

НЕОБХОДИМОСТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РАБОТЫ ЦЕНТРОВ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

Шаповаленко Т.В.

АНО «НИМЦ «ГЕРОНТОЛОГИЯ», г. Москва, ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Министерства здравоохранения России

В современных условиях целый ряд причин обуславливает повышение роли восстановительного лечения. Так, в последние годы наметилась отчетливая тенденция к росту общей и первичной заболеваемости населения. Наблюдается устойчивый рост тяжелых хронических заболеваний, длительное лечение которых предполагает этап восстановительного лечения. Стремительное развитие высокотехнологичных методов лечения, необходимость оптимизации использования коечного фонда стационаров, необходимость составления индивидуальных программ реабилитации также повышают роль реабилитации и восстановительного лечения в современных условиях. Значительные потери, наносимые обществу в результате нетрудоспособности, инвалидности, преждевременной смертности от болезней системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, травматизма, болезней мочевой системы и органов дыхания, определяют актуальность проблемы не только организации своевременной диагностики и лечения этих заболеваний, но и четкого соблюдения принципов восстановительного лечения и реабилитации, применения методов высоких технологий, чему способствует организация центров восстановительного лечения и реабилитации, создаваемых на базах крупных многопрофильных лечебных учреждений.

Ключевые слова: восстановительное лечение, реабилитация, неинфекционные социально-значимые заболевания, совершенствование.

THE NECESSITY OF IMPROVEMENT OF WORK OF THE CENTERS OF REHABILITATION MEDICINE IN MEGAPOLIS

Shapovalenko T.V.

INO «RMC «GERONTOLOGY», Moscow, «Medical rehabilitation center» of the Ministry of health of Russia

In the modern conditions a number of reasons, causes the increase of the role of rehabilitation treatment. Thus, in recent years there has been a trend to growth in General and primary morbidity of the population. The stable growth of complex chronic diseases, long treatment which involves the stage of rehabilitation. The rapid development of high-tech methods of treatment, the need to optimize the use of beds in the hospitals, the need to prepare an individual rehabilitation programmes also promote the role of rehabilitation and restorative treatment in modern conditions. The considerable losses put to society as a result of disability, disability, premature mortality from diseases of system of blood circulation, bone and muscular system and connecting fabric, traumatism, diseases of uric system and respiratory organs, define relevance of a problem not only the organization of timely diagnostics and treatment of these diseases, but also accurate observance of the principles of recovery treatment and rehabilitation, application of methods of high technologies that promoted by the organization of the centers of recovery treatment and the rehabilitation, large versatile medical institutions created on bases.

Keywords: medical rehabilitation, rehabilitation, noncommunicable socially significant diseases, the improvement.

Введение

Заболевания органов кровообращения, нервной системы, костно-мышечной системы и травмы традиционно занимают ведущее место среди причин заболеваемости с временной утратой трудоспособности. В 2012 г. в Москве более чем каждый третий случай временной утраты трудоспособности был обусловлен болезнями органов кровообращения, костно-мышечной системы, нервной системы и травмами. В связи с этим вполне ожидаемым явился рост потребностей в восстановительном лечении не только среди лиц пожилого возраста,

страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями, но и среди работающего населения. Поэтому особую значимость приобретает проблема комплексной реабилитации больных и пострадавших, предусматривающая три основных направления: лечебно-диагностическое, профилактическое и реабилитационное [1, 2, 3].

Существенными недостатками современной системы здравоохранения является ослабление профилактической направленности и пропаганды здорового образа жизни. Особую значимость данное направление приобретает в связи с переходом здравоохранения в РФ от системы, ориентированной преимущественно на лечение заболеваний, к системе охраны здоровья граждан, основанной на повышении адаптационных возможностей организма и профилактики заболеваний. Это определяет необходимость организации медицинской и психологической реабилитации лиц с преморбидными состояниями, а также здоровых лиц, работающих в экстремальных либо вредных условиях труда, испытывающих перегрузки мегаполиса [4, 5, 6].

