

Системная организация и практика применения индивидуализированных реабилитационных технологий в условиях ведомственной медицины

С.Б. Шевченко¹, В.Ф. Казаков², А.И. Романов³, П.С. Турзин²

¹Главное медицинское управление УД Президента РФ,

²ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, ³ФГБУ «Центр реабилитации» УД Президента РФ

Основу реабилитационной системы Кремлевской медицины представляет уникальная структура лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждений, подведомственных Управлению делами Президента Российской Федерации, организующая применение на всех этапах лечебного процесса индивидуализированных реабилитационных технологий.

Сформированы основные принципы индивидуализации применения реабилитационных технологий.

Система медицинской реабилитации в медицинских учреждениях, подведомственных Главному медицинскому управлению, обеспечивает этапность реабилитации при всех вариантах нахождения на лечении пациентов, включающих поликлинику, больницу, Центр реабилитации, санаторий.

Активное внедрение системы индивидуализированной реабилитации в медицинское обеспечение государственных служащих позволило повысить качество оказания им медицинской помощи.

Весьма актуальной остается кадровая проблема в области медицинской реабилитации.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, индивидуализированные реабилитационные технологии, этапность реабилитации.

The development of rehabilitation system Kremljovskaya medicina is a unique curative-prophylactic structure which includes curative-prophylactic and sanatorium-type medical institutions subordinate to the General Medical Department of the Affair Management Department of the President of Russian Federation. These institutions utilize individualized rehabilitation technologies at all stages of curative process.

The main principles of individualization of rehabilitation technologies have been defined.

The system of medical rehabilitation in medical institutions subordinate to the General Medical Department provides a staged rehabilitation support at all phases of patients' treatment outpatient unit, hospital, rehabilitation center, sanatorium.

The active implementation of individualized rehabilitation system for medical support of state employees has lead to better quality of medical help to these people.

The problem of staff deficit in medical rehabilitation enterprises is quite an actual problem in manpower sphere.

Key words: medical rehabilitation, individualized rehabilitation technologies, staged rehabilitation.

Основу реабилитационной системы Кремлевской медицины представляет уникальная структура лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждений, подведомственных Управлению делами Президента Российской Федерации, организующая применение на всех этапах лечебного процесса индивидуализированных реабилитационных технологий.

Работа в данном направлении проводится на основе положений Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 40), согласно которому «Медицинская реабилитация – это комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и(или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы

организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество. Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов, направленных на решение задач медицинской реабилитации».

Порядок организации медицинской реабилитации регламентирован приказом Министер-

ства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 № 1705н (зарегистрирован в Минюсте России 22.02.2013 № 27276).

Медицинская реабилитация осуществляется:

- амбулаторно,
- в дневном стационаре,
- стационарно.

Медицинская реабилитация включает в себя:

а) оценку (диагностику) клинического состояния пациента; факторов риска проведения реабилитационных мероприятий; факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; морфологических параметров; функциональных резервов организма; состояния высших психических функций и эмоциональной сферы; нарушений бытовых и профессиональных навыков; ограничения активности и участия в значимых для пациента событиях частной и общественной жизни; факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса;

б) формирование цели проведения реабилитационных мероприятий, формирование программы реабилитации, комплексное применение лекарственной и немедикаментозной (технологий физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа, лечебного и профилактического питания, мануальной терапии, психотерапии, рефлексотерапии и методов с применением природных лечебных факторов) терапии, а также средств, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и(или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования;

в) оценку эффективности реабилитационных мероприятий и прогноз.

Организация медицинской реабилитации осуществляется в соответствии с профилем заболевания пациента по индивидуальной программе реабилитации с выполнением текущего медицинского наблюдения и проведением комплекса реабилитационных мероприятий.

В настоящее время получили интенсивное развитие новые направления в медицинской реабилитации, базирующиеся на индивидуальном подходе и основах персонифицированной медицины.

Еще в XVIII веке знаменитый русский врач - первый директор медицинского факультета Московского университета профессор Михаил Яковлевич Мудров (1776—1831) говорил, что «надо лечить больного, а не болезнь».

Сейчас методология и технология медицинской науки уже достаточно созрели для того, чтобы воплотить это в жизнь, в том числе применительно к этапу реабилитации.

