

УДК 616-053.2-036.86-085.8

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2016.4.90-93

Оптимизация организационных технологий комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности

Д.С. Осмоловский, С.В. Осмоловский

Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи (690091, г. Владивосток, ул. Уборевича, 30/39)

В условиях реформирования отечественного здравоохранения, на фоне неблагоприятных показателей здоровья населения, приоритета медико-санитарной помощи с вектором на профилактику заболеваемости и инвалидности, остро встает проблема современных социально-гигиенических исследований, направленных на совершенствование деятельности органов и учреждений здравоохранения. В связи с отсутствием в стране широкой сети специализированных реабилитационных учреждений, способных оказывать детям-инвалидам комплексную медико-социально-педагогическую помощь, недостаточно и нормативно-правовой документации, регламентирующей их деятельность. Многолетний опыт работы в данной сфере коллектива Центра восстановительной медицины и реабилитации ККЦСВМП позволяет сделать ряд предложений, внедрение которых в практику будет способствовать повышению уровня медицинской помощи.

Ключевые слова: детская инвалидность, детский церебральный паралич, центр восстановительной медицины и реабилитации.

В настоящее время в России проживает более 30 млн детей и подростков в возрасте до 18 лет, среди которых, согласно данным Научного центра здоровья детей РАМН, не более 2–15 % можно признать здоровыми [4]. Особого внимания к себе требуют дети с ограниченными возможностями жизнедеятельности. Детская инвалидность – одна из острейших медико-социальных проблем современного общества. По данным экспертов ВОЗ, около 10 % детского населения земного шара составляют лица с ограничением жизненных и социальных функций, а по оценке специалистов Европейской академии по вопросам детей-инвалидов (ЕАДИ), их 12–12,5 % [7, 15], в структуре причин детской инвалидности одно из лидирующих мест занимают болезни нервной системы, среди которых ведущая – детский церебральный паралич (ДЦП) [5]. Сочетанная перинатальная патология, включающая в себя поражения центральной нервной системы, внутриутробную инфекцию и аномалии развития, является основной причиной не только детской инвалидности, но и пограничных расстройств [3]. В условиях реформирования отечественного здравоохранения, на фоне неблагоприятных показателей здоровья населения, приоритета медико-санитарной помощи с вектором на профилактику заболеваемости и инвалидности, остро встает проблема современных социально-гигиенических исследований, направленных на совершенствование деятельности органов и учреждений здравоохранения. Глубокие ограничения возможностей, сопровождаемые значительным снижением качества жизни, определяют медико-социальную значимость проблемы реабилитации и коррекции соответствующих контингентов детей [12]. Федеральным законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан

в Российской Федерации» в оборот введен легальный термин «медицинская реабилитация» [13]. При этом основным недостатком приказа МЗ и СР РФ № 288 от 29.11.2004 г., регламентирующего оказание помощи больным ДЦП, и стало его ограничение медицинским вектором. В кругу специалистов, занимающихся проблемами детской инвалидности, общеизвестны и признаны такие основные принципы реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями, как начало лечения в раннем возрасте, комплексность и непрерывность реабилитационного процесса, участие в нем членов семьи ребенка, необходимость оценки реабилитационного потенциала и эффективности лечения [2, 7, 8, 11, 14, 16].

В последние годы Правительством Российской Федерации уделяется значительное внимание проблемам людей с ограниченными возможностями, в том числе детей-инвалидов, о чем свидетельствует ряд постановлений в области здравоохранения. В них, в частности, указывается на необходимость определения потребности инвалидов в реабилитационных и абилитационных услугах, формирование отрасли по производству товаров, том числе технических средств реабилитации, формирование и поддержание в актуальном состоянии нормативно-правовой и методической базы и условий по организации системы комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов [10].