В настоящее время реабилитационные центры, проводящие реабилитационные мероприятия на втором и третьем этапах, работают в Москве, Санкт-Петербурге, Иваново и других городах, однако существуют проблемы организации оказания реабилитации и восстановительного лечения в крупных, даже укомплектованных медицинским оборудованием центрах дневного пребывания, в которых должно проводиться не только полное восстановление после тяжелых заболеваний, в том числе после сложных оперативных вмешательств, но и осуществление высокотехнологичных методов реабилитации и реализации специальных программ, основанных на повышении адаптационных возможностей организма и профилактики заболеваний, что особенно актуально в условиях мегаполиса.

Цель исследования: разработка научно-обоснованных мер организационного характера по совершенствованию деятельности центров восстановительной медицины.

Методы исследования: статистический, монографический, экспериментальный.

Результаты и обсуждение

В работе проведён детальный анализ тенденций эпидемиологии заболеваний, требующих восстановительного лечения и реабилитации, среди населения Москвы и Московской области.

Для выявления основных тенденций заболеваемости населения болезнями, требующими восстановительного лечения, нами были проанализированы основные демографические показатели в исследуемом регионе. За исследуемый период число жителей Москвы увеличилось с 10726 тыс. чел в 2005 г. до 11613 тыс. чел в 2012 г., т.е. на 887,0 тыс. чел (+7,6%). Однако, если в 2005-2008 гг. темп прироста населения в Москве был

равномерным, то в 2009 и 2012 гг. он увеличился в два и более раза. В Москве в 2012 г. отмечается некоторое уменьшение доли лиц трудоспособного возраста по сравнению с 2005 г. с 66,0% до 62,5% (- 5,3%).

В Москве в 2012 г. был также зафиксирован максимальный уровень рождаемости населения – 11,3‰, что на 21,2% выше, чем в 2005 г. (8,9‰), но на 13,7% ниже, чем в среднем по РФ. В 2012 году в Москве показатель общей смертности составил 9,9 на 1000 населения. Максимальный уровень показателя был зафиксирован в 2005 г. (12,3‰), снизившись затем до 11,4‰ в 2009 г. (-7,3%). Соответственно, наблюдаемые в последние годы прирост рождаемости и уменьшение смертности обусловили благоприятную тенденцию уменьшения коэффициента естественной убыли населения Москвы. Так, за период с 2005 г. по 2012 г. показатель естественной убыли уменьшился с - 3,4 до - 0,3 (в 11,3 раза) на 1000 населения, затем в 2011 и 2012 годы наблюдался прирост населения до 1,1 и 1,4 на 1000 населения. В РФ естественная убыль населения в 2012 г. имела существенно большее значение и составляла 0,3 на 1000 населения, что меньше данного показателя в 2005 г. в 20 раз.

В структуре смертности населения Москвы в 2012 г. от болезней системы кровообращения наибольший удельный вес приходится на ишемическую болезнь сердца (55,8%) и цереброваскулярные заболевания (32,3%).

Учитывая тот факт, что в Москве постоянно получают восстановительное лечение и реабилитацию не только постоянно проживающие жители, но и население Московской области (особенно учитывая тот факт, что большая часть жителей области работает в Москве и, следовательно, здесь получает медицинскую помощь), нами были проанализированы основные тенденции динамики заболеваемости населения болезнями, требующими восстановительного лечения и реабилитации в Москве и Московской области, на фоне таких показателей в среднем по Российской Федерации.

Изучение уровня общей и первичной заболеваемости населения показало, что как в Москве и Московской области, так и в России в целом, продолжается рост показателей общей и первичной заболеваемости. В целом за изучаемый период общая заболеваемость населения в Российской Федерации росла с 1463,5‰ в 2005 г. до 1605,7‰ в 2012 г (+9,7%); в Москве – с 1451,2‰ до 1488,0‰ (+5,1%), в Московской области - с 1095,6‰ в 2005 г. до 1269,8‰ в 2012 г. (+15,9%).