Сформированы основные принципы индивидуализации применения реабилитационных технологий, учитывающие:



М.Я. Мудров

- Этиологический фактор болезни.
- Особенности течения основного и сопутствующего заболеваний у конкретного пациента.
- Состояние организма пациента в целом.
- Индивидуальные половые и возрастные особенности пациента.
- Антропометрические и биодинамические характеристики пациента.
- Индивидуальные психологические и психофизиологические качества пациента.
- Переносимость (непереносимость) пациентом тех или иных реабилитационных процедур.
- Совместимость (несовместимость) тех или иных реабилитационных процедур.
- Биологическую обратную связь.
- Постоянный мониторинг.
- Корректировку реабилитационных программ при необходимости.

Индивидуальная программа реабилитации включает также комплекс оптимальных для пациента мероприятий и технологий с учетом отдельных видов, объемов, сроков и порядка их реализации, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма или способности индивида к выполнению определенных видов деятельности.

Система медицинской реабилитации в медицинских учреждениях, подведомственных Главному медицинскому управлению, обеспечивает этапность реабилитации при всех вариантах нахождения на лечении пациентов, включающих: поликлинику, больницу, Центр реабилитации, санаторий (см. рисунок).

В настоящее время структура медицинской реабилитации включает в себя:

- ФГБУ «Поликлиника №1» - отделение медицинской реабилитации и физиотерапии;
- ФГБУ «Детский медицинский центр» – реабилитационное отделение «Поляны» – 122 койки;



Рисунок. Этапы медицинской реабилитации.

- ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» – лечебно-оздоровительный комплекс;
 - ФГБУ «Центр реабилитации» – 325 коек;
 - 11 подведомственных санаториев – 2775 коек.
- Медицинская реабилитация на этапе «Больница» проводится:

- в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии, начиная с первых 12 ч пребывания;
- в условиях специализированного клинического отделения.

Так, в ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» используются индивидуализированные программы физической реабилитации пациентов по следующим нозологиям:

Травматология и ортопедия

• Восстановительное лечение пациентов после операций по эндопротезированию крупных суставов (тазобедренные, коленные), начиная с предоперационного и раннего послеоперационного периода, заканчивая выпиской пациента из стационара для перевода его на следующий этап реабилитации (Центр реабилитации, поликлиника).

• Восстановительное лечение пациентов с такими нозологиями, как переломы костей верхних и нижних конечностей, переломы позвоночника, костей таза; дорсопатии и дорсалгии (щадающий и щадающе-тренирующий периоды).

Неврология

• Физическая реабилитация пациентов с острыми дисциркуляциями мозгового кровообращения, тетрапарезами, периферическими нейропатиями, дисциркуляторными энцефалопатиями, дорсопатиями и дорсалгиями (щадающий и щадающе-тренирующий периоды).

Терапия

• Физическая реабилитация пациентов с заболеваниями легких (острые бронхиты и обо-

стрения хронических бронхитов, острые пневмонии, обострение бронхиальной астмы); сердечно-сосудистыми заболеваниями (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца) (щадающий и щадающе-тренирующий периоды).

Хирургия

• Физическая реабилитация пациентов после хирургических операций на желудке, кишечнике, лапароскопических холецистэктомий, венэктомий.

Урология

• Физическая реабилитация пациентов после нефрэктомии, операции при мочекаменной болезни (при низведении камня из мочеточника).

Гинекология

• Физическая реабилитация пациентов после гинекологических операций, а также при опущении стенок влагалища.

В целом, применение индивидуализированных программ физической реабилитации пациентов позволяет сократить сроки лечения, увеличить объем восстановления функций и достичь высокой эффективности и качества проводимого лечения.

Изучение клинической эффективности индивидуализированной нейрореабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, в ФГБУ «Клиническая больница №1» (Бояринцев В.В., Денисов Д.Б., Маркаров Г.С. и др., 2013) показало, что эффективность ранних реабилитационных мероприятий значительно повышается при сочетанном индивидуализированном применении медикаментозной терапии, роботизированных технологий механотерапии и новых методов физиотерапии, безопасных для применения уже с острого периода инсульта.