И официальные документы, и авторы соответствующих публикаций указывают на этапность процесса реабилитации с участием в нем учреждений родовспоможения, отделений реанимации и интенсивной терапии, а также детских поликлиник – т.е. учреждений со специфическим функциональным назначением [3, 10]. При этом организация в стране специализированных центров, способных оказывать комплексную медико-социально-педагогическую помощь детям-инвалидам, идет крайне медленными темпами, что обусловлено,

по-видимому, «незыблемостью» подходов к структуре и организации работы лечебно-профилактических учреждений. Несмотря на объединение министерств здравоохранения и социального развития, сохраняются проблемы в организации практического совместного труда в стенах одного учреждения медицинских и педагогических работников. Все вышесказанное объясняет необходимость оптимизации комплексного восстановительного лечения детей с ограниченными способностями в условиях специализированных реабилитационных учреждений.

Центру восстановительной медицины и реабилитации детей, входящему в состав ККЦСВМП, исполнилось 25 лет. Главный принцип работы учреждения – трансдисциплинарный индивидуальный подход к пациенту, при котором врачи всех специальностей, психологи, педагоги, социальные работники и логопеды работают единой бригадой, в тесном взаимодействии с родственниками ребенка. Основная форма работы – комплексное 3-недельное курсовое восстановительное лечение и медико-социально-педагогическая реабилитация детей с психоневрологической и ортопедической патологией. Возраст пациентов от 2 месяцев до 18 лет. Среди них детей раннего возраста с перинатальным поражением центральной нервной системы и угрозой развития ДЦП – 28 %, детей-инвалидов с ДЦП – 65 %, детей с поражениями периферической нервной системы – 4 % и с ортопедической патологией – 3 %. В течение календарного года проводится 15 лечебных курсов с одновременным пребыванием 70–90 пациентов. Доказано, что благодаря деятельности коллектива центра у 54 % детей-инвалидов снижалась степень функциональной зависимости от окружающих, у 2,28 % – статус ребенка-инвалида снимался, лишь 3,5 % детей раннего возраста с перинатальным поражением центральной нервной системы и угрозой развития ДЦП оформлялись инвалидность.

В структуре учреждения два основных подразделения: отделение восстановительного лечения (17 врачей различных специальностей, 12 массажистов, инструкторы по лечебной физкультуре, медицинские сестры, в т.ч. дежурные), финансируемое ТФОМС, и отделение социально-педагогической реабилитации (педагоги-психологи, логопеды, дефектологи, педагоги дополнительного образования, инструкторы по адаптивной физической культуре), финансируемое за счет краевого бюджета. Центр располагает двумя залами для занятий лечебной и адаптивной физкультурой, где широко используются тренажеры «Гроссо» и лечебные костюмы различных модификаций, бассейном с хамаммом, сенсорной комнатой, широким спектром физиотерапевтического оборудования, компьютерных комплексов с биологической обратной связью, интерактивного оборудования, роботизированной техникой. Специфическое обследование пациентов, все основные виды восстановительного лечения, а также деятельность сотрудников отделения социально-педагогической реабилитации обеспечиваются государственным

финансированием из двух источников, хотя мы не видим препятствий для одноканального финансирования. Благодаря внедрению системы компьютерной отчетности по программе ОМС учет деятельности всего коллектива центра стал абсолютно достоверным, что позволило четко оценивать заработную плату сотрудников и планировать деятельность учреждения. Не наблюдается особых проблем с включением в работу и услуг педагогического персонала, тем более, что, по мнению ряда авторов, двигательные расстройства в большинстве случаев сочетаются с изменениями психики, речи, зрения, слуха и эпилепсией [1, 9].

В настоящее время проблемным остается формирование медицинской карты курсового ребенка, т.к. в данном процессе задействован практически весь коллектив учреждения. При одновременном нахождении на курсовом лечении 70–90 детей сотрудники вынуждены тратить значительную часть рабочего времени на заполнение медицинской документации. При этом неизбежно нарушается хронология реабилитационных мероприятий. Это обосновывает необходимость создания компьютерной сети с формированием электронной версии медицинской карты.