Уровень первичной заболеваемости в 2012 г. по сравнению с 2005 г. увеличился в целом по РФ на 6,1% (с 745,9‰ до 794,7‰), в Московской области на 11,7% (с 607,3‰ до 682,9‰), в Москве на 1,5% (с 706,3‰ до 716,9‰). Динамика первичной заболеваемости взрослого населения Москвы за изучаемый период аналогична динамике общей

заболеваемости. Уровень показателя увеличился на 15,7% (с 487,6‰ в 2005 г. до 419,6‰ в 2012 г.). Уровень первичной заболеваемости взрослого населения Московской области за аналогичный период были несколько ниже, чем в Москве, однако его снижение за исследуемый период был ниже в три раза (-5,4%): с 428,5‰ в 2005 г. до 405,4‰ в 2012г.

Общее число зарегистрированных в течение года взрослых больных с БСК за исследуемый период (2005-2012 гг.) в Москве возросло с 2 622 790 человек в 2005 г. до 3 091 075 человек в 2012 г., т.е. на 16,4%. В Московской области общее число зарегистрированных взрослых больных с БСК возросло более резко, чем в Москве и в среднем по РФ (+16,0%), составив +31,5% (с 844563 чел. в 2005 г. до 1 110318 чел. 2012 г.).

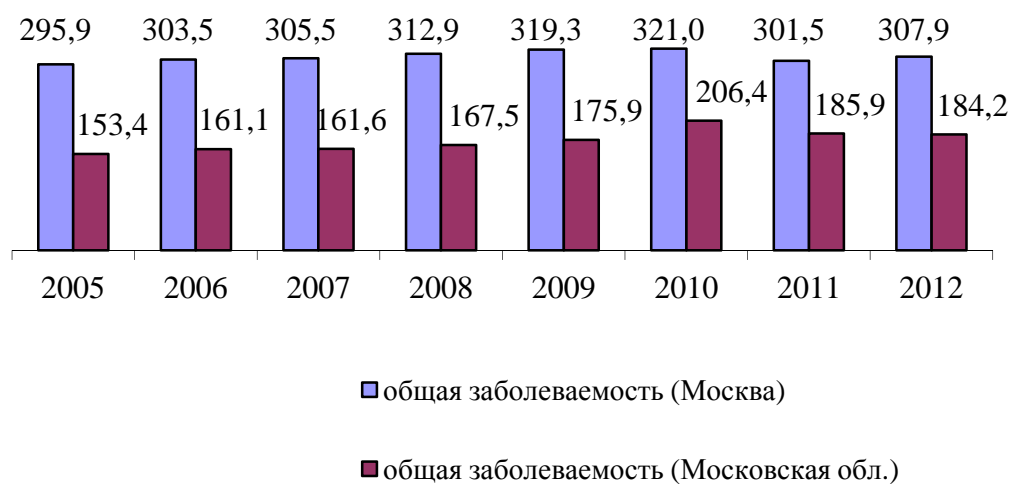
Общая заболеваемость взрослого населения Москвы БСК увеличилась на 8,5% (с 295,9‰ в 2005 г. до 307,9‰ в 2012 г.), а первичная – на 11,9% (с 16,8‰ до 26,9‰). В Московской области общая заболеваемость взрослого населения выросла на 20,0% (с 153,4‰ в 2005 г. до 184,2‰ в 2012 г.), а первичная – на 52,0% (с 17,7‰ до 26,9‰) (Рисунок 1).

Были проанализированы основные показатели деятельности центра восстановительной медицины и реабилитации (ЦВМР), являющегося основным структурным подразделением Федерального государственного учреждения «Лечебно-реабилитационный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ЛРЦ), за весь его период деятельности (с 2007 г. по 2011 г.).

В состав ЦВМР входит десять отделений: лечебно-диагностическое; кардиопульмонологической реабилитации; нейрореабилитации; реабилитации больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата; функциональной диагностики; спортивной реабилитации; вертебологии и мануальной терапии; репродуктивных технологий; лечебной физкультуры; физиотерапии.