Установлена эффективность ранней реабилитации 70 больных в возрасте от 52 до 79 лет с ишемическим инсультом в остром периоде его течения,

ассоциированным с центральным парезом мышц нижней конечности от легкой до грубой степени, находящихся на постельном режиме, с применением оптимальной медикаментозной терапии (включающей инфузионную терапию, антикоагулянты и/или антиагреганты, антилипидемические, вазоактивные и гипотензивные препараты, нейрометаболические средства) в сочетании с лечебной гимнастикой по индивидуальной программе.

Пациенты дополнительно с 3-го дня стационарного лечения получали по 10 сеансов (один раз в день, ежедневно 5 раз в неделю) в течение 2 нед следующее курсовое индивидуализированное аппаратное лечение:

1. Сеанс воздействия на проприорецепторы опорно-двигательного аппарата пяточных и плюсневых зон стопы компьютеризованным подошвенным имитатором опорной нагрузки «КОРВИТ» в щадящем режиме «медленной ходьбы» (длительность шага 800 мс, давление 10 кПа) с постепенным увеличением продолжительности тренировок с 5 до 10 мин.
2. Сеанс воздействия импульсным низкочастотным электромагнитным полем 2 мВ/см, 30 Гц в специальном дискретном режиме продолжительностью 3 мин 1 раз в день, генерируемым резонансным физиотерапевтическим аппаратом «Доктор ИНФИТА». Излучатель устанавливался на расстоянии 25 см от глаз пациента. Электромагнитное воздействие осуществлялось через оптико-вегетативную систему.
3. Сеанс активно-пассивной физической реабилитации нижних конечностей на роботизированном реабилитационном комплексе для пациентов на постельном режиме «RECK MotoMedLetto 2» (10–15 оборотов в минуту, с постепенным индивидуальным увеличением интенсивности нагрузки с 0 до 1 Вт и продолжительности тренировок с 5 до 8 мин).

Применение в реабилитационных программах высокотехнологичных методик позволяет решать несколько задач: ускорение перевода пациента в вертикальное положение, проведение щадящей адаптации дыхательной, сердечно-сосудистой и опорно-двигательной систем пациента к возрастающим физическим нагрузкам с более быстрым восстановлением физиологического паттерна движений в паретичных конечностях.

По данным клинических и инструментальных методов исследований у больных отмечалась положительная динамика клинических показателей в виде уменьшения пареза (в среднем на 22,4%) и снижения выраженности психовегетативных сдвигов.

Применение индивидуализированных методов физиотерапии, лечебной физкультуры и массажа в ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» (Портнов В.В., Аксенова И.Н., 2013)

на стационарном этапе реабилитации осуществляется в программах комплексной медицинской реабилитации на трех этапах:

- 1-й этап, в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации (общей, нейро- и кардио-) и травматологии:
 - Используются технологии аппаратной физиотерапии, в первую очередь низкочастотная магнитотерапия и импульсные токи низкой частоты, в том числе электростимуляция, а также ингаляционная терапия.
 - Лечебная гимнастика проводится индивидуально в палате и носит общеукрепляющий характер. Используются лечение положением, динамические упражнения для мелких мышечных групп, дыхательные упражнения. Возможен болеутоляющий поверхностный поглаживающий и нежный вибрационный массаж соответствующей зоны.
- 2-й этап, в ранний восстановительный период течения заболевания в отделениях хирургического профиля, кардиологии, неврологии и травматологии:
 - Объем аппаратной физиотерапии расширяется за счет лекарственного электрофореза, а также добавляются технологии водолечения (сухие углекислые ванны).
 - Лечебная гимнастика проводится индивидуально или малогрупповым методом и включает динамические и изометрические упражнения для малых и средних мышечных групп, дыхательные упражнения. Массаж соответствующей зоны проводят с использованием всех приемов, избегая интенсивного растирания и разминания.
- 3-й этап, в поздний реабилитационный период и период остаточных явлений течения заболевания вне обострения в отделениях травматологии, кардиологии и неврологии:
 - При отсутствии противопоказаний используются почти все физиотерапевтические методы, прежде всего водолечения (электрогальванические ванны, подводный душ-массаж и др.) и теплолечения (аппликации фангопарафина и тамбуканской сульфидной иловой грязи).
 - Лечебная гимнастика проводится в зале ЛФК в группе и включает динамические и изометрические упражнения для всех мышечных групп, а также дыхательные упражнения. Массаж соответствующей зоны проводят с использованием всех основных и вспомогательных приемов.