В целях обеспечения условий для пациентов и родителей, сопровождающих детей в период курсового лечения, на базе центра создано семь блоков, в состав каждого из которых входит по пять комнат, оборудованных бытовой техникой, игровая комната, место для приготовления и приема пищи, санитарный узел. Лицо, сопровождающее ребенка в центре, оплачивает за свое пребывание (500–800 руб. в сутки). Благодаря этому, а также платному лечению пациентов, проживающих за пределами Приморского края, ежемесячная выручка центра составляет около 2 млн руб.

Процесс комплексной медико-социально-педагогической реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями требует коллективной работы медицинских работников, психологов, логопедов, социальных работников, педагогов дополнительного образования. При этом львиная доля физических методов работы с детьми ложится на плечи медицинских сестер по массажу, инструкторов по лечебной и адаптивной физической культуре. Несоответствие требований высокого уровня подготовки к невысокой заработной плате специалистов создает определенные проблемы кадрового обеспечения реабилитационных учреждений.

В 2007 г. состоялся первый выпуск на факультете адаптивной физической культуры (АФК) Дальневосточного федерального университета. С тех пор наш центр ежегодно пополняется молодыми специалистами с высшим специальным образованием. Уровень теоретической подготовки и практических навыков в широком спектре физических методов занятий с детьми всех возрастов у выпускников достаточно высокий, но от проблем при их трудоустройстве это не избавляет. Должность инструктора по физической культуре предусматривает наличие как высшего, так

и среднего физкультурного образования. Взаимозаменяемость специалистов по АФК с инструкторами по лечебной физкультуре проблематична, а использование их в качестве массажистов невозможно. Необходимость практического решения этой проблемы вынудила нас направлять всех выпускников факультета АФК ДВФУ на учебу в медицинское училище. В настоящее время специалисты среднего звена, имеющие медицинское и педагогическое образование – золотой фонд Центра восстановительной медицины и реабилитации детей с ограниченными возможностями. Высокий уровень подготовки позволяет им самостоятельно проводить оценку функционального состояния детей, корректировать физические нагрузки, рассчитывать реабилитационный потенциал и эффективность восстановительного лечения. Более того, они способны обучить родителей ребенка-инвалида необходимым приемам физических занятий в домашних условиях, разрабатывать и контролировать «домашние задания».

Согласно данным литературы, каждая четвертая семья, имеющая в своем составе ребенка-инвалида, является неполной [6, 9]. Весь комплекс проблем, связанных с содержанием, лечением и воспитанием детей, часто ложится на плечи матери-одиночки. При низком уровне благосостояния в семье мать ребенка-инвалида не имеет возможности полноценно реализоваться в профессиональном плане, а работающая – обеспечить систематическое прохождение ребенком курсового восстановительного лечения в реабилитационном учреждении. Ситуация значительно улучшилась благодаря приказу МЗ и СР РФ «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности» № 624н от 29 июня 2011 г., позволившему оформлению листка нетрудоспособности лицу, сопровождающему ребенка-инвалида в период его лечения. Однако механизм практической реализации приказа в рамках обеспечения ухода за детьми-инвалидами в период их восстановительного лечения по основному заболеванию достаточно сложен и неудобен. В 2011 г. центр вошел в состав Краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи, расположенного по другому юридическому адресу, при удаленности не менее 10 км.

Ответственность за своевременное оформление необходимой для выписки листка нетрудоспособности документации и доставку ее в головное учреждение лежит на сотрудниках нашего учреждения, а сама выписка производится в ККЦСВМП. При этом, как показывает практика, в реабилитационном процессе абсолютно не задействовано одно из основных звеньев, обязанных контролировать состояние здоровья ребенка, – участковая детская поликлиника.

