

ВОПРОСЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОКАЗАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Скальский В.С.¹, Щербаков Д.В.²

¹Общество с ограниченной ответственностью «МЦСМ "Евромед"»;

²ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск, e-mail: laphalist@gmail.com

Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации определяет задачи, в основном направленные на повышение эффективности организации медицинской помощи, в том числе обеспечение доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех ее этапах. Проведенный анализ показателей здоровья населения Омской области и критериев эффективности деятельности медицинских организаций выявил наличие ряда проблем в организации медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения (БСК), в т.ч. ишемической болезнью сердца (ИБС). Во многом это связано с тем, что вопросы повышения структурной эффективности медицинских организаций при оказании помощи пациентам с БСК в системе отечественного здравоохранения регулируются приказами Министерства здравоохранения, которые на федеральном уровне не отражают сложившиеся региональные особенности организации помощи. Полученные данные предполагают необходимость разработки и внедрения новых организационных технологий повышения эффективности управления и организации первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, способствующих повышению доступности и качества медицинской помощи пациентам с БСК.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, эффективность, ишемическая болезнь сердца, организационные технологии.

QUESTIONS TO ASSESS THE EFFECTIVENESS OF INSTITUTIONAL HEALTH CARE TECHNOLOGY IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Skalskiy V.S.¹, Shcherbakov D.V.²

¹Medical Center of modern medicine "Euromed";

²Omsk State Medical University, Omsk, e-mail: laphalist@gmail.com

The concept of long-term socio-economic development of the Russian Federation defines the objectives, mainly aimed at improving the efficiency of medical care, including ensuring the availability of effective technologies for the public health care in all its stages. The analysis of health indicators of the Omsk region and performance criteria of health organizations revealed a number of problems in the organization of care for patients with cardiovascular diseases, including coronary heart disease. This is largely due to the fact that the issues of improving the structural efficiency of health care organizations in providing care for patients with cardiovascular diseases in the system of national health care are regulated by orders of the Ministry of Health, which at the federal level do not reflect existing regional organizations particularly care. The findings suggest the need to develop and implement new technologies to improve the efficiency of organizational management and organization of primary health care and specialized medical care to help improve the availability and quality of care for patients with cardiovascular diseases

Keywords: cardiovascular diseases, efficiency, coronary heart disease, organizational technologies.

Сохранение человеческого потенциала – первостепенная задача отечественного здравоохранения. По данным экспертов ВОЗ, ежегодно в мире от болезней системы кровообращения (БСК) умирают порядка 17 млн человек, что составляет 30 % от всех смертей, из них 7,2 мл. человек умирает от ишемической болезни сердца (ИБС); в ближайшие 20 лет ИБС останется ведущей причиной смерти в мире [1–3, 5]. Во многих исследованиях убедительно доказана зависимость уровня смертности населения от ИБС от

качества и доступности оказания медицинской помощи [4, 8, 9, 12–14]. Реабилитация кардиологических пациентов и оптимизация организационных технологий реабилитации должны повысить качество оказания медицинской помощи пациентам с БСК [10, 11].

Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г., утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 г. № 1662-р, определены задачи, причем основными из них являются повышение эффективности организации медицинской помощи, в том числе обеспечение доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех ее этапах.

Материалы и методы

Объектом исследования явились научные публикации отечественных и зарубежных авторов по вопросам организации реабилитационной помощи пациентам ИБС. Использовался метод – литературный обзор научных источников. Источниками информации, в том числе, послужили официальные данные Федеральной службы статистики по РФ.

Результаты и обсуждение

Если основываться на данных ведущих исследователей, то уровень зарегистрированной заболеваемости можно считать универсальным показателем, отражающим состояние здоровья населения, обратившегося за медицинской помощью, а также учитывать потенциал ее дальнейшего развития. Доступность и качество реабилитации для пациентов с ИБС служит не менее информативным индикатором «закрытого цикла» системы оказания медицинской помощи с БСК.