По завершении стационарного этапа проводится подготовка больного к переводу на следующий этап лечения.

При подготовке больных, в рамках преемственности, к следующему этапу реабилитации производится:

1. Подготовка выписки из стационара, где представлена полная картина проведенного физиотерапевтического лечения, ЛФК и массажа.
2. Представление, при необходимости, пациенту конкретных рекомендаций по использованию реабилитационных методик на последующем этапе лечения.

Следующий этап медицинской реабилитации реализуется в ФГБУ «Центр реабилитации». Это ведущее, специализированное для целей медицинской реабилитации учреждение мощностью 325 коек, в котором ежегодно получают лечение до 5,5 тыс. человек.

В Центре реабилитации используются оригинальные индивидуализированные комплексные программы реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными заболеваниями, дорсопатиями, болезнями органов дыхания, системы пищеварения, опорно-двигательного аппарата, расстройствами сна; проводится разработка и апробация стандартов реабилитационных программ для пациентов с различными нозологическими формами, таких как:

- восстановительное лечение в условиях стационара (от 10 до 26 дней в зависимости от заболевания);
- стационарзамещающие технологии (сроки те же, что и в условиях стационара);
- обучающие лечебно-реабилитационные программы (от 3 до 10 дней);
- интенсивные оздоровительные программы.

В ФГБУ «Центр реабилитации» применяются новые индивидуализированные реабилитационные технологии:

- 26 запатентованных программ реабилитации пациентов, в том числе программы для пациентов с ограниченным самообслуживанием после перенесенного острого периода нарушения кровеносной и центральной нервной систем, автодорожных катастроф.
- Сомнология (диагностика и лечение расстройств сна).
- Применение кровезаменителя с газотранспортной функцией «Перфторана» в восстановительном лечении пациентов с облитерирующими заболеваниями сосудов конечностей.
- Клинический анализ движений (биомеханика) при заболевании опорно-двигательного аппарата, после инсультов, травм.
- Методики космической и спортивной медицины (костюм «Регент», современные тренажерные комплексы с обратной связью).
- Новые мобильные информационные технологии в реабилитологии.
- Методики коррекции метаболического синдрома.
- Лечение синдрома хронической усталости.
- Лечение болей различного генеза (происхождения).

- Новый метод диагностики заболеваний и патологических состояний, основанный на регистрации и цифровой обработке инфракрасного, т. е. теплового, излучения от человеческого тела, – инфракрасная компьютерная термография.

В ФГБУ «Центр реабилитации» разработан и внедрен новый подход по планированию и контролю лечебно-охранительного режима на постгоспитальном этапе с применением информационно-коммуникационных технологий. Главной задачей этого инновационного подхода является совершенствование этапной медицинской помощи в системе медицинских учреждений Кремлевской медицины.

Этапность при этом подразумевает системность, «закольцованность» всех звеньев – от поликлиники до реабилитационного центра и т.д. Этапная медицинская помощь подразумевает включение в цепь и реабилитацию в домашних условиях. Основное внимание при этом надо переносить на амбулаторно-поликлинический этап и развивать стационарзамещающие технологии. Одним из направлений повышения уровня медицинской помощи пациентам на дому можно рассматривать внедрение ряда мобильных информационных и коммуникационных технологий (так называемых технологий домашней телемедицины) – систему автоматизации патронажной службы, базирующейся на технологии «умного дома», и телемедицинский центр, использующий современные методы домашней телемедицины.

Основные функции «стационара на дому» с использованием телемедицинских технологий включают в себя следующие виды деятельности:

1. Осуществление назначений для пациента, проходящего лечение в домашних условиях, планируя:

- лечебно-охранительный режим (распорядок дня);
- прием лекарственных препаратов;
- гигиенические мероприятия;
- режим двигательной активности, в том числе ЛФК с использованием биологической обратной связи (БОС);
- режим приема пищи, в том числе через зонд и энтеростому;
- регламент регистрации физиологических параметров.

2. Контроль выполнения вышеуказанных плановых назначений.

3. Организацию сеансов между пациентом и врачом телемедицинских консультаций с использованием технологий видеосвязи.

4. Регистрацию, хранение результатов регистрации основных физиологических показателей пациента (ЭКГ, АД, уровень глюкозы, температура, масса тела и др.), их анализ и передачу для хранения на сервере и доступ к этим данным врачей по Интернету, в том числе по низкоскоростному.