Более эффективным нам представляется механизм выписки листка нетрудоспособности по уходу за ребенком-инвалидом в период восстановительного лечения, аналогичный таковому при направлении

больных на долечивание в санаторно-курортные учреждения. На основании путевки на очередной курс восстановительного лечения врачом-педиатром или неврологом по месту жительства ребенка открывается больничный лист на имя сопровождающего лица, который продлевается медицинским работником по решению врачебной комиссии специализированного реабилитационного учреждения, на весь период курсового восстановительного лечения, но не более чем на 24 календарных дня.

Выводы

Необходимо создание компьютерной сети, объединяющей всех специалистов высшего звена, с целью формирования компьютерной версии медицинской карты ребенка, что позволит повысить эффективность работы учреждения и создаст условия для одноканального финансирования в системе ОМС.

С целью подготовки высококлассных специалистов для работы с детьми-инвалидами психоневрологического и ортопедического профиля студентам факультетов АФК необходимо параллельное обучение на вечерних отделениях медицинских училищ. Расширение спектра практической деятельности специалистов по АФК позволит, с одной стороны, упростить решение ряда проблем, стоящих перед администрацией реабилитационного учреждения, с другой, – получать более достойную зарплату.

Оформление листка нетрудоспособности по уходу за ребенком-инвалидом на период его лечения в реабилитационном учреждении должно осуществляется врачом-педиатром или неврологом по месту жительства ребенка. Больничный лист продлевается медицинским работником по решению врачебной комиссии специализированного реабилитационного учреждения на весь период курсового восстановительного лечения, но не более чем на 24 календарных дня.

Литература

1. Березанцев А.Ю., Абольян Л.В., Сырцова Л.Е. Формирование здоровья семьи: теоретические и прикладные аспекты // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2005. № 2. С. 31–38.
2. Дементьева Н.Ф. Проблемы профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов с детства. Л., 1990. 21 с.
3. Диагностика и комплексная реабилитация перинатальной патологии новорожденных детей / Акоев Ю.С., Антонов А.Г., Байбарина Е.Н. [и др.]. / под. ред. Г.В. Яцык. М.: ПедиатрЪ, 2012. 155 с.
4. Кильдиярова Р.Р. Здоровый ребенок. Медицинский контроль. М.: МЕДпресс-информ, 2013. 87 с.
5. Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом: учебно-методическое пособие / Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Куренков А.П. [и др.]. М.: ПедиатрЪ, 2014. 81 с.
6. Кулагина Е.В. Адаптация семей с детьми-инвалидами к современным экономическим условиям: автореф. дис. ... канд. экон. наук. М., 2004. 24 с.
7. Медико-соціальні аспекти реабілітації дітей-інвалідів у Дніпропетровській області: матеріали круглого столу. Unicef, 2004.

8. Ньюкомб Н. Развитие личности ребенка. СПб.: Питер, 2002. 640 с.
9. Осмоловский С.В. Совершенствование организации и технологий реабилитации детей-инвалидов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Владивосток, 2008. 25 с.
10. Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 г. № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы» с изменениями и дополнениями от 19.04–25.05 2016 г. подпрограммы 2 «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_189921/ (дата обращения 01.07.2016).
11. Райчев Д.А. Кто защитит детей от произвола? // Рабочий путь. 23.06.2006. № 133.
12. Современные технологии реабилитации в педиатрии / под ред. Е.Т. Лильина. М.: ОДИ International, 2000. Т. 1. 559 с.
13. Стаховская Л.В., Иванова Г.Е., Репьев А.П. Медицинское право и правовые основы медицинской реабилитации // Тихоокеанский медицинский журнал. 2015. № 1. С. 30–34.
14. Шеремтьева С.Н., Усанова Е.П., Разживина Г.Н. [и др.]. Факторы риска формирования детской инвалидности, обусловленной последствиями хронических заболеваний органов пищеварения // Здоровоохранение РФ. 2003. № 3. С. 38–42.
15. Health for all. Date Base. Copenhagen: WHO Regional Office Europe Update, 2006. URL: http://data.euro.who.int/hfad/b/shell_ru.html (дата обращения: 01.07.2016).
16. Koren J., Edwards M.V., Miskin M. Antenatal sonography of fetal malformations associated with drugs and chemicals // *Amar. J. Obstet. Gynec.* 1986. Vol. 156, No. 1. P. 79–85.

