

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ЧАСТИ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Ф.Я. Байбурин, В.И. Антропов, Е.В. Храмова

*ФГУЗ Центральная медико-санитарная часть № 119 ФМБА России, Москва*

Описан опыт организации восстановительного лечения в медико-санитарной части промышленного предприятия на примере ФГУЗ ЦМСЧ № 119 ФМБА России. Указаны основные нормативные документы, главные результаты работы по восстановительному лечению работников предприятий.

*Ключевые слова:* восстановительное лечение, медико-санитарная часть, промышленное предприятие.

### ORGANISATIONAL ASPECTS OF REHABILITATION IN THE MEDICAL-SANITARY UNIT OF THE INDUSTRIAL ENTERPRISE

Baiburin F.Y., Antropov V.I., Khramova E.V.

This article discusses the organization of the rehabilitation in a medical-sanitary unit of an industrial enterprise, using the example of the Central Medical-Sanitary Unit N 119. It also identifies the basic regulatory documents and presents main results of the rehabilitation work for enterprise's employees.

*Key words:* medical rehabilitation, medical-sanitary unit, industrial enterprise.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 09.06.2003 г. № 241 [1] в номенклатуру основных специальностей в учреждениях здравоохранения РФ внесена специальность «восстановительная медицина». Поскольку в соответствии с приказом МЗ и СР от 14.03.2008 г. № 119н [2] этот приказ был признан утратившим силу, с этого момента специальность «Восстановительная медицина» перестала существовать как основная. Приказом МЗ и СР от 11.03.2008 г. № 112н [3], а затем отменившим его приказом от 23.04.2010 г. № 210н [4], специальность «Восстановительная медицина» была внесена в номенклатуру специальностей, требующих дополнительной подготовки по ряду основных специальностей: неврология, терапия, общая врачебная практика, педиатрия, скорая

медицинская помощь, травматология и ортопедия. Приказом МЗ и СР от 09 февраля 2011 г. № 94н [5] внесены изменения в приказ МЗ и СР от 23.04.2009 г. № 210н. В соответствии с ними из графы «Специальность, требующая углубленной подготовки» по ряду основных специальностей, специальность «восстановительная медицина» исключена. Поскольку этот пункт вступает в силу с 01.01.2012 г., с этого времени специальность «восстановительная медицина» перестает существовать. Упразднение данной специальности не означает, что врачи перестали заниматься восстановительным лечением точно так же, как они занимались им до ее введения. Возможно только, что не все знали это, как известный мольеровский герой не знал, что он говорит прозой.

Восстановительное лечение существовало всегда, пока существовало такое понятие, как врачевание или лечение, потому что лечение и восстановительное лечение – есть синонимы. Лечение не может быть никаким другим, кроме как восстановительным. В противном случае это не лечение. Термин «восстановительное лечение» и реабилитация (восстановление), в первую очередь, медицинская, осуществляется усилиями всех заинтересованных специалистов на всех этапах болезни: – остром, подостром и восстановительном. Необходимо добавить, что медицинская реабилитация и есть восстановительное лечение – эти понятия невозможно не только противопоставить, но и разделить [6, 7]. Нетрудно видеть и органическую связь реабилитации с профилактикой. Достижение стойкой ремиссии в ходе восстановительного лечения, а значит, предупреждение хронизации заболевания – это сущность вторичной профилактики, что можно обозначить как «превентивную реабилитацию» [8].

Восстановительное лечение применялось с древнейших времен. Такие методы, как гидротерапия, рефлексотерапия имеют тысячелетнюю историю. С конца XIX – начала XX века в связи с появлением электричества стали использовать методы аппаратной физиотерапии. Как раздел медицины – реабилитология, восстановительная медицина, оформилась во второй половине XX века. В нашей стране методы восстановительного лечения всегда и очень результативно использовались на практике, особенно в военной медицине. Благодаря этому огромное количество раненых (десятки миллионов) в результате войн и конфликтов XX века было возвращено в строй.

В настоящее время данное направление, особенно в лечебных учреждениях, осуществляющих медицинское обеспечение работников предприятий с опасными условиями труда, становится еще более актуальным. Это обусловлено наличием в работе медико-санитарных частей промышленных предприятий целого ряда особенностей, требующих безотлагательных мер по совершенствованию организации восстановительного лечения. Среди важнейших следует отметить следующие:

1. Наличие на предприятиях вредных и опасных производственных факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на здоровье работающих.