В ЦВМР работают врачи следующих специальностей: врач ЛФК, физиотерапевт, невролог, вертеболог, кардиолог, терапевт, травматолог, психотерапевт, нейропсихолог, врач функциональной диагностики и врач ИРТ.

а) распространенность болезней системы кровообращения среди взрослого населения (‰)



б) первичная заболеваемость взрослого населения болезнями системы кровообращения (%)

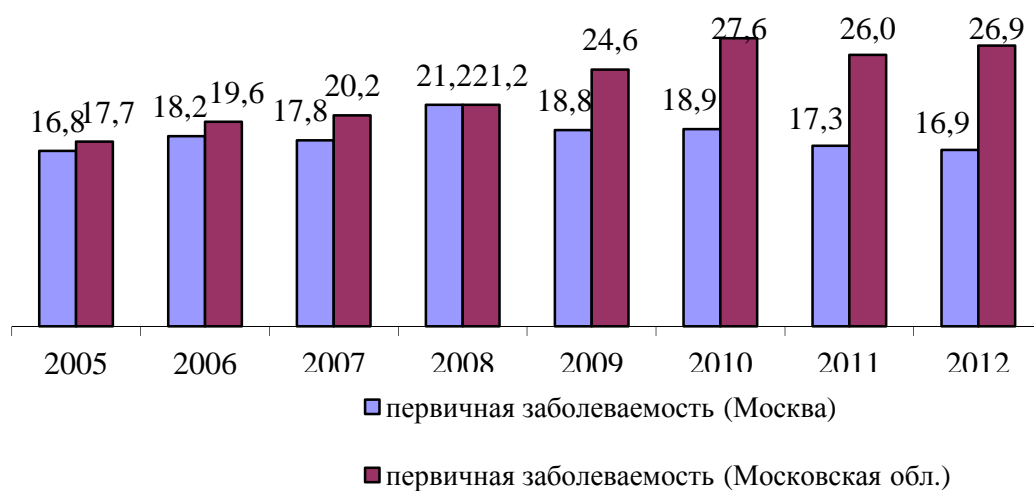


Рисунок 1. Первичная заболеваемость болезнями органов кровообращения и их распространенность среди взрослого населения Москвы и Московской области в 2005-2012 гг., в процентах

В связи с тем, что ЦВМР является структурным подразделением ЛРЦ, то основной поток пациентов направляется врачами его различных отделений. Также пациенты направляются на консультацию и лечение страховыми компаниями и самостоятельно (без направления). Сравнительный анализ каналов направления первичных пациентов, прошедших реабилитационные программы в ЦВМР показал, что большинство из них (как и следовало ожидать) были направлены стационарными отделениями ЛРЦ и доля таких пациентов увеличилась в течение пяти лет почти в 2,5 раза: с 25,5% в 2007 г. до 60,8% в 2011 г. Абсолютное число таких пациентов увеличилось с 1821 в 2007 г. до 3787 в 2011 г. (+ 207,9%).

При этом доля пациентов, направленных из амбулаторно-поликлинического отделения ЛРЦ, за пять лет постепенно снизилась почти в два раза: с 31,8% в 2007 г. до

16,6% – в 2011 г. Абсолютное число таких пациентов снизилось с 3778 в 2007 г. до 1641 в 2011 г. (-56,6%). Абсолютное число пациентов, обратившихся в Центр без направления уменьшилось с 4009 чел. в 2007 г. до 1887 чел. в 2011 г. (- 52,9%).

В целом, в течение четырех лет нозологический состав пациентов, прошедших реабилитационные программы, практически не менялся, и большинство составили пациенты с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани. В структуре заболеваний доля пациентов с данным диагнозом возросла с 33,0% в 2007 году до 47,2% - в 2011 году (темп прироста составил +22,9%).