В 1993 г. ВОЗ сформулировала определение кардиореабилитации как «комплекс мероприятий, обеспечивающих наилучшее физическое и психическое состояние..., позволяющий пациентам с хроническими или перенесенными острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями благодаря собственным усилиям сохранить или восстановить свое место в обществе, социальный статус и вести активный образ жизни». Это определение подчеркивает важность двух аспектов восстановления физической работоспособности и здоровья индивидуума и его активного участия в жизни общества в новых условиях после перенесенного острого заболевания. Однако в течение следующего десятилетия многими исследователями было установлено, что комплексная кардиореабилитация благоприятно влияет и на течение ИБС, что неразрывно связано не только с качеством жизни, но и её продолжительностью. Это понимание нашло свое отражение в определении Американской ассоциации сердечно-сосудистой профилактики и реабилитации (American Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, AACvPR) в 2005 г. «Кардиореабилитация – скоординированное многогранное вмешательство, направленное на оптимизацию

физического, психологического и социального функционирования пациентов с ИБС дополнительно к стабилизации замедлению прогрессирования и даже обратному развитию атеросклеротического процесса и, вследствие этого, снижающее заболеваемость и смертность. Таким образом, программы кардиореабилитации на любом организационно уровне можно рассматривать и как эффективное средство вторичной профилактики.

Однако кроме стратегических целей кардиореабилитация по сути ставит и промежуточные задачи, без решения которых будет недостижим главный результат, а именно – предотвращение последующих сердечно-сосудистых осложнений, длительной госпитализации и смертности. В контексте вторичной профилактики реальными задачами комплексной кардиореабилитации (КР) можно назвать:

- обучение пациентов по вопросам, связанным с ИБС, информирование их о благоприятно влияющих на течение заболевания и долгосрочную выживаемость, изменения образа жизни и модификации (лечения) факторов риска (ФР) БСК в рамках программ, таких как, например: «Школа для пациентов, перенесших ОКС/ОИМ, и их родственников»;

- участие пациентов в различных программах физической реабилитации и длительных физических тренировок (ФТ), особенно неконтролируемых «домашних» тренировок;

- психологическая адаптация к наличию хронического заболевания, а также повышение мотивации пациентов к участию в программах кардиологической реабилитации, в том числе с помощью специалистов (психологов, психотерапевтов).

В СССР и России с 1981 г. существовала государственная система поэтапной реабилитации пациентов с инфарктом миокарда (ИМ).

Согласно этой системе реабилитация кардиологических пациентов осуществлялась поэтапно по следующей схеме: первый этап – стационарный; второй этап – санаторный; третий этап – «поддерживающий». Последний этап проходил в условиях обычной поликлиники, хотя ВОЗ рекомендовала проводить её в поликлиническом отделе специально организованного и оснащенного реабилитационного Центра. На госпитальном (стационарном) этапе были осуществлены революционные изменения по ранней и быстрой активации пациентов с ИМ в кардиологическом стационаре. Так, если до системы реабилитации первое присаживание пациентов разрешалось (в среднем) через 34 дня, то при применении новых реабилитационных программ оно осуществлялось (в среднем) через 10 дней. Ходьба в палате разрешалась через $45,2 \pm 1,8$ дней по старой методике и через $18,1 \pm 1,1$ дня при быстрой активации.

Ранняя активация привела к значимым улучшениям клинического течения ИМ и оказала влияние на его исходы. Она позволила более чем в 2 раза сократить пребывание пациента в стационаре и уменьшить сроки временной нетрудоспособности. Под влиянием

реабилитации существенно улучшилось течение болезни на стационарном этапе. В целом система поэтапной реабилитации при ИМ, принятая в СССР, показала высочайшую эффективность в сравнении с контрольной группой как на госпитальном этапе (освобождение пациента от мучительного и продолжительного, от недели и более строгого постельного режима), так и при амбулаторном наблюдении в течение 2 лет (снижение смертности, улучшение течения болезни, значимое снижение частоты сердечных осложнений, высокий процент вернувшихся к трудовой деятельности). После стационарного этапа для выполнения второго этапа выздоровления (реконвалесценция) пациенты переводились в отделения реабилитации, специально созданные в местных кардиологических санаториях, где они проводили 24 дня по бесплатным путевкам профсоюзов с продолжением листа нетрудоспособности. После стационарного и санаторного этапов реабилитации пациенты попадали под поликлиническое наблюдение (третий «поддерживающий» этап или «этап комплексной вторичной профилактики»).

Если первые два этапа реабилитации в организационном плане выполнялись в полном объеме и в большинстве случаев на высоком квалификационном уровне, под хорошим контролем, то на третьем этапе осуществлялось, лишь, наблюдение со стороны участкового доктора при периодической консультации кардиолога. Вся работа с пациентом сводилась только к медикаментозной терапии.