5. Хранение информации в базе данных, обработка информации, ведение электронной истории болезни.

6. Создание баз данных для научно-практической работы, обеспечение доступа специалистам для анализа данных.

Подбор и апробация лечебных методик, отбор и обучение пациентов начинаются на этапе ФГБУ «Центр реабилитации» с последующим переносом в домашние условия.

В 2012–2013 гг. в ФГБУ «Центр реабилитации» было проведено специальное исследование по апробации методологии этапной медицинской помощи на постгоспитальном этапе с применением телемедицинских технологий. В исследование были включены 25 пациентов, находившихся на лечении и обследовании в неврологических отделениях с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения». В качестве контрольной группы были обследованы сопоставимые по полу, возрасту, индексу массы тела и диагнозу 20 пациентов, распорядок дня которых формировался естественным образом. Методика исследования состояла в том, что при поступлении пациенты получали информационные буклеты о возможности проведения продолженной реабилитации после выписки из стационара под контролем лечащих врачей, работающих в ФГБУ «Центр реабилитации».

Это позволяло поднять степень доверия и комплаентность на новый качественный уровень при повторном предложении «стационара на дому» после осмотра мультидисциплинарной бригадой и определения реабилитационных целей. Важнейшим компонентом продолженной реабилитации является заинтересованность пациента и его родственников во взаимодействии с персоналом Центра реабилитации и психоэмоциональный настрой на результат. Однако важно избегать гиперопеки, как пациента, так и его семьи, иногда приводящей к злоупотреблению со стороны родственников. Для оценки психологических параметров было проведено психологическое тестирование всех пациентов и ухаживающих родственников.

В течение стационарной реабилитации врач-координатор обучал владению компьютерной программой и ее применению на персональном ноутбуке или планшете, оптимизировал и синхронизировал приборы и аппараты, применяющиеся в процессе реабилитации, планируемые к передаче в домашние условия.

При выписке все пациенты подписывали информированное согласие на электронную передачу и обработку персональных данных, а также материальную ответственность за переданное оборудование.

Все пациенты получали механические либо роботизированные реабилитационные комплексы и письменные рекомендации на 30 дней амбулаторного этапа. Пациенты основной группы по приезде

домой связывались с куратором и регистрировались в медицинской информационной системе. Срок наблюдения равнялся 2 мес, с контрольными точками каждые 30 дней. Пациенты основной группы имели плановые и, при необходимости, экстренные сеансы связи для коррекции реабилитационного процесса и медикаментозной поддержки.

Практически все пациенты основной группы продолжали участие в реабилитационном процессе и достигли контрольных реабилитационных целей.

У 5 пациентов была осуществлена коррекция невропатического болевого синдрома и синдрома Дежерина–Русси, при этом у всех удалось купировать болевой синдром.

Следует отметить, что формирование патологических поз отсутствовало как таковое в основной группе, в то время как в контрольной группе оно отмечалось у половины пациентов.

Телефонный опрос, ставящий целью уточнение эмоциональной переносимости реабилитации и контроль над выполнением пациентами на амбулаторном этапе назначенной схемы лечения, показал, что среди пациентов основной группы регулярный прием гипотензивных препаратов продолжали 18 больных, среди пациентов контрольной группы – 11 больных.

Результаты этого исследования показали, что применение системы планирования и контроля реабилитационного процесса и дистанционного мониторинга медикаментозной поддержки позволило оптимизировать продолженную реабилитацию и обеспечить преемственность в условиях «стационара на дому» и улучшить восприятие терапии (compliance) на постгоспитальном этапе. Современные информационные и коммуникационные технологии позволяют эффективно организовывать продолженную реабилитацию в домашних условиях (так называемый «стационар на дому») на постгоспитальном этапе дистанционно.

Медицинская реабилитация на этапе «Санаторий» осуществляется в 11 подведомственных санаторно-курортных учреждениях, расположенных в различных климатогеографических регионах страны.

Развитие санаторно-курортной системы Управления делами Президента Российской Федерации осуществляется в соответствии с задачами Управления делами по охране здоровья государственных служащих и рассматривается как важный и эффективный этап лечения, индивидуализированной реабилитации и профилактики.

