

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Ширлина Н.Г., Щербаков Д.В., Ткаченко Е.С.

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

В настоящее время, когда модернизируется нормативно-правовая база в отношении оценки качества медицинской помощи в нашей стране, существует постоянная потребность в разработке способов объективной системной оценки эффективности медицинских, в т.ч. реабилитационных технологий, реализующих принцип интеграции адаптационного и нозологического подходов, отвечающих требованиям современных достижений восстановительной медицины. Являясь новым функциональным направлением в деятельности системы медицинского обеспечения, реабилитация не может рассматриваться автономно от устоявшегося и успешно действующего медицинского обслуживания. Включение её в существующую схему значительно повышает эффективность всей системы, способствуя совершенствованию таких кардинальных её позиций, как комплексность, непрерывность и преемственность. Значительное число разработанных и разрабатываемых концепций по развитию системы здравоохранения опирается на различные методологические подходы. Это, в частности, реформирование и реорганизация системы здравоохранения, увеличение финансирования, оптимизация управления и структуры отрасли, совершенствование правового регулирования охраны здоровья, развитие медицинских технологий, повышение профессионального уровня работающих в здравоохранении специалистов.

Ключевые слова: реабилитация, болезни системы кровообращения, ишемическая болезнь сердца.

BASIC PRINCIPLES AND FEATURES OF THE ORGANIZATION OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM IN THE OMSK REGION

Shirlina N.G., Shcherbakov D.V., Tkachenko E.S.

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

At the moment when the modernized legal framework for evaluating the quality of health care in our country, there is a constant need to develop ways to assess the effectiveness of the objective system of health, including rehabilitation technologies, implementing the principle of integration and adaptation nosological approaches to meet the requirements of modern achievements of regenerative medicine. As new functionality in the direction of the medical security system, rehabilitation can not be considered independently of the existing well-established and successful medical care. Turning it into an existing scheme significantly increases the efficiency of the whole system, contributing to the improvement of its fundamental position, as comprehensiveness, continuity and succession. A significant number of developed and developing a concept for the development of health systems based on a variety of methodological approaches. This, in particular, reform and restructuring of the health system, increasing the financing, management and optimization of industry structure, improving the legal regulation of health care, the development of medical technology, professional development of professionals working in health care.

Keywords: rehabilitation, cardiovascular disease, coronary heart disease.

Во второй половине XX в. и начале XXI в. во многих странах мира наряду с реальными позитивными достижениями в профилактике и лечении многих заболеваний отмечался рост показателей заболеваемости и, что не менее важно для экономики любой страны, роста численности лиц, со стойкой утратой трудоспособности (в т.ч. – в связи с болезнями системы кровообращения). Болезни системы кровообращения (БСК) и сегодня продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре причин смертности населения Российской Федерации и

представляют одну из наиболее актуальных проблем современной медицины [1, 2].

Негативное влияние на уровень заболеваемости БСК и показатели смертности в РФ по мнению многих авторов оказывают социально-экономические условия и образ жизни населения, недостаточно эффективная программа первичной профилактики БСК, а также целевых инвестиций, направленных на совершенствование системы медицинской профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов с данной патологией [5, 10].

Актуальность проблем медицинской реабилитации пациентов с БСК обусловлена ещё и тем, что сердечно-сосудистые заболевания приводят к значительному экономическому ущербу для общества, так как вовлечение в патологический процесс связано преимущественно с лицами трудоспособного возраста [6, 11].

Являясь новым функциональным направлением в деятельности системы медицинского обеспечения, реабилитация не может рассматриваться автономно от устоявшегося и успешно действующего медицинского обслуживания [12, 13]. Включение её в существующую схему значительно повышает эффективность всей системы, способствуя совершенствованию таких кардинальных её позиций, как комплексность, непрерывность и преемственность [2, 3, 4].

Материалы и методы

В тексте Концепции региональной программы модернизации системы здравоохранения Омской области на 2011–2012 гг. был установлен приоритет в организации восстановительного лечения пациентам, в т.ч. с сосудистыми заболеваниями. Для этого в структуре 5 муниципальных учреждений здравоохранения сельских районов области и 6 больничных учреждений г. Омска планировалось создание специализированных подразделений для проведения восстановительного лечения пациентов с первого дня госпитализации, в том числе 3 – для детей. Авторами Концепции особо отмечалось повышение кадрового потенциала службы восстановительного лечения и преемственности с другими службами системы здравоохранения, доукомплектование учреждений реабилитационным оборудованием в целях повышения качества медицинской помощи.