Предусмотренные реабилитацией образовательная программа «Школа для пациентов, перенесших ИМ, и их родственников», программа тренировок, психологическая реадaptация, модификация ФР, практически не осуществлялись. Тем не менее, конечный результат реабилитации, по сравнению с периодом полного отсутствия специальных организационных методик, был отличным: так до 1968 г. к трудовой деятельности возвращалось 26 % пациентов, перенесших ИМ, то в 1977 г. в основной группе пациентов, перенесших ИМ, после реабилитации полностью или ограниченно трудоспособными становились 81,8 % пациентов, а в контрольной группе только 56,0 % ($p < 0,01$). Большая заслуга в этом принадлежит научно-исследовательским медицинским учреждениям страны: все требуемые ВОЗ программы кардиологической реабилитации эффективно разрабатывались и предлагались к применению в практическом здравоохранении.

В связи с социально-политическими потрясениями последних десятилетий эта система прекратила существование. Минздравом РФ был утвержден новый «Порядок организации медицинской реабилитации» (приказ МЗ РФ № 1705н от 29 декабря 2012 г.) в рамках исполнения статьи 40 этого ФЗ-323 «Об основах здоровья граждан Российской Федерации». Законом предусмотрено внедрение в стране системы реабилитации не только при кардиологической патологии, но и при неврологических, онкологических,

травматологических заболеваниях и в неонатологии. Приказом предусмотрено создание как мультидисциплинарных центров реабилитации со стационарным и диспансерно-поликлиническим отделами по перечисленным профилям, так и допускается организация специализированных центров реабилитации (неврологического, кардиологического и т.д. со стационарным и поликлиническим отделами).

Анализируя сложившуюся практику организационных подходов к системе кардиореабилитации у нас в стране и за рубежом, можно представить следующие её основные принципы:

- этапность;
- мультидисциплинарность;
- обоснованность;
- индивидуальность;
- непрерывность;
- доступность;
- ориентированность на четко сформулированную цель;
- информированность пациентов и формирование у них «правильного» ожидания от реабилитационной помощи.

Кардиологическая реабилитация может осуществляться на любом сроке заболевания, при стабильном клиническом состоянии пациента, наличии «реабилитационного потенциала», отсутствии противопоказаний к проведению отдельных реабилитационных методов и на основании четко определенной реабилитационной цели.

Внедряемая в регионах РФ система кардиореабилитации предусматривает следующие этапы, которые связаны с периодизацией ИМ: первый этап – стационарный этап, протекающий в обычной палате кардиологического отделения больницы или сосудистого центра. Второй этап – «санаторный» реабилитационный этап, проводящийся в стационарном кардиореабилитационном отделении кардиологических или многопрофильных стационаров. Эти два этапа соответствуют периодам развивающегося и рубцующегося ОИМ. Третий этап – амбулаторно-поликлинический реабилитационный этап. На этом этапе пациент определяется как субъект с постинфарктным кардиосклерозом, нуждающийся в выполнении комплекса реабилитационных мероприятий и продолжительной вторичной профилактике. В первые месяцы после выписки из стационара эти мероприятия выполняются под врачебным контролем, а далее – под самоконтролем в домашних условиях. Третий этап кардиореабилитации самый важный: он длится всю оставшуюся жизнь и требует мультидисциплинарного подхода.

Во многих странах мира третий этап, в свою очередь, подразделяется на подсистемы, в которых большое внимание уделено профессиональной реабилитации, профессиональной ориентации и обеспечению занятости, профессиональному развитию и оценке результатов реабилитации [6]. В процессе реабилитации инвалидов предусмотрены особые виды специалистов – «окупиациональные терапевты» и «сестры-менеджеры», деятельность которых направлена на определение индивидуальных потребностей инвалидов и компенсацию ограничений жизнедеятельности [7].

В настоящее время складывается, на наш взгляд, следующая проблема: зачастую административное сокращение длительности пребывания пациента на первом этапе реабилитации не всегда учитывает наличие у пациента неблагоприятных факторов: высокую и среднюю группу риска по GRACE; отсутствие успешного тромболитического или инвазивного восстановления кровотока в инфаркт-ответственной коронарной артерии; отсутствие возможности передать пациента под наблюдение центра кардиореабилитации; наличие индивидуальных или микросоциальных ФР: одиночество, низкий образовательный уровень, когнитивные нарушения, низкий уровень дохода, наличие коморбидности.