2. Увеличение среднего возраста работников

обслуживаемых предприятий, которые все чаще являются работающими пенсионерами, что отрицательно сказывается на показателях общей заболеваемости прикрепленного контингента.

3. Среди лиц трудоспособного возраста на протяжении многих лет, не так быстро, как хотелось бы, снижаются показатели общей смертности и инвалидности вследствие сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

4. Улучшение диагностики заболеваний и их предикторов, необходимость последующего проведения лечебно-профилактических мероприятий, в том числе восстановительного характера, в связи с принятием Правительством Российской Федерации ряда решений, призванных улучшить медико-санитарное обслуживание работающего населения и других категорий граждан. Это нашло отражение в приказах МЗ и СР: от 28.12.2007 г. № 813 [9], 02.07.2009 г. № 383н [10], 04.02.2010 № 55н МЗ и СР [11], 05.08.2009 г. № 571 [12].

5. Необходимость раннего начала восстановительного лечения в случае выявления заболеваний в процессе проведения периодических медицинских осмотров лиц, занятых на работах с вредными условиями труда.

До недавнего времени многие промышленные предприятия, в том числе ракетно-космической отрасли, содержали разветвленную сеть лечебных учреждений-профилакториев, баз отдыха, санаториев, детских лагерей, домов отдыха, которые играли существенную роль в сохранении здоровья работников предприятий и в медицинской реабилитации перенесших различные, в том числе профессиональные заболевания. В последние годы значительная часть предприятий считает необходимым расставаться с ними, как с непрофильными активами, в результате чего медико-санитарным частям, кроме оказания первичной медико-санитарной помощи, приходится брать на себя функции реабилитационных центров. Такая тенденция определяется еще и тем, что для значительной части населения, в том числе работающего, в силу ряда причин санаторно-курортное лечение малодоступно. Кроме того, необходимо учесть, что амбулаторно-поликлинический этап является наиболее важным, поскольку пациент находится на нем длительное время, здесь ведется перманентное наблюдение за состоянием его здоровья, планируется и осуществляется система лечебно-профилактических мероприятий.

На пути выполнения задачи переноса центра тяжести по восстановительному лечению работников предприятий на первичное звено, необходимо преодолеть ряд сложностей:

1. Слабую подготовку цеховых терапевтов и узких специалистов по восстановительной медицине.

2. Недостаточную оснащенность медсанчастей оборудованием для скрининговых и последующих высокоинформативных, углубленных методов обследования, направленных на повышение результативности медицинского обследования, раннее выявление заболеваний и их предикторов, качество профотбора и оценку результативности проведенного восстановительного лечения.

3. Недостаточную оснащенность медико-санитарных частей, здравпунктов высокотехнологичным медицинским оборудованием для проведения восстановительного лечения.

4. Необходимость проведения лечения в рабочее время, что нередко противоречит интересам работодателей, поэтому становится важным создание на базе здравпунктов, находящихся на территории предприятий, материальной базы для проведения восстановительного лечения.

Целенаправленная работа по организации восстановительного лечения в медсанчастях ЦМСЧ № 119 началась с 2005 г. с подготовки специалистов по восстановительной медицине. За 2 года более 30 врачей различных специальностей прошли профессиональную переподготовку и усовершенствование по этой специальности. Введена должность внештатного главного специалиста по восстановительной медицине. При отборе специалистов для прохождения профессиональной переподготовки мы руководствовались приказом Минздравсоцразвития России от 07.07.2009 г. № 415н [13]. Это преимущественно были терапевты и неврологи. В базовом учреждении и 7 медико-санитарных частях организованы отделения восстановительного лечения (ОВЛ). В состав отделений вошли кабинеты физиотерапии, рефлексотерапии, массажа, ЛФК, теплолечения, бальнеолечения, мануальной терапии. В структуру большинства отделений включены дневные стационары (ДС), а в базовом учреждении и 2 медсанчастях – еще и кабинеты эфферентных методов лечения (ЭМЛ) с возможностью проведения мембранного плазмафереза, внутривенного лазерного и ультрафиолетового облучения крови (ВЛОК и УФОК). Необходимость вхождения в

состав ОВЛ ДС и кабинета ЭМЛ обусловлена тем, что больные с заболеваниями в подострой стадии, не нуждающиеся в лечении в круглосуточных стационарах, вначале проходят курс лечения в этих кабинетах, а затем направляются в другие кабинеты ОВЛ для физиотерапии, рефлексотерапии, ЛФК и др.