Поступила в редакцию 08.07.2016.

OPTIMIZATION OF COMBINED REHABILITATION TECHNOLOGIES OF PHYSICALLY CHALLENGED CHILDREN

D.S. Osmolovskiy, S.V. Osmolovskiy
Regional Clinical Center of Specialized Types of Medical Care (30/39 Uborevitcha St. Vladivostok 690091 Russian Federation)

Summary. The national health care reform conditions on the background of adverse health outcomes, priority of health care with the vector in the prevention of disease and disability, sharply raises the problem of modern social and hygienic studies aimed at improving enforcement and health agencies. Due to the absence of a broad network of specialized rehabilitation institutions, able to provide physically challenged children with a comprehensive medical, social and educational assistance, and insufficient regulatory documents regulating their activities. Many years' experience of the staff of Center for Restorative Medicine and Rehabilitation allows to make a number of proposals, the implementation of which in practice will enhance the level of care.

Keywords: child physical disability, infantile cerebral paralysis, Center for Restorative Medicine and Rehabilitation.

Pacific Medical Journal, 2016, No. 4, p. 90–93.

УДК 614.253.83:159

DOI: 10.17238/Pmj1609-1175.2016.4.93-97

Комплаенс как результат коммуникативной компетентности врача

О.Б. Асриян

Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Представлен теоретический анализ актуальной для медицины и клинической психологии проблемы формирования комплаенса. Проведен обзор тенденций современного общества, указывающих на необходимость отказа от патерналистской модели отношений врача и пациента. Практическая значимость данного теоретического исследования обусловлена необходимостью поиска средств, позволяющих обеспечить формирование комплаентного поведения и сократить потери временных и финансовых ресурсов. Показано, что развитие коммуникативной компетентности врача позволит существенно повысить уровень комплаентного поведения.

Ключевые слова: отношения врач–пациент, патерналистская модель, терапевтический альянс.

По статистике, к наиболее социально-значимым в России сегодня относятся такие заболевания как туберкулез, ВИЧ-инфекция и злокачественные новообразования, смертность от которых практически не сокращается, несмотря на появление новых лекарственных средств. Одна из причин такого положения дел – несоблюдение пациентом определенного режима терапии, приверженность которому требует активного включения всех членов терапевтического альянса в процесс лечения [13]. Решение данной задачи лежит в плоскости психологических аспектов комплаенса и раскрытия внутренних условий его формирования [3].

Перед современным обществом остро стоит проблема повышения эффективности различного рода коммуникаций. С точки зрения психологии успешность

субъекта в коммуникационном пространстве определяется его коммуникативной компетентностью.

Взаимодействие врача и пациента, по своей сути, также представляет собой процесс коммуникации, в рамках которого должен быть сформирован терапевтический альянс, иначе становится недостижимым продуктивное сотрудничество в диаде врач–пациент [20]. Результатом такого сотрудничества комплаенс, рассмотрение которого хоть и должно носить междисциплинарный характер по причине своего нахождения в предметном поле клинической психологии, чаще трактуется в рамках медицинской парадигмы – соблюдение пациентом рекомендаций врача. По этой причине представляет интерес анализ внутренних условий формирования комплаенса, и, прежде всего, его связь с коммуникативной компетентностью врача [19, 21].

Асриян Ольга Борисовна – старший преподаватель кафедры общепсихологических дисциплин ТГМУ; e-mail: ponamareva_o@mail.ru