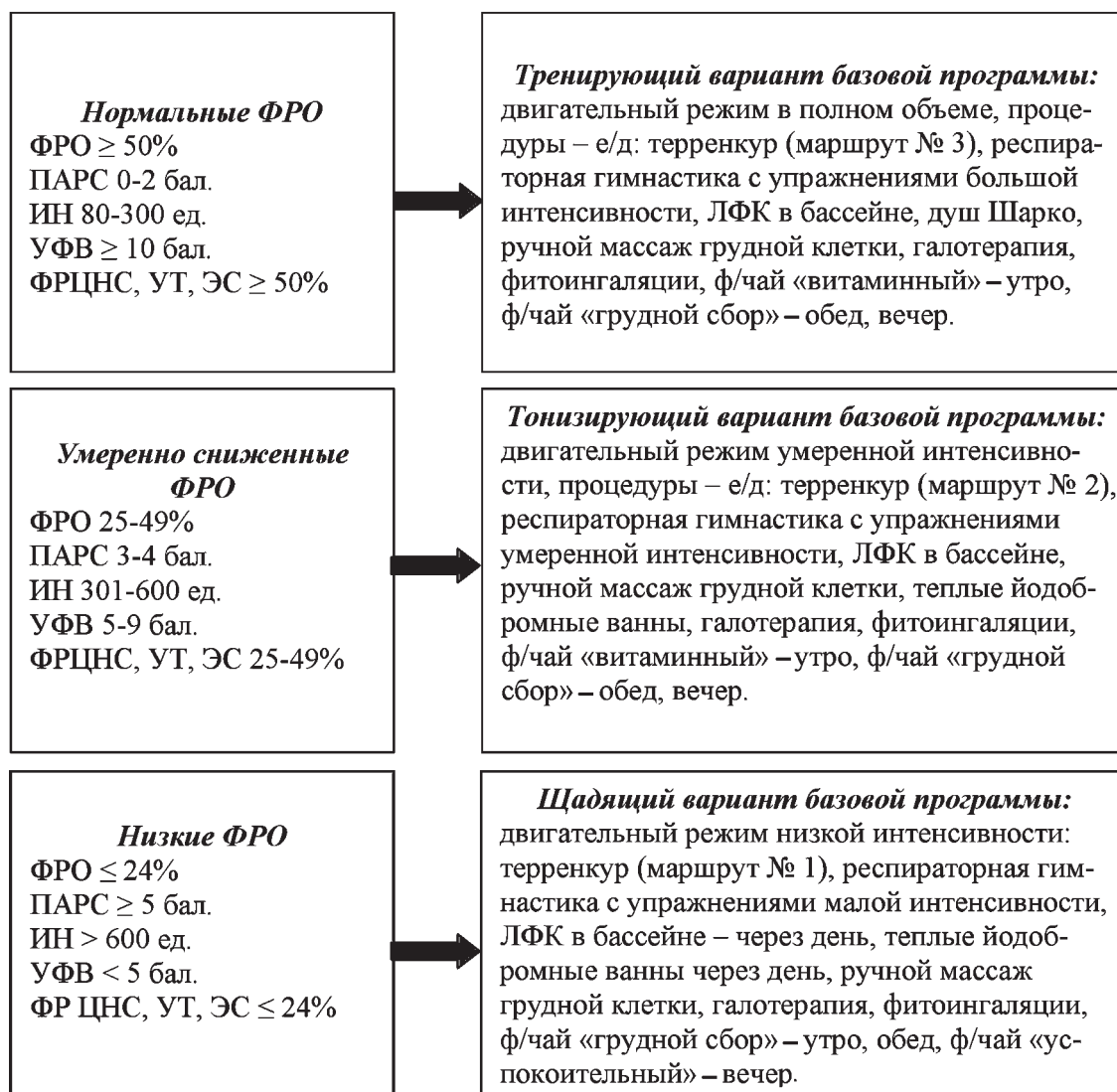


Рис. 2. Алгоритм индивидуальной адаптации базовой реабилитационной программы для пациентов с ХБ.

Таблица 2.
Клинико-функциональные показатели у больных ХБ
до и после курса реабилитационного лечения, $M \pm m$.

Показатели	До лечения	После лечения
ПАРС, баллы	2,1±0,1	1,6±0,2*
ИН, ед.	508,4±23,1	322,8±26,3***
УФВ, баллы	7,8±0,3	9,3±0,4**
ФРЦНС, %	56,5±1,7	67,1±1,2***
УТ, %	69,2±1,6	77,4±1,9***
ЭС, %	57,0±1,4	65,7±1,7***
СПС, %	74,4±2,8	83,7±2,9*
СК, %	46,0±1,6	58,3±1,5***
ПК, %	67,4±1,7	74,6±2,4*
ФРО, %	50,2±1,5	63,4±1,3***

Примечание: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$ (уровень достоверности различий между показателями до и после лечения).