В статье дан анализ деятельности медицинских организаций Омской области, участвующих в проведение кардиореабилитации пациентов, перенесших сосудистые события, в том числе инфаркт миокарда: бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая медико-санитарная часть № 9» (БУЗ ОО «КМСЧ № 9»); центр восстановительной терапии «Русь» БУЗ ОО КМХЦ Минздрава Омской области; БУЗ ОО «Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.» (отделение восстановительного лечения многопрофильного стационара).

Результаты и обсуждение

Основными принципами проведения кардиореабилитации можно назвать следующие: этапность, мультидисциплинарность, обоснованность, индивидуальность, непрерывность, доступность, ориентированность на четко сформулированную цель, информированность пациентов и формирование у них «правильного» ожидания от реабилитационной помощи. На сегодняшний день в нашей стране «Порядком организации медицинской реабилитации» (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации») предусмотрена трехэтапная система кардиореабилитации.

Проведение первого этапа медицинской реабилитации, который принято называть госпитальный (стационарный) этап реабилитации, осуществляется «в острый период течения заболевания при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации». В настоящее время реабилитационная помощь кардиологическим пациентам на первом этапе кардиореабилитации фактически сводится к назначению режима быстрой активизации [3, 8, 9].

В кардиологическом отделении БУЗ ОО «КМСЧ № 9», осуществляющем первый этап кардиореабилитации, медицинская реабилитация осуществляется на основе взаимодействия лечащего врача с врачами-физиотерапевтами, врачами по лечебной физкультуре, врачами-психотерапевтами. Таким образом, данное медицинское учреждение обеспечивает не только физическую, но и психологическую реабилитацию.

Второй этап медицинской реабилитации должен соответствовать раннему восстановительному периоду течения заболевания. Он крайне важен с точки зрения адаптации пациента к новым условиям жизни [7]. При направлении в реабилитационный центр пациенту выдается направление на госпитализацию, выписка из медицинской карты стационарного больного с указанием основного и сопутствующих заболеваний, результатов клинико-диагностических исследований, проведенного лечения, и самое важное: указание на перспективу восстановления функций и цель проведения реабилитационных мероприятий.

В Омской области в условиях реабилитационного процесса второй этап реабилитации осуществляется в отделении реабилитации реабилитационного центра и санаториях, при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

Цель второго этапа кардиореабилитации в реабилитационных стационарных отделениях – это стимулировать дальнейшую компенсацию нарушенных функций организма до возможности для пациента участвовать в реабилитационных мероприятиях третьего этапа в поликлинических условиях. В клиническом плане на втором этапе кардиореабилитации

постепенно должна восстанавливаться физическая работоспособность пациента и происходить психологическая переориентация на выздоровление. Неоспорим тот факт, что недостаточная приверженность лечебным мероприятиям способствует прогрессированию заболевания, появлению осложнений, увеличению обращаемости за медицинской помощью, ухудшению качества жизни.

По данным наших наблюдений, в Омской области только пятая часть пациентов, перенесших инфаркт миокарда, переводится на второй этап реабилитации. В первую очередь это связано с тем, что часть пациентов (48,9 %) имеет либо осложненное течение инфаркта миокарда, либо обострение сопутствующей патологии, что, соответственно, является противопоказанием к активным реабилитационным мероприятиям. Во-вторых, у ряда пациентов препятствием являются психологические причины: нежелание дополнительно пребывать в условиях стационара, отрицание заболевания как такового. Следует отметить в качестве примера, что в США охвачены комплексными, контролируемыми программами реабилитации только 18–20 % пациентов, а в Канаде 30 % пациентов [6].

Высокая приверженность лечению проявляется планомерным сотрудничеством врача и пациента, обсуждением всех особенностей лечения и проблем, возникающих в ходе лечебного процесса. Можно выдвинуть предположение, что на основе двусторонней активной позиции может быть сформирована психосоциальная готовность к реабилитации. Для проверки этой гипотезы нами на базе Центра восстановительной терапии «Русь» БУЗ ОО КМХЦ Минздрава Омской области в 2015 г. был проведен опрос методом анкетирования для оценки психосоциальных факторов риска и уровня тревожности и депрессии у пациентов, поступивших на реабилитацию.

