



ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

ФОРМИРОВАНИЕ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

УДК 614

Белякин С.А., начальник ФГУ «3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А. Вишневского Минобороны России», д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, генерал-майор медицинской службы;

Юдин В.Е., начальник филиала № 2 ФГУ «3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А. Вишневского Минобороны России», к.м.н., доцент, заслуженный врач РФ;

Щегольков А.М., заведующий кафедрой медицинской реабилитации и физических методов лечения Государственного института усовершенствования врачей Минобороны России, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ.

Аннотация.

Изучены исторические предпосылки формирования современной системы медицинской реабилитации в Вооруженных Силах Российской Федерации, которая включает госпитальный, амбулаторно-поликлинический и санаторный этапы. Каждый из них решает свою часть общей задачи реабилитации присущими каждому из них методами. Реабилитационные учреждения, объединяемые этапной системой, имеют общую стратегическую цель и действуют на основе общих принципов достижения этой цели при обеспечении индивидуализации программы для каждого раненого и больного.

Введение.

Необходимость сохранения здоровья, боеспособности и трудоспособности военнослужащих диктует потребность развития реабилитационного направления и восстановительного лечения в военном здравоохранении. В российской военной медицине принципы реабилитации складывались уже в XVIII в. Во время Семилетней и русско-турецкой войн при организации медицинского обеспечения войск предписывалось в «заграничных госпиталях выздоравливающих, после как из лечения выйдут, для приведения их в силу до отправки к армиям и полкам, содержать при госпитале и довольствовать по целому месяцу». В Положении о военно-временных госпиталях 1812 г., разработанном Я.В. Виллие, предусматривалось в главных и подвижных госпиталях иметь особые палаты для выздоравливающих [1].

Во время Первой мировой войны в русской армии для раненых и больных предусматривались команды выздоравливающих при воинских частях и эвакуационных пунктах. Организационно команды выздоравливающих соответствовали роте при батальоне. В первые месяцы Великой Отечественной войны появилась необходимость развертывания широкой сети батальонов выздоравливающих. В указании начальника Главного военно-санитарного управления Красной Армии № 452947 от 6 августа 1941 года начальники Санитарных управлений фронтов и Санитарных отделов военных округов информировались о том, что согласно директивы Генерального штаба Красной Армии № орг/2/524915 «Главнокомандующим и Командующим войсками округов дано указание развертывать батальоны выздоравливающих своим распоряжением по мере надобности». Были внесены существенные изменения в штатно-организационную структуру санитарной службы, заключавшиеся в создании новых ее учреждений, сыгравших значительную роль в деле становления медицинской реабилитации. Среди них: сортировочно-эвакуационные госпитали и госпитали для легкораненых. С 1942 года в Красной Армии при медико-санитарных батальонах были организованы команды выздоравливающих для легкораненых и со сроками лечения от 5 до 12 дней.

Несмотря на то, что СССР располагал огромными людскими ресурсами, тем не менее уже в первые месяцы войны стало очевидным то, что восполнение потерь за счет призыва на военную службу новых контингентов мужского населения встречало большие трудности. «Вы должны запомнить одну истину, – говорил Е.И. Смирнов в своей речи на конференции хирургов Северо-Кавказского фронта в сентябре 1943 г., – в настоящий момент мы являемся основным поставщиком резервов для действующей армии, и чем дольше будем воевать, тем наши резервы будут становиться все более необходимыми».

С началом Великой Отечественной войны работа курортов и санаториев, в том числе военных, была перестроена в соответствии с потребностями военного времени. На базе многих профилакториев и военных санаториев Главного военно-санитарного управления были сформированы эвакогоспитали и госпитали-санатории. Совместным приказом Наркомздрава РСФСР и Главного военно-санитарного управления были введены в действие «Правила отбора и направления в курортные госпитали раненых бойцов, командиров и политработников Красной Армии и Военно-Морского Флота», а также «Медицинские показания и противопоказания для направления в курортные госпитали». Первые итоги этой работы рассматривались на пленуме курортной секции Ученого медицинского совета Наркомздрава РСФСР в июле 1942 года.

Сотни тысяч раненых, получивших лечение в курортных госпиталях, эвакогоспиталях, развернутых на базе санаториев, возвращались в строй. Только в санаториях Сочинского курорта восстановили свое здоровье и вернулись затем на фронт около полумиллиона раненых бойцов. Опыт санаторно-курортного лечения в условиях военного времени широко использовался для лечения раненых. Климатолечение, бальнео-грязелечение, физиотерапия, лечебная физкультура в сочетании с хирургическими и другими методами значительно сокращали сроки лечения и способствовали быстрейшему возвращению в строй раненых солдат и офицеров.