Заключение

Комплексная продолжительная контролируемая кардиореабилитация даёт надёжный и устойчивый эффект, ощутимый уже в первые 2 года в виде снижения общей и сердечно-сосудистой летальности, уменьшения числа госпитализаций, значительно большего возврата пациентов к трудовой деятельности и повышения качества жизни. Санаторий кардиологического профиля используется только на третьем этапе, однако в некоторых регионах организуются санаторные дневные стационары, предоставляющие пациентам возможность использования реабилитационных программ третьего этапа с выдачей им листа нетрудоспособности. Посещение таких учреждений оптимально при шаговой доступности таких организаций, оказывающих данный вид помощи в связи с необходимостью ежедневного посещения данного медицинского учреждения.

В условиях реформирования здравоохранения внедрение на региональном уровне согласованной системы кардиореабилитации позволит обеспечить доступность медицинской помощи для пациентов с ИБС, оптимизировать объемы медицинской помощи и диагностических исследований, организовать оказание медицинской помощи в соответствии с порядками и повысить структурную эффективность и медицинскую результативность оказываемой медицинской помощи.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научного проекта № 16-36-01028 (название проекта: Система реабилитации пациентов с болезнями системы кровообращения как фактор улучшения качества жизни).

Список литературы

1. Артамонова Г.В. Интеграция инновационных технологий управления кардиологической службой / Г.В. Артамонова, Г.В. Херасков, Д.В. Крючков, Л.С. Барбараш // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2012. – № 1. – С. 35-40.
2. Барбараш Л.С. Управление результатами деятельности кардиологического стационара при оказании помощи больным с острым коронарным синдромом / Л.С. Барбараш, О.В. Коваленко, Д.В. Крючков, В.Ю. Херасков, Г.В. Артамонова // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т. 26. – № 3. – С.138-142.
3. Бойцов С.А. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения. Методические рекомендации. – М., 2013. – 87 с.
4. Бойцов С.А. От профилактической кардиологии к профилактике неинфекционных заболеваний в России / С.А. Бойцов, Р.Г. Оганов // Российский кардиологический журнал. – 2013. – № 4 (102). – С. 6-11.
5. Лебедев В.В. О проблемах организационно-правового и законодательного обеспечения организации высокотехнологичной медицинской помощи на современном этапе реформирования отрасли / В.В. Лебедев, В.Ю. Пуршев // Медицинский альманах. – 2009. – № 2 (7). – С.9-13.
6. Прокинова А.Н. Некоторые аспекты законодательства Финляндии в области реабилитации инвалидов / А.Н. Прокинова // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 2. – С. 189-192.
7. Прокинова А.Н. Опыт Канады по разработке законодательства по реабилитации инвалидов / А.Н. Прокинова, З.А. Магомедова // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 2. – С. 193-195.
8. Ратманова А.А. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность – статистика по европейским странам // Medicinereview. – 2009. – № 1. –С. 6-12.
9. Сазанова Г.Ю. Повышение эффективности использования ресурсов при оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов кровообращения / Г.Ю. Сазанова, М.В. Еругина, Н.Ю. Жужлова // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 1. – С. 170-173.

10. Усачева Е.В. Информационно-аналитический модуль долгосрочного диспансерного наблюдения пациентов с коронарным атеросклерозом / Е.В. Усачева, С.С. Бунова, А.С. Горбушин, А.Г. Дружинина // Врач и информационные технологии. – 2015. – № 1. – С. 48-53.
11. Усачева Е.В. Реабилитация пациентов, перенесших инфаркт миокарда, в условиях отделения восстановительной терапии городской клинической больницы № 1 им. А.Н. Кабанова / Е.В. Усачева, С.С. Бунова, А.В. Нелидова, И.М. Зуева, А.О. Сукончик, А.А. Шишкина, А.А. Романов, Л.Н. Гасаенко, А.В. Тихонов, В.В. Кузнецова, Н.Л. Заворотня // Омский научный вестник. – 2012. – № 2 (114). – С. 21-26.
12. Щепин В.О. Динамика структурно-функциональных преобразований в системе лечебно-профилактической помощи населению Российской Федерации / В.О. Щепин // Здоровоохранение Российской Федерации. – 1997. – № 3. – С. 12-15.
13. Щепин В.О. Состояние здоровья населения как определяющий критерий обоснования структурно-функциональных преобразований в системе здравоохранения Российской Федерации / В.О. Щепин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 1996. – № 2. – С. 48-59.
14. Щепин В.О. Структурно-функциональные преобразования государственной системы здравоохранения России / В.О. Щепин, Е.С. Пояркова // Экономика здравоохранения. – 2007. – № 11. – С. 73-76.