Для определения симптомов тревоги и депрессии использовали госпитальную шкалу HADS, 16 факторный личностный опросник Кэттелла. В частности, анализ показал, что у пациентов нестабильной стенокардией из всех шкал в 16 факторном личностном опроснике высокий коэффициент показала шкала «неуверенность». У пациентов с инфарктом миокарда была установлена субклинически выраженная депрессия. Применение бинарной логистической регрессии с учетом отрицательных конфаундинг факторов, таких как пол, возраст, курение, употребление алкоголя, наличие артериальной гипертензии, сахарного диабета и показателей холестерина плазмы крови, выявило независимую ассоциацию депрессии с тяжестью основного заболевания (ОШ = 1,48 (95 % ДИ 1,10–1,97)). Кроме того, клинически значимые симптомы тревоги и депрессии чаще регистрировались у пациентов, имеющих более высокий функциональный класс хронической сердечной недостаточности, и эта связь в случае депрессии не могла быть объяснена другими факторами риска. Мужчины, находящиеся на реабилитации, чаще принимали назначенные препараты постоянно

($p=0,014$), женщины предпочитали курсовую терапию ($p=0,04$).

Некоторые авторы считают, что возможностью компенсации тревожности у пациентов и выполнения программы второго этапа реабилитации может стать использование дневных стационаров. Следует отметить, что это предусмотрено официальными программами реабилитации, но для этого организации, переоборудованные в отделения долечивания, обязательно должны иметь дворовое пространство для дозированной ходьбы в течение дня [9].

При выписке из стационара (первый и второй этапы кардиореабилитации) необходимо учитывать ряд факторов: риск возникновения повторных сосудистых событий и внезапной смерти в ближайшие несколько месяцев после сосудистого события; проведение коронарного вмешательства; возможность передать пациента под наблюдение врача поликлиники; социальные особенности пациента (одиночество, низкий образовательный уровень, когнитивные нарушения, низкий уровень дохода); наличие сопутствующей патологии.

Третий этап кардиореабилитации осуществляется в отделениях (кабинетах) реабилитации амбулаторных учреждений здравоохранения по месту прикрепления (месту жительства) пациента. Третий этап реабилитации осуществляется с применением физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, специалистов по профилю оказываемой помощи медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также выездными бригадами на дому [9].

Длительность третьего этапа активной реабилитации составляет 1–4 месяца и определяется индивидуально с учетом восстановления трудоспособности. При наличии стойких расстройств функций организма для решения вопроса об оценке степени ограничений жизнедеятельности, пациенты направляются на медико-социальную экспертизу, где разрабатывается индивидуальная программа реабилитации инвалида.

В структуре БУЗ ОО «ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н.» предусмотрено отделение восстановительного лечения (ОВЛ), осуществляющего в амбулаторных условиях реабилитацию пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Пациенты с хроническими формами ишемической болезни сердца на протяжении нескольких лет составляют основную часть пациентов ОВЛ.

После завершения третьего этапа реабилитации в условиях отделения (кабинета) восстановительного лечения пациент продолжает состоять на диспансерном учете под наблюдением участкового терапевта.

Программа реабилитации третьего этапа в условиях ОВЛ включает в себя: 1) физическую реабилитацию (кабинет ЛФК, самостоятельные физические тренировки); 2) психологическую реабилитацию (консультации психолога, школа пациента, перенесшего сосудистое событие); 3) вторичную профилактику ИБС: медикаментозные мероприятия (лекарственная реабилитация); немедикаментозные мероприятия.

В дальнейшем диспансерное наблюдение пациентов, перенесших инфаркт миокарда, осуществляется на протяжении всей их жизни участковым терапевтом. В целом реабилитация пациентов после инфаркта миокарда направлена на достижение оптимальных условий качества жизни, восстановление здоровья и трудоспособности пациентов [4].

Заключение

Эффективность реабилитационных мер можно оценивать по различным показателям: степени компенсации или восстановления нарушенных функций систем кровообращения, по достижению адаптации на рабочем месте, восстановлению социально-средового статуса, изменению качества жизни и др. Однако при любом способе оценки эффективность от проводимой реабилитации будет ниже, если реабилитационные меры подбираются без учета особенностей реабилитируемого. Проблема реабилитации пациентов вследствие БСК требует комплексного дифференцированного подхода с учетом различных нозологических форм, а также с учетом возраста пациентов.