В медсанчастях, где открыты ОВЛ, разработано положение, в котором определены задачи отделения, показания и противопоказания для направления на восстановительное лечение, порядок направления в ОВЛ. Для учета результатов восстановительного лечения и последующего обобщения его результатов разработана карта индивидуальной программы реабилитации, определены функциональные обязанности сотрудников отделения, разработана методика и форма отчета о работе ОВЛ, программа диагностических и лечебных мероприятий, используемых при медицинской реабилитации в условиях медсанчасти. Для совершенствования медицинской реабилитации налажен учет потоков пациентов направляемых в ОВЛ:

1. С амбулаторного приема.
2. С диспансерного приема.
3. С дополнительной диспансеризации и углубленного медицинского осмотра.
4. С периодического медицинского осмотра.
5. После стационарного лечения, в том числе по высокотехнологичной медицинской помощи.

Результаты этой работы легли в основу изданного ЦМСЧ № 119 методического пособия «Организация восстановительного лечения в медико-санитарных частях промышленных предприятий», которое явилось основой для организации работы отделений восстановительного лечения во всех медико-санитарных частях ЦМСЧ № 119.

При разработке документов, регламентирующих деятельность ОВЛ, использованы следующие нормативные документы:

1. Приказ МЗ РФ от 01.07.2003 г. № 296 [14].
2. Приказ МЗ РФ от 01.07.2003 № 297 [15].
3. Приказ МЗ и СР от 09.03.2007 г. № 156 [16].

Следует отметить, что, несмотря на упразднение специальности «Восстановительная медицина», вышеуказанные приказы не отменены, как и приказ МЗ и СР от 07.07.2009 г. № 415н, что создает некоторую правовую неопределенность статуса существующих структур, занимающихся восстановительным лечением.

В отделении восстановительного лечения заполняются следующие документы:

1. Медицинская карта амбулаторного больного (ф.025/у).
2. Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты (ф.028/у).
3. Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (ф. 027/у).
4. Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете) (ф.044/у).
5. Карта больного, лечащегося в кабинете лечебной физкультуры (ф.042/у).
6. Журнал учета процедур (029/у).
7. Дневник работы врача в поликлинике (ф. 039/у-88).
8. Карта индивидуальной программы реабилитации.

Для оценки качества проведенного восстановительного лечения используются результаты реализации индивидуальной программы реабилитации, позволяющие дать экспертную оценку обоснованности направления в отделение восстановительного лечения, а также оценить объемы реабилитационных мероприятий и их эффективность.

Помимо общих сведений о пациенте (возраст, пол) и его медицинском статусе в карту вносят сведения о давности основного заболевания, кратности получения восстановительного лечения в условиях отделения восстановительного лечения (первичное обращение, повторное), откуда был направлен (с первичного медицинского осмотра, по результатам дополнительной диспансеризации, после стационарного лечения по высоким технологиям, амбулаторного приема). В карту включены результаты осмотра специалистами узкого профиля, позволяющие дать оценку в отношении своевременности направления на специализированный этап реабилитации, адекватности объемов лечебно-диагностических мероприятий на пред-

шествующем этапе лечения, полноты сформулированного диагноза, целесообразности направления на восстановительное лечение, результатов и исходов, определяемых степенью восстановления функций и трудоспособности.

Объемы и виды диагностических и лечебных мероприятий для каждого больного, эффективность реабилитационных мероприятий оцениваются на основании соответствия проводимого лечения существующим стандартам (примерный перечень реабилитационных мероприятий при основных заболеваниях), разработанным для всех медико-санитарных частей ЦМСЧ № 119.

Анализ работы отделения осуществляется по предлагаемой в методическом пособии «Организация восстановительного лечения в медико-санитарных частях промышленных предприятий» форме – «Отчет заведующего отделением восстановительного лечения», в которой заложена экспертная оценка ряда основных показателей медсанчасти. С учетом потребности перечень показателей может быть расширен.