Основу реабилитационных программ и технологий составляют общепринятые методы и приемы классической клинической реабилитологии и курортологии при обязательном соблюдении индивидуального подхода в составлении реабилитационных программ и преемственности в проведении реабилитационных мероприятий.

Используются программы первичной и вторичной профилактики основных неинфекционных заболеваний. Так, разработаны и внедрены инновационные реабилитационные технологии ранней нейрореабилитации и вторичной профилактики инсульта.

Функционируют «школы» для больных ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом, артериальной гипертонией, бронхиальной астмой, остеохондрозом, а также здорового образа жизни.

Разработаны и внедрены специальные лечебно-профилактические программы, направленные на борьбу с факторами риска основных неинфекционных заболеваний, – по снижению массы тела у больных с ожирением, программы «Антистресс» и «Антитабак», программа «Профилактика преждевременного старения», фитнес-программы.

Внедрение, например, в комплекс санаторно-курортного лечения ФГБУ «Объединенный санаторий «Русь» новых, высокоинформативных методов диагностики позволило персонифицировать подход к формированию индивидуальных программ лечения и реабилитации с учетом ведущего этиопатогенетического фактора и, соответственно, повысить эффективность санаторно-курортного лечения.

Опыт применения индивидуализированных программ реабилитации в ФГБУ «Клинический санаторий «Барвиха» (Молчанов К.И., Антонова М.Е., 2013) показал, что наличие большого количества диагностического и лечебного оборудования или различных методик в санатории не решает проблемы эффективного комплексного и индивидуализированного реабилитационного лечения пациентов. Важно иметь соответствующие реабилитационные программы по определенным нозологиям или направлениям, а также подготовленный персонал, который квалифицированно может реализовывать данные программы.

В настоящее время в санатории используются индивидуализированные программы кардиореабилитации и легочной реабилитации.

Учитывая возраст пациентов (подавляющее большинство старше 70–80 лет), наличие разнообразной тяжелой сопутствующей патологии, ранние сроки поступления на реабилитацию, наличие осложнений заболеваний и состояний после хирургических вмешательств, реабилитация всегда носит индивидуализированный характер, направленный как на основное и сопутствующие заболевания, так и на возможные последствия врачебных вмешательств.

Крайне важным для проведения эффективных и индивидуализированных программ является наличие в штате соответствующего специалиста с большим опытом лечения тяжелых пациентов, реализующего программы реабилитации пациентов после любых хирургических вмешательств, а также боль-

ных с заболеваниями нервной и костно-суставной систем.

При оказании реабилитационной помощи тяжелым пациентам с заболеваниями нервной и костно-суставной систем и наличием коморбидности встает вопрос о дополнительных площадях, о дооснащении аппаратами механотерапии для различных суставов и об увеличении штата среднего медицинского персонала.

Технологии выполнения медицинской реабилитации на этапе «Поликлиника» можно показать на примере работы отдела медицинской реабилитации и физиотерапии в ФГБУ «Поликлиника №1».

В отдел входят следующие отделения:

- физиотерапии, включая бальнеотерапию и массаж;
- мануальной терапии;
- лечебной физкультуры;
- рефлексотерапии, включая кабинет гирудотерапии.

Задачами отдела является повышение эффективности лечения и восстановления трудоспособности пациентов после перенесенного заболевания или травмы, а также профилактика заболеваний с использованием мультидисциплинарного подхода.

В Поликлинике также применяются индивидуализированные комплексные программы рефлексотерапии при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, хронических неспецифических заболеваниях легких, а также программы, направленные на факторы риска: экзогенно-конституциональное ожирение и курение (Минаков В.Я., Иванова Л.В., Климов С.П., 2013).

Процедуры рефлексотерапии, например, при гипертонической болезни проводятся ежедневно. Лечение состоит из 2–3 курсов с перерывом 2–3 нед между 1-м и 2-м курсом и 1–1,5 мес между 2-м и 3-м курсом. Курс 10 посещений состоит из процедур: классической акупунктуры, аурикулотерапии, баночного массажа, прижигания китайскими сигарами и назначения гирудотерапии.

При наличии сопутствующих заболеваний (ожирение) и вредных привычек (табакокурение), осложняющих течение гипертонической болезни, проводятся курсы лечения по соответствующим программам.