Общее количество процедур при проведении реабилитационных программ в ЦВМР имеет общую тенденцию к росту (с 186438 в 2007 г. до 267296 в 2011 г. (+43,3%)).

Среднее число процедур в расчете на 1-го пациента, прошедшего реабилитационную программу, возросло с 15,9 до 27,1 процедуры на 1-го пациента, закончившего лечение, т.е. почти в 2 раза, что связано с внедрением и усовершенствованием новых технологий в 2011 г., приобретением нового медицинского оборудования и, несомненно, сказывается на улучшении качества оказания данного вида медицинской помощи.

Нами был проведен анализ работы *межрайонного центра восстановительного лечения*, в который направляются на реабилитацию пациенты, проживающие в пяти районах Санкт-Петербурга. Общее число прикрепленного к центру на 01.12.2012 г. взрослого населения составляет 1147169 чел. Прикрепление административных районов города к межрайонным центрам амбулаторной реабилитации установлено письмом Комитета по здравоохранению от 01.08.2002 г. № 09-2/20-1158-0-0 «О порядке оплаты в системе ОМС с 01.07.2002 г».

Необходимо отметить, что число штатных должностей врачей в значительной степени не соответствует рекомендуемым штатным нормативам. В 2011 г. число штатных должностей врачей основных специальностей в расчете на 50000 населения составило 0,39 (в 2002 г. данный показатель был несколько ниже и составлял 0,32). Соотношение врачей основных специальностей и врачей кабинетов вспомогательного лечения в центре восстановительного лечения составило в 2011 г. 1:0,8 (в 2002 г. - 1:1,3).

В целом можно отметить постоянный рост абсолютного числа пролеченных в *межрайонном центре восстановительного лечения* пациентов (+77,6%) с 1570 чел. в 2002 г. до 2433 чел в 2011 г. В расчете на 1000 взрослого населения, проживающего на территории обслуживания базового межрайонного центра, в 2011 г. восстановительное лечение в нем получили 1,94 пациента (для сравнения – в 2002 г. данный вид лечения получили 1,16 пациента), т.е. уровень данного показателя за 10 лет несколько увеличился.

Более половины из пациентов, обратившихся в базовый центр, составляют пациенты с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата. Однако, если в 2002 г. доля таких пациентов составляла почти 2/3 (72,3%) от всех поступивших в центр, то к 2011 году она составляла только 56,1%. Соответственно значительно возросла доля больных с заболеваниями системы кровообращения (+63,2%).

Основными методами восстановительного лечения в *межрайонном центре восстановительного лечения* являются немедикаментозные методы лечения и в первую очередь лечебная физкультура и физиотерапия. Число физиотерапевтических процедур в расчете на 1-го пациента, закончившего лечение в базовом центре, существенно возросло с 32,0 физиотерапевтических процедур в 2002 г. до 45,0 процедуры в 2011 г., что объясняется вводом в действие в центре новых видов медицинского оборудования для физиотерапии. Число занятий ЛФК в расчете на 1-го пациента, закончившего лечение, за прошедшие годы снизилось с 15,0 занятия в 2002 г. до 12,6 занятия – в 2011 г.

Одним из важных критериев качества медицинской помощи является ее доступность для населения. По мнению почти половины врачей (47,4%) восстановительное лечение и реабилитация малодоступны для всех нуждающихся, менее 1/3 респондентов (29,8%) полагают, что данная помощь является доступной.

Из общего числа респондентов более половины (56,1%) оценили качество организации восстановительного лечения и реабилитации в центрах на «отлично», почти каждый третий (28,1%) – на «хорошо», только 8,8% – на «удовлетворительно», а 7,0% не смогли ответить на вопрос. Средний балл оценки оказался довольно высокий – 4,5 ($m=\pm 0,97$).

Почти 2/3 (77,8%) заведующих отделениями считают, что качество организации данного вида медицинской помощи «отличное» (5 баллов), 11,1% – что «хорошее» (4 балла) и столько же оценили качество на 3 балла. Менее позитивно оценили качество организации врачи, среди которых уже только 52,1% оценили на 5 баллов, 31,2% – на 4 балла и каждый десятый (10,4%) – на 3 балла.