За период деятельности ОВЛ в медсанчастях ЦМСЧ № 119 проделан внушительный объем работы по восстановительному лечению работников предприятий (табл.).

Результатом данной работы явилось существенное снижение числа пациентов, направленных на лечение в круглосуточные стационары, и снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

#### Выводы

1. В современных условиях совершенствование медико-санитарной помощи прикрепленному контингенту ЦМСЧ № 119 невозможно представить без тесной связи с развитием медицинской реабилитации.

2. Полученные результаты по совершенствованию

Таблица

Охват реабилитационными методами лечения прикрепленного контингента

Категории пациентов	Медико-санитарные части ФГУЗ ЦМСЧ № 119 ФМБА России							
	1	3	4	5	6	8	93	95
Количество прикрепленных пациентов	4988	8927	9575	10240	6363	5152	6670	6011
Всего лечились в ОВЛ	897	2853	3996	1164	1648	555	1453	758
Охват, %	17,9	31,9	41,7	11,3	25,8	10,7	21,7	12,6

ванию медицинского обеспечения работников обслуживаемых предприятий позволяют рекомендовать опыт работы в ЦМСЧ № 119 для ор-

ганизации кабинетов и отделений восстановительного лечения в других лечебно-профилактических учреждениях ФМБА России.

### Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 09.06.2003 г. № 241 "О внесении дополнения в приказ Минздрава России от 27.08.1999 г. № 337 "О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации".

2. Приказ МЗ и СР от 14.03.2008 г. № 119н "О признании утратившими силу приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации".

3. Приказ МЗ и СР от 11.03.201 г. № 112н "О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации".

4. Приказ МЗ и СР от 23.04.2010 г. № 210н "О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации".

5. Приказ МЗ и СР от 09 февраля 2011 года № 94н "О внесении изменений в номенклатуру специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации".

6. Клячкин Л.М. Реабилитация в пульмонологии // Пульмонология. 1994. № 1. С. 6-9.

7. Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов. Руководство для врачей. М., 2000. 328 с.

8. Кокосов А.Н. Проблема реабилитации больных нетуберкулезными заболеваниями легких: перспективные направления и некоторые итоги // Пульмонология. 1994. № 1. С. 13-19.

9. Приказ Минздравсоцразвития от 28.12.2007 г. № 813 "Об утверждении правил финансирования в 2008-2010 гг. проведения УМО работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами".

10. Приказ Минздравсоцразвития от 02.07.2009 г. № 383н "О порядке проведения в 2009 г. Федеральными учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении ФМБА, дополнительной диспансеризации работающих граждан".

11. Приказ Минздравсоцразвития от 04.02.2010 №55н "О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан".

12. Приказ Минздравсоцразвития от 05.08.2009 г. № 571 "О проведении углубленного диспансерного обследования инвалидов и ветеранов ВОВ, супругов погибших (умерших) инвалидов и участников ВОВ и лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда" в федеральных государственных учреждениях, находящихся в ведении МЗСР и ФМБА".

13. Приказ МЗ и СР от 07.07.2009 г. № 415н "Об утверждении квалификационных требований к специальностям с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения".

14. Приказ МЗ РФ от 01.07.2003 г. № 296 "О совершенствовании организации восстановительного лечения в Российской Федерации".

15. Приказ МЗ РФ от 01.07.2003 № 297 "Положение об организации деятельности врача восстановительной медицины".

16. Приказ МЗ и СР от 09.03.2007 г. № 156 "О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине".

Информация об авторах:

Байбурин Фарид Явдатович – начальник МСЧ № 3 ФГУЗ ЦМСЧ № 119 ФМБА России, д.м.н., профессор

Антропов Вячеслав Иванович – заместитель начальника МСЧ № 3 ФГУЗ ЦМСЧ № 119 ФМБА России

Храмова Елена Владимировна – зав. дневным стационаром МСЧ № 3 ФГУЗ ЦМСЧ № 119 ФМБА России

Тел.: 8(495) 572-66-59, e-mail: msch-3cmsch-119@rambler.ru.