По мере приближения фронтов ряд военных санаториев, дислоцированных на курортах Кавминвод, в Сочи, Подмоскovie и иных местах европейской части Союза, в начале войны были эвакуированы в тыл страны и реорганизованы в эвакогоспитали. В 1943–1944 гг. большинство военных санаториев возвратилось к месту постоянной дислокации, чтобы продолжить выполнение задач по лечению раненых и больных вплоть до окончания войны.

Быстрое и масштабное создание и внедрение развитой системы реабилитационных мероприятий в лечебных учреждениях действующей армии и тыла позволило в годы Великой Отечественной войны вернуть в строй 72,3% раненых и 90,6% больных [1, 6].

Под реабилитацией в системе военно-медицинской службы в настоящее время принято понимать совокупность медицинских, психологических, военно-профессиональных, социально-экономических и педагогических мер, направленных на восстановление здоровья и боеспособности (трудоспособности), нарушенных или утраченных военнослужащими в связи с болезнью или травмой [3].

В основу реабилитации положены принципы плановости (программности), комплексности, системности, индивидуализации, информативности, непрерывности и преемственности. Этапный характер реабилитационной системы создает необходимость строгой преемственности этапов, взаимной передачи информации. Осуществление программ должно предусматривать прогнозирование и объективную оценку результатов.

Важное значение медицинская реабилитация имеет для больных в фазе реконвалесценции после острых заболеваний и травм, больных в фазе ремиссии хронических заболеваний, а также военнослужащих специальных контингентов, как основных объектов реабилитационных мероприятий. Медицинская реабилитация после острых заболеваний имеет не только восстановительное значение, но и является мерой первичной профилактики, так как острые заболевания могут быть предболезнью хронических нозологических форм. Лечение же больных в фазе ремиссии совпадает с задачами вторичной профилактики рецидивов и обострений хронического процесса.

Материалы и методы исследования.

В настоящее время в Вооруженных Силах (ВС) сложилась этапная система медицинской реабилитации. Она включает этапы: госпитальный, амбулаторно-поликлинический, санаторный. Каждый из них решает свою часть общей задачи реабилитации присущими каждому из них методами.

Реабилитационные учреждения, объединяемые этапной системой, имеют общую стратегическую цель и действуют на основе общих принципов достижения этой цели при обеспечении индивидуализации программы для каждого больного и специфики осуществления программы исходя из реальных возможностей конкретных этапов реабилитации. Результативность реабилитации оценивается как по ее ходу, так и по завершении, а также и в отдаленном периоде. Эффективность восстановительного лечения определяется следующими критериями:

- восстановлением и степенью сохранения военно-профессиональной деятельности (трудоспособности), адаптацией в социальной сфере;
- динамикой уровня физической активности;
- динамикой показаний лабораторных, функциональных, эндоскопических, рентгенологических и результатов других методов исследований;
- частотой обострений и рецидивов заболеваний;
- осложнениями в течении заболевания, переходом в хроническую форму, инвалидизацией и летальными исходами.

Цель реабилитации – социальная, поэтому и оценка ее эффективности должна учитывать наряду с медицинскими показателями также и социальные – оценку трудоспособности, а для военнослужащих – результаты военно-врачебной экспертизы с оценкой годности к военной службе. Следует учитывать и реальный возврат к профессиональной деятельности.

Одним из важнейших направлений в реабилитации раненых и больных является создание оптимальных стандартов объема и качества обследования и лечения. Современные стандарты медицинской реабилитации в военно-лечебных учреждениях представлены в трехтомном методическом пособии по медицинской реабилитации в ВС РФ [3].

В условиях реформирования Вооруженных Сил, в т.ч. военно-медицинской службы, возникли специфические медико-экономические и социально-психологические предпосылки новых идей в стратегии медицинского обеспечения армии и флота, в частности профилактической и восстановительной медицины.

«Восстановительная медицина» с точки зрения практики медицинского обеспечения Вооруженных Сил – это комплекс медицинских мероприятий, направленных на восстановление профессионального здоровья военнослужащих (прежде всего летчиков, ракетчиков, подводников, т.е. спецконтингента) при его функциональной парциальной недостаточности, препятствующей эффективному выполнению профессиональных обязанностей.

В настоящее время определяются следующие основные направления оптимального развития восстановительной медицины в ВС РФ:

- совершенствование методов ранней и доклинической диагностики болезней военнослужащих;
- предупреждение возникновения и развития у военнослужащих профессионально обусловленных болезней;
- совершенствование методов восстановительного лечения, широкое применение немедикаментозных форм терапии;
- разработка единых технологий экспертизы профессионального здоровья;
- повышение функциональных резервов здоровья военнослужащих.