Раннее начало проведения реабилитационных мероприятий важно с точки зрения профилактики возможности необратимых изменений (что особенно важно при сопутствующих неврологических заболеваниях). Раннее включение в лечебный процесс реабилитационных мероприятий, адекватных состоянию пациента, во многом обеспечивает более благоприятное течение и исход заболевания. Непрерывность и преемственность реабилитационных мероприятий на протяжении всех этапов реабилитации важны как в пределах одного этапа, так и при переходе от одного к другому. При этом улучшается функциональное состояние различных систем организма.

Для повышения доступности специализированной реабилитации для пациентов целесообразно совершенствование качества организации и оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе, дальнейшее совершенствование материально-технической базы отделений реабилитации, в частности, повышение оснащенности отделения реабилитации ЦВТ «Русь» и диагностической службы современным медицинским оборудованием и лекарственными препаратами, внедрение высокоинформативных методов обследования пациентов. Предусмотреть открытие кафедры медицинского университета для научно-методической поддержки врачей и пациентов.

Необходимо предпринять дополнительные меры по организации этапа поздней реабилитации в оказании медицинской помощи пациентам с БСК, перенесшим оперативные вмешательства на сердце, в т.ч. ЧКВ. Для указанных целей наиболее целесообразной представляется выделение реабилитационных коек в составе ЦРБ – территориальных первичных сосудистых отделений.

Необходимо сохранение и развитие кадрового потенциала реабилитационной службы, повышение профессионального уровня, оптимизация численности состава медицинских работников, в связи с чем, в рамках региональной целевой программы «Кадрового обеспечения системы здравоохранения Омской области до 2020 г.»

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. Большакова Т.М. Особенности распределения потребности взрослого населения в восстановительном лечении и медицинской реабилитации по федеральным округам на территории России / Т.М. Большакова, Н.С. Прилипко // Вестник восстановительной медицины. – 2010. – № 6. – С. 5–7.
2. Герасимова Л.И. Сравнительный анализ заболеваемости болезнями системы кровообращения на региональном уровне / Л.И. Герасимова, Л.В. Викторова, Н.В. Шувалова // Общественное здоровье и здравоохранение. – Казань, 2012. – № 2. – С. 31-34.
3. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации. Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. М., 2014. – 112 с.
4. Катунцева Н.А. Пути снижения заболеваемости болезнями системы кровообращения / Н.А. Катунцева, А.Н. Гуров // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2014. – № 1. – С. 134-138.
5. Крючкова О.Н. Современные направления реабилитации и вторичной профилактики, используемые после перенесенного инфаркта миокарда / О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова, Ю.А. Лутай // Крымский терапевтический журнал. – 2015. – № 1. – С. 25-29.
6. Лядов К.В. Научно-методологические подходы к организации центров восстановительной медицины и медицинской реабилитации / К.В. Лядов, Т.В. Шаповаленко, Т.В. Беганова. – М.: Медпрактика, 2010. – 232 с.

7. Необходимые условия для профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в Российской Федерации / Р.Г. Оганов [и др] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2010. – № 6. – С.4-9.
8. Оганов Р.Г. Кардиоваскулярная профилактика в действии / Р.Г. Оганов, Н.Ф. Герасименко, Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов // Кардиология. – 2011. - № 1. – С. 47-49.
9. Погосова Г.В. Мониторинг вторичной профилактики ишемической болезни сердца в России и странах Европы: результаты международного многоцентрового исследования EUROASPIRE III / Г.В. Погосова, Р.Г. Оганов, И.Е. Колтунов, О.Ю. Соколова, Ю.М. Поздняков, В.А. Выгодин, И.Д. Сапунова // Кардиология. – 2011. – № 1. – С. 34-40.
10. Подзолков В.И. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и коморбидная патология как причины инфаркта миокарда у молодого пациента / В.И. Подзолков, Н.А. Драгомирецкая, Д.У. Наткина // Клиническая медицина. – 2015. – Т. 93. – № 10. – С. 52-57.
11. Реабилитация и вторичная профилактика у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Российские клинические рекомендации. – Москва, 2014. – 95 с.
12. Трифонова Н.Ю. Анализ качества оказания медико-социальной и реабилитационной помощи в ЛПУ на современном этапе / Н.Ю. Трифонова, К.И. Касапов, Е.А. Ененкова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2012. – № 4. – С. 9-12.
13. 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. Заворотняя // Омский научный вестник. – 2012. – № 2 (114). – С.21-26.