Данные таблицы свидетельствуют о том, что наравне с традиционными критериями эффективности лечения (уменьшение жалоб, улучшение ФВД), было объективно зарегистрировано достоверное улучшение общих функциональных резервов организма. Улучшение ФРО произошло за счет роста адаптационного потенциала, уменьшения вегетативного дисбаланса, роста физических возможностей, функциональной способности ЦНС и улучшения психоэмоционального статуса пациентов.

ВЫВОДЫ

Больные ХБ поступают на реабилитационное лечение в состоянии ремиссии и имеют минимальную типичную клиническую симптоматику, результаты традиционных стандартных методов исследования малоинформативны. При этом исследование ФРО позволяет выявить ряд отклонений в клинко-функциональном состоянии больных ХБ, заключающихся в снижении общих функциональных резервов, ухудшении физических возможностей и функционального состояния ЦНС, нарушении вегетативного гомеостаза и психоэмоционального статуса.

Выявленные особенности клинко-функционального состояния (уровни ПАРС, ИН, УФВ, ФР ЦНС, УТ, ЭС, ИПЗ) являются объективными показателями и могут служить опорными признаками для проведения индивидуальной адаптации базовой комплексной лечебной программы для больных ХБ.

Показатели ФРО, используемые в дополнение к стандартным методам исследования, могут быть использованы для объективной оценки результатов лечения больных ХБ на реабилитационном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания // А.Г. Чучалин (и др.) // Рук. для практикующих врачей / Под общ. ред. А.Г. Чучалина. – М.: Литтерра, 2004. – 874 с.
2. Восстановительная терапия больных хроническим бронхитом с заболеваниями позвоночника // М.А. Орлов (и др.) // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физич. культуры. – 2003. – № 6. – С. 12-14.
3. Кузнецова Н.Д. Терапия, основанная на доказательствах / Н.Д. Кузнецова, Т.Ф. Одегова, А.В. Смирнов // Фармация. – 2007. – № 8. – С. 20-21.
4. Effect of short-course high-dose amoxicillin therapy on resistant pneumococcal carriage / S.J. Schrag (et al.) // JAMA. – 2001. – Vol. 286. – P. 49-56.
5. Чучалин А.Г. Кашель (патофизиология, клиническая интерпретация, лечение) // А.Г. Чучалин, В.Н. Абросимов. – Рязань: ООО «Бюро рекламы «Мила», 2000. – 104с.
6. Разумов А.Н. Восстановительная медицина и реабилитация: стратегия и перспективы // А.Н. Разумов // Материалы III Межд. конф. по восстановительной медицине (реабилитологии). Москва, 6-8 декабря 2000 г. – М.: Златограф, 2000. – С. 20-28.
7. Разумов А.Н. Этапы и перспективы развития концепции восстановительной медицины в системе здравоохранения Российской Федерации // А.Н. Разумов, И.П. Бобровницкий. Современные диагностические и восстановительные технологии: сб. науч. тр. / Под ред. проф. А.В. Соколова. – Рязань: РязГМУ, 2008. – Вып. 4. – С. 3-17.
8. О развитии курортно-рекреационного комплекса Российской Федерации. Госссовет РФ (Доклад, подготовленный рабочей группой) // Курортные ведомости. – 2004. – № 6. – С. 4-16.
9. Соколов А.В. Диагностические технологии восстановительной медицины: достигнутые результаты и перспективы развития / А.В. Соколов // Вестн. восстановительной медицины. – 2008. – № 5(27). – С. 4-9.
10. Соколов А.В. Интегральная оценка резервов индивидуального здоровья: Методические рекомендации // А.В. Соколов. – М., 2003. – 52 с.

РЕЗЮМЕ

Стандартное клинко-инструментальное обследование больных ХБ при поступлении на реабилитационное лечение целесообразно дополнять исследованием функциональных резервов организма. Выявленные особенности функционального состояния больных ХБ могут быть использованы для индивидуализации базовой реабилитационной программы и последующего контроля ее эффективности.

ABSTRACT

The standard clinical examination of patients with chronic bronchitis admitted for rehabilitation course should be added with examination of functional condition. The revealed features of functional condition of patients with chronic bronchitis can be used for an individualization of the base rehabilitation program and then for the control of its efficiency.

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРОФИЛЬНОЙ КОМИССИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*ШАКУЛА А.В., д.м.н., руководитель направления организации службы восстановительной
медицины РНЦ восстановительной медицины и курортологии, г. Москва, Россия
ПРИЛИПКО Н.С., к.м.н., руководитель отдела стандартизации и организации службы
восстановительной медицины n_prilipko@mail.ru*

28 сентября 2009 года в Москве состоялось совещание профильной комиссии по специальности «восстановительная медицина». Согласно Приказу № 622 от 05.11.2008 г. «Об Экспертном совете в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

в целях реализации государственной политики в сфере здравоохранения, повышения роли научных, образовательных медицинских учреждений в области охраны и укрепления здоровья населения при Минздравсоцразвитии России создан Экспертный совет в сфере здравоохранения. В составе Экспертного