В структуре медицинской службы ВС РФ отлажены функциональные связи между учреждениями и подразделениями, в задачи которых входит проведение реабилитационно-восстановительных мероприятий.

В 1990 году был открыт и занял свое ведущее место в системе медицинской реабилитации 6 ЦВКГ МО РФ, ныне филиал № 2 ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского Минобороны России», в котором только с 2000 по 2010 гг. получили протезно-ортопедическую помощь 1467 военнослужащих-участников боевых действий. Ежегодно в госпитале проходят медицинскую реабилитацию более 800 больных, перенесших операцию на сердце и крупных сосудах, около 200 больных после перенесенного инфаркта миокарда [6].

В ряде центральных военных госпиталей и лечебно-профилактических учреждений видов ВС сформированы центры (отделения) медицинской реабилитации, существенно повысившие эффективность восстановительного лечения на госпитальном этапе.

Система медицинской реабилитации (МР) в ВС сформировалась под давлением ряда специфических медицинских и социальных факторов. Необходимо было существенно повысить эффективность лечения раненых и больных, сократив при этом до минимума инвалидизирующее влияние патологического процесса, а также экономические затраты на их все более дорогостоящее специализированное лечение.

Современный подход к оптимизации лечебно-диагностического процесса в крупном клиническом многопрофильном учреждении реализован в 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневского после создания собственного реабилитационного центра (филиал № 2).

Наличие в системе медицинской службы филиала позволяет поднять восстановительное лечение в ВС РФ на качественно новый уровень и значительно раньше переводить больных с раннего на поздний госпитальный этап. Являясь многопрофильным лечебным учреждением реабилитационного профиля, филиал решает задачи этапной и заключительной реабилитации раненых и больных, разработки новых методических подходов в восстановлении боеспособности (трудоспособности) военнослужащих. Этому способствует работа на его базе кафедры медицинской реабилитации и физических методов лечения ГИУВ МО РФ.

Примером охвата восстановительным лечением в различных лечебных учреждениях МО РФ может служить система реабилитации военнослужащих, получивших боевую хирургическую травму в ходе локального конфликта в Чеченской республике. Большинство пациентов проходили общую госпитальную (84,1%) и специализированную реабилитацию (11,5%), в санаториях общего профиля (4,1%), в специализированных санаториях (0,8%). Это позволяет ориентировочно прогнозировать потребность в медицинской реабилитации в рамках вооруженного конфликта [7].

Медицинской службой Вооруженных Сил Российской Федерации медико-социальная реабилитация военнослужащих, пострадавших при исполнении воинского долга, ведется по нескольким направлениям:

- медицинская реабилитация раненых и больных с одновременным проведением им психологической реабилитации, а также отчасти социальной и профессиональной;

- медико-психологическая реабилитация участников боевых действий;

- проведение экспертизы с целью определения причинной связи ранений (заболеваний) с исполнением обязанностей военной службы;

- первичное протезирование и обеспечение предметами ухода и др;

- обучение профессии в период лечения.

Существующая в Вооруженных Силах система медицинской и медико-психологической реабилитации военнослужащих, пострадавших при исполнении воинского долга, позволяет проводить реабилитационно-восстановительные мероприятия всем нуждающимся в установленном объеме, быть основой их медико-социальной реабилитации.

Важную роль в этапной системе медицинской реабилитации играет санаторный этап. Восстановительный характер лечения, свойственный курортной терапии вообще, на современном этапе ее развития воплотился в форме создания отделений нового типа – отделений восстановительного лечения (ОВЛ) военных санаториев, предназначенных для послегоспитальной медицинской реабилитации больных хроническими заболеваниями в фазе ремиссии и реконвалесцентом после острых заболеваний, травм и операций непосредственно из стационара, а лечение в них осуществляется на основе использования курортных факторов [3, 4].

Еще в 1981 г. было начато направление на санаторную реабилитацию больных после вирусного гепатита (ВГ) в окружные санатории в порядке их перевода из госпиталей. Реабилитация этого контингента больных имела большое военно-медицинское значение ввиду большого распространения ВГ в войсках, особенно ведущих активные боевые действия в эпидемиологически неблагоприятных регионах. Следует подчеркнуть приоритетный характер создания санаторной системы реабилитации лиц, перенесших ВГ. В мировой и отечественной практике прецедентов такого опыта не было.