Среди всех высказанных врачами предложений по улучшению деятельности центров восстановительного лечения и реабилитации I место (20,0%) заняло предложение о необходимости увеличения финансирования здравоохранения вообще и финансирования лечебно-реабилитационных центров в частности (увеличения количества квот, бюджетного финансирования). На 2-ом месте (14,3%) оказались предложения о расширении маркетинговой деятельности. На 3-м месте (12,4%) – предложения о необходимости постоянного повышения квалификации персонала, освоение современных методов реабилитации (отечественных наукоемких и высокоэффективных технологий, не требующих

дорогостоящего оборудования), что в итоге повысит доступность восстановительного лечения для всех слоев населения.

Выводы

Проведенный анализ тенденций динамики заболеваемости взрослого населения Москвы и Московской области за восемь лет (2005-2012 гг.) показал рост общей и первичной заболеваемости населения как в целом по Москве на 5,1% и 1,5%, а в Московской области на 15,9% и 11,7% соответственно, так и по классам болезней, требующих восстановительного лечения. Общая заболеваемость взрослого населения Москвы болезнями системы кровообращения увеличилась на 8,5%, болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани на 16,4%, уровень травматизма возрос на 4,4%.

Значительные потери, наносимые обществу в результате нетрудоспособности, инвалидности, преждевременной смертности от болезней системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, травматизма, болезней мочевой системы и органов дыхания, определяют актуальность проблемы не только организации своевременной диагностики и лечения этих заболеваний, но и четкого соблюдения принципов восстановительного лечения и реабилитации, применения методов высоких технологий, чему способствует организация центров восстановительного лечения и реабилитации, создаваемых на базах крупных многопрофильных лечебных учреждений.

Особенности работы учреждений реабилитации – этапность и преемственность между амбулаторно-поликлиническим и стационарным звеном (замкнутый цикл лечения пациентов в соответствии с рекомендациями ВОЗ – поликлиника – стационар – реабилитация (ЦВМР) – поликлиника успешно реализуется в лечебно-реабилитационном центре МЗ РФ (ЛРЦ). Основной поток пациентов в центр восстановительной медицины и реабилитации (ЦВМР) направляется врачами различных стационарных отделений ЛРЦ и составляет 60,8%.

Статья подготовлена при участии АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «ГЕРОНТОЛОГИЯ»

Список литературы

1. Аронов Д. М., Бубнова М. Г. Реальный путь снижения в России смертности от ишемической болезни сердца // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2010. - № 1. – С. 11–17.
2. Вальчук Э. А. Диспансеризация и медицинская реабилитация // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2009. - № 2. – С. 16–21.

3. Вишняков Н. И., Линец Ю. П., Борисевич Е. М., Пенюгин А. В. Системный подход к организации восстановительного лечения больных и инвалидов в крупном городе // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. статей. – Минск, 2009. – Вып. 11. – С. 136–139.
4. Додонова И. В., Шаповаленко Т. В. Отношение медицинских работников к профилактике и здоровому образу жизни // Медицинская профилактика и формирование здорового образа жизни населения в сельской местности: сб. материалов республ. науч.-практ. конф. – Якутск, 2012. – С. 27–30.
5. Виноградов Д. Л., Кочетков А. В., Духанина И. В. Результативность реабилитационных мероприятий и информированность пациентов о медико-социальных аспектах имеющейся патологии // Главврач. – 2009. - № 11. – С. 86–87.

Рецензенты:

Иванова М.А., д.м.н., профессор, профессор-консультант многопрофильного медицинского центра «Ваша клиника» г. Москва.

Ильницкий А.Н., д.м.н., профессор кафедры медицинской реабилитации УО «Полоцкий государственный университет», председатель Белорусского республиканского общественного геронтологического объединения, г. Новополоцк.