В результате применения рефлексотерапевтических программ достигается:

- устранение психоэмоционального перенапряжения, нормализация сна и уменьшение явлений невротизации;
- выраженной анальгетический эффект;
- миорелаксирующее действие (снижение повышенного сосудистого тонуса), улучшение микроциркуляции и тканевого обмена, что приводит к улучшению кровоснабжения сердечной мышцы и головного мозга.

Комплексная реабилитация больных хронической венозной недостаточностью с использованием различных физических факторов в ФГБУ «Поликлиника №1» (Миронович Т.П., 2013) включает процедуры прерывистой пневмокомпрессии и массажа электростатическим полем.

Процедуры прерывистой пневмокомпрессии отпускались на аппарате серии «Гринпресс 12». Давление воздуха в манжетах аппарата подбиралось в зависимости от стадии заболевания, индивидуальной переносимости и сопутствующей патологии, обычно в пределах от 40 до 100 мм рт. ст. Продолжительность процедуры от 30 до 40 мин. Курс прерывистой пневмокомпрессии состоял из 10 процедур, проводимых ежедневно.

Также в комплекс лечебных мероприятий были включены процедуры массажа электростатическим полем, проводимые с помощью системы «Хивамат-2000». Длительность процедуры на каждую конечность составляла 18–20 мин: 8–10 мин при частоте 160 Гц и 10 мин – при 60 Гц.

Включение процедур прерывистой пневмокомпрессии и массажа электростатическим полем в комплекс реабилитационных мероприятий для пациентов с хронической венозной недостаточностью способствует более интенсивному регрессу основных клинических симптомов, улучшению показателей гемодинамики. В результате лечения у большинства пациентов значительно уменьшились отеки нижних конечностей. Также снижалась интенсивность болевых ощущений, чувства «тяжести» в ногах, судорог.

Наряду с другими методами в ФГБУ «Поликлиника №1» применяют, например, нелекарственные традиционные методы реабилитации при невралгиях и ганглионитах тройничного нерва (Сергушов К.П., 2013).

Так, использовался комплекс индивидуализированных реабилитационных мероприятий при лечении невралгии, который включает: краниосакральную терапию, мануальную терапию, иглорефлексотерапию, гирудотерапию, массаж, психотерапию, ароматерапию и лечебную физкультуру.

Сеансы краниосакральной терапии проводились через день с постепенным увеличением перерывов между сеансами. Также с первых дней лечения больные получали иглорефлексотерапию, которую после 5 процедур сочетали с массажем и гирудотерапией. Комплекс лечебной физкультуры подключали в начальном периоде, постепенно меняя его в зависимости от динамики функциональных нарушений и самочувствия пациента. Таким образом, применение в комплексе лечения патогенетически обоснованных, нелекарственных методов позволяет повысить эффективность лечения и уменьшить частоту рецидивов.

Индивидуализированная реабилитационная помощь в ФГБУ «Поликлиника №2» обеспечивает

ся многопрофильным физиотерапевтическим отделением, объединяющим кабинеты электролечения, лазеротерапии, гидротерапии, теплотечения, массажа, зал ЛФК, оснащенный современными тренажерами. Выбор лечебного комплекса проводится с учетом индивидуальных особенностей пациента, объективных данных обследования, стадий и фаз заболеваний.

В отделении наряду с лечением острых заболеваний применяются комплексные методы реабилитации пациентов после различного рода хирургических вмешательств, травм, обострения хронических заболеваний.

Более 50% пациентов, направленных на реабилитационный курс лечения, – больные с различными неврологическими заболеваниями. Пациентам с выраженным болевым синдромом и наличием сопутствующих заболеваний в комплексе реабилитационного лечения успешно проводятся мезодиэнцефальные модуляции по заданным программам. Процедура общего воздействия на организм направлена на повышение адаптационных возможностей организма.

Комплексное лечение пациентов после артроскопических операций на коленных и плечевых суставах, при остеоартрозах, артритах и переломах, составляющих более 30%, включает в себя применение физических факторов (магнитотерапия, криотерапия, лазеротерапия, электростимуляция мышц, ультразвуковая терапия, грязевые аппликации), лечебную гимнастику, массаж.

С учетом индивидуальных особенностей пациентов после полостных и лапароскопических гинекологических операций разработан и успешно применяется комплекс, включающий: магнитолазеротерапию, электро- и СМТ-форез лекарственных веществ, ультразвуковую терапию, лечебную гимнастику.