Восстановительное лечение в санаториях значительно увеличило процент полного выздоровления даже у наиболее тяжелых больных. После госпитального лечения оно отмечено в 12,8% , после санаторного – в 62,5%, частота проявлений астено-вегетативного синдрома уменьшилась в 10 и более раз. Биохимические показатели нарушения функций печени нормализовались у 60% больных. Отдаленные результаты подтвердили эффективность санаторного этапа реабилитации, обеспечившей не только полноту восстановления нарушенных функций, но и возвращение к военно-профессиональной деятельности.

Накопленный положительный опыт позволил распространить принцип санаторной реабилитации и на восстановительное лечение других, часто встречающихся в войсках, заболеваний.

В 1983 г. в Сакском военном санатории был организован центр медицинской реабилитации для больных с последствиями травм костей, суставов, мягких тканей. Центр обеспечивал восстановительное лечение ежегодно до 800–900 военнослужащих. Проводимое лечение позволило выписать с улучшением более 92% больных с контрактурами суставов, 74,5% – с последствиями повреждений и переломов костей, 83,7% – с травматическими повреждениями нервной системы. Опыт Сакского военного санатория изучен и развит в современных условиях в Пятигорском ЦВС [2, 7].

В 1984 г. в Звенигородском военном санатории было создано ОВЛ на 60 коек для лечения военнослужащих, перенесших острый инфаркт миокарда. В нем ежегодно проходят реабилитацию до 300 больных, перенесших острые заболевания органов кровообращения. За прошедшие годы с момента основания отделения санаторный этап реабилитации прошло более 7000 боль-

ных. Основной удельный вес (87%) составляют больные, перенесшие инфаркт миокарда, в том числе до 43–50% трансмуральный. Больные по тяжести состояния отнесены преимущественно к III функциональному классу (до 60–65%). Реабилитация завершается улучшением более чем у 90% больных. Положительные результаты реабилитации через 1 год после лечения сохранялись у 81,4%.

К настоящему времени сложилась и организационно оформилась система этапной реабилитации наиболее тяжелой категории больных, перенесших операции на сердце. В ОВЛ военного санатория «Архангельское» с 1991 года прошли реабилитацию более 4000 больных, перенесших различные операции на сердце. Основной удельный вес составляют больные после операции прямой реваскуляризации миокарда (74,0%), 10% – после операций на клапанах сердца, 13% – после инфаркта миокарда. Кадровые военнослужащие составили 38%.

В результате реабилитации 95% больных выписаны с улучшением. Этапное восстановительное лечение военнослужащих, перенесших операцию АКШ, способствовало возвращению к профессиональной деятельности в 86% случаев. Анализ работы ОВЛ санаториев убедительно свидетельствует об их высокой медицинской и социальной эффективности, что особенно важно в реабилитации лиц, перенесших заболевания, борьба с которыми имеет военно-медицинское значение.

На поликлиническом этапе медицинская реабилитация осуществляется в штатных и нештатных отделениях и кабинетах восстановительного лечения центральных, окружных, гарнизонных поликлиник, а также в процессе проведения динамического наблюдения и диспансеризации военнослужащих. В настоящее время необходимо наращивать мощности центральных поликлиник с переводом их на штаты диспансерно-реабилитационных центров с дневными стационарами. Примером в этом отношении может служить 52 КДЦ МО РФ (ныне филиал 3-го ЦВКГ МО РФ им. А.А. Вишневого). Его опыт работы широко используется в гарнизонных военных поликлиниках.

Главным критерием эффективности системы медицинской реабилитации должно стать не количество проведенных лечебно-диагностических мероприятий, а социальная оценка – сроки возврата военнослужащих в строй, уровень их боеспособности и профессиональной надежности, качество жизни.

Постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2005 года № 832 утверждена Федеральная целевая программа «Социальная поддержка инвалидов на 2006–2010 годы» подпрограмма «Социальная поддержка и реабилитация инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы» [5].

В рамках ФЦП «Социальная поддержка инвалидов на 2006–2010 годы» в ВС РФ ведется строительство реабилитационного центра на базе филиала №2 ФГУ «3-й ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России», созданы и функционируют с 2006 года :

- отделение восстановительного лечения на базе ОВКГ г. Ростов-на-Дону;

- отделение восстановительного лечения на базе ОВКГ г. Хабаровск;

- отделение восстановительного лечения на базе ВМКГ г. Североморск.

Заключение.

Таким образом, существующая в Вооруженных Силах система медицинской реабилитации и восстановительного лечения позволяет в полном объеме проводить реабилитационно-восстановительные мероприятия всем военнослужащим. Интеграция опыта медицинской службы ВС РФ по медицинской реабилитации раненых и больных в Государственную систему реабилитации и восстановительной медицины, активное участие медицинской службы ВС РФ в работе национальной ассоциации специалистов восстановительной медицины позволяет существенно повысить эффективность всей системы восстановительного лечения в Вооруженных Силах.