Медицинская реабилитация в поликлинике более чем в 90% случаев позволяет достигнуть максимального уменьшения имеющихся у больного ограничений жизнедеятельности, обеспечить более быстрое и полное возвращение к труду.

С целью эффективного использования санаторно-курортного этапа реабилитации в поликлинике постоянно проводится работа по адекватному подбору каждому пациенту профиля санаторного учреждения. Ежегодно в санаториях, подведомственных Управлению делами Президента РФ, проходят лечение более 35% пациентов основного контингента.

По классам заболеваний при направлении на санаторное лечение преобладают болезни костно-мышечной системы и болезни органов кровообращения. Преимуществом на этапе реабилитации «поликлиника–стационар» обеспечивается оформленной в поликлинике санаторно-курортной картой. После завершения санаторно-курортного ле-

чения в поликлинику поступает эпикриз на пролеченного больного. По результатам санаторного лечения улучшение состояния пациентов за последние годы отмечено более чем в 90% случаев.

Часть пациентов с болезнями органов кровообращения и костно-мышечной системы, которым требуется проведение медицинской реабилитации в стационарных условиях, в том числе после стационарного и(или) амбулаторного этапа лечения, направляют в ФГБУ «Центр реабилитации».

Эффективность системы медицинской реабилитации в Главном медицинском управлении Управления делами Президента Российской Федерации можно подтвердить рядом фактов.

Так, в целом охват в многопрофильных поликлиниках реабилитационными мероприятиями лиц, находящихся на активном диспансерном наблюдении, превышает 95%.

Количество реабилитационных коек в лечебно-профилактических учреждениях, подведомственных Главному медицинскому управлению, составляет около 10%, что в основном обеспечивает потребности на данном этапе лечения.

Активное внедрение системы индивидуализированной реабилитации в медицинское обеспечение государственных служащих позволило повысить качество оказания им медицинской помощи, что обусловило улучшение показателей их здоровья, продление хронологического и профессионального долголетия, повышение работоспособность и качества жизни в целом.

Только внедрение в практику лечения пациентов с болезнями системы кровообращения первых двух этапов реабилитации (острый и ранний восстановительный) позволило продлить им жизнь на 16 лет (по данным акад. РАМН В.С. Гасилина).

Весьма актуальной остается кадровая проблема в области медицинской реабилитации. К сожалению, отсутствует стройная система подготовки кадров в области медицинской реабилитации.

Так, в «Номенклатуре специальностей научных работников» (в ред. Приказов Минобрнауки РФ от 11.08.2009 № 284, от 10.01.2012 №5) имеется:

- 14.03.11 — восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия.

Наряду с этим известно, что как в «Номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» (в ред. приказов Минздравсоцразвития России от 23.04.2009 №210 и от 9.02.2011

№94н), так и в «Квалификационных требованиях к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» (приказ Минздравсоцразвития России от 7.07.2009 №415н) отражены:

- Лечебная физкультура и спортивная медицина.
- Мануальная терапия.
- Рефлексотерапия.
- Физиотерапия.

В то же время в «Номенклатуре должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения» (приказ Минздравсоцразвития России от 25.07.2011 №801н) отмечены:

- Врач по лечебной физкультуре.
- Врач мануальной терапии.
- **Врач по медицинской реабилитации.**
- Врач-рефлексотерапевт.
- Врач-физиотерапевт.

Подготовка кадров в области медицинской реабилитации для подведомственных медицинских учреждений Управления делами Президента Российской Федерации проводится на кафедре медицинской реабилитации, лечебной физкультуры, физиотерапии и курортологии ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр». Также в ФГБУ «УНМЦ» осуществляется в сетевой форме преподавание основ медицинской реабилитации при реализации основных образовательных программ послевузовского и дополнительного профессионального образования по всем лицензированным медицинским специальностям.

Перспективы развития системы медицинской реабилитации в Главном медицинском управлении Управления делами Президента Российской Федерации представляются в виде создания специализированных центров и новых отделений медицинской реабилитации в ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» и ФГБУ «Клиническая больница», а также посредством внедрения современных информационных технологий и методов генетической персонификации, совершенствования и развития этапной помощи, включая амбулаторно-поликлинический этап.