ЛИТЕРАТУРА

1. История военной медицины России // Под ред. А.А. Будко. – СПб, 2003. – Т. 1.
2. Медицинская реабилитация при травматической болезни // Метод. рекомендации под ред. Л.М. Клячкина, В.А. Гуляева / ГВМУ МО РФ. – М., 2000. – 38 с.
3. Медицинская реабилитация в Вооруженных Силах Российской Федерации // Метод. пособие для врачей. – Ч. 1. – М.: «Воениздат». – 2004. – 192 с.
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ №44 от 27.01.2006 «О долечивании (реабилитации) больных в условиях санатория».
5. Фисун А.Я., Щегольков А.М., Кузьмин Н.С. и др. Совершенствование медицинской реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы (в контексте реализуемой федеральной целевой программы) // Воен. мед. журн. – № 7. – 2008. – С. 4–5.
6. Фисун А.Я., Белякин С.А., Юдин В.Е. и др. Система медицинской реабилитации в Вооруженных Силах: история современность и перспективы // Воен. мед. журн. – № 8. – 2009. – С. 11–16.
7. Щегольков А.М., Синопольников И.В., Горшколепов О.И. и др. Медицинская реабилитация участников войны в Афганистане // Монография. – М., 2005. – 159 с.

РЕЗЮМЕ

В статье приводятся исторические предпосылки формирования современной системы медицинской реабилитации в Вооруженных Силах Российской Федерации, которая включает госпитальный, амбулаторно-поликлинический и санаторный этапы. Современная система медицинской реабилитации и восстановительного лечения позволяет в полном объеме проводить реабилитационно-восстановительные мероприятия всем военнослужащим.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, военнослужащие, участники боевых действий, реабилитационный центр, военный санаторий.

ABSTRACT

The article gives the historical background of the formation of the modern system of medical rehabilitation in the Armed Forces of the Russian Federation, which includes a hospital, outpatient and sanatorium stages. The modern system of medical rehabilitation and restorative treatment can fully carry out rehabilitation and reconstruction activities to all military personnel.

Key words: system of medical rehabilitation, hospital, sanatorium.

КОНТАКТЫ

Щегольков Александр Михайлович. Служебный адрес: г. Москва, ул. Малая Черкизовская, д. 7; служебный телефон: 8(495)455-99-64.

ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПАХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

УДК 614

Прилипко Н.С., зав. отделом стандартизации и организации службы восстановительной медицины;

Большакова Т.М., старший научный сотрудник отдела стандартизации и организации службы восстановительной медицины.

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Министерства здравоохранения и социального развития России», г. Москва, Россия

Аннотация.

В Российской Федерации отмечается рост заболеваемости среди взрослого и детского населения. При создании новых реабилитационных кабинетов (отделений), центров целесообразно предварительно проводить выявление наиболее значимых в социальном плане заболеваний и расчет нуждаемости в реабилитационной помощи.

Методика расчета потребности населения в оказании помощи по восстановительному лечению и медицинской реабилитации основана на данных заболеваемости взрослого населения по классам и группам болезней (по МКБ-10), а также на показаниях и противопоказаниях для восстановительного лечения и медицинской реабилитации в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

Научно обоснованные данные по потребности населения страны в помощи по восстановительной медицине больных и инвалидов могут служить основанием для перспективного планирования развития сети лечебно-профилактических учреждений, их медицинской специализации, рационального использования коечного фонда, медицинских кадров, немедикаментозных методов лечения, повышения эффективности лечения больных.

Материалы и методы исследования.

В изменившихся социально-экономических условиях в стране наблюдается значительный рост доли населения с наличием хронических форм различных заболеваний сре-

ди взрослого и детского населения. Отмечается рост показателей заболеваемости среди взрослого населения. Так, заболеваемость взрослого населения по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям в Российской Федерации неуклонно растет как в абсолютных числах, так и в пересчете на 100 тысяч населения [1, 2, 3, 4].

Таблица 1. Динамика заболеваемости в Российской Федерации

Год	Всего болезней	
	абсолютные числа в млн. случаев	на 100 000 взрослого населения
1996	115,2	105,0
1997	118,2	107,2
1998	119,3	108,1
2003	140,4	124,0
2004	144,5	127,5
2006	155,9	135,5
2007	159,1	138,1
2008	162,0	140,0
2009	165,4	142,8