

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616

А. Ю. Щербук, Н. И. Вишняков, В. И. Захаров

ОРГАНИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРООНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Росздрава;
ФБГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», медицинский факультет;
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Минздравсоцразвития России

Восстановление функционального состояния нейроонкологических больных, перенесших оперативное лечение по поводу новообразований головного и спинного мозга, является одной из актуальных задач современного здравоохранения. В современной нейроонкологии ведущее место в лечении больных занимает комплексная терапия: оперативное вмешательство, лучевая, химио-, гормоно- и иммунотерапия [1–4].

Комплексный подход в лечении нейроонкологических больных со злокачественными новообразованиями позволил улучшить результаты лечения и увеличить продолжительность их жизни [5–8].

Однако обширное хирургическое вмешательство, лучевая, цитостатическая и гормональная терапия, используемые в нейроонкологической практике, зачастую приводят к возникновению серьезных нарушений различных функций организма, снижающих трудоспособность и изменяющих социальный статус больных [3, 6, 9–12].

Правильная организация восстановительного лечения данной группы пациентов подразумевает соблюдение этапности, преемственности и последовательности мероприятий восстановительного лечения [2, 4, 5, 7, 9, 10, 13–15].

В своей работе мы применяли этапное последовательное стандартизованное восстановительное лечение этой категории пациентов.

Длительность пребывания пациента на специализированной койке в профильном отделении стационара, по нашему мнению, не должна превышать 7–12 дней. За это время осуществлялась подготовка к операции, проведение нейрохирургического вмешательства и стабилизация состояния пациента в послеоперационном периоде. Для улучшения эффективности раннего восстановительного лечения занятия лечебной физкультурой мы начинали в предоперационном периоде (тренировочный период). Целью тренировочного периода являлось обучение пациентов тем навыкам занятий, которые осуществлялись на этапе как послеоперационного ведения больного, так и на

всех последующих этапах восстановительного лечения. В течение двух занятий пациента обучали методикам лечебной физкультуры, которые применялись в послеоперационном периоде. После проведенного оперативного лечения начинался ранний восстановительный период.

В послеоперационном периоде особое внимание уделялось общему уходу за пациентами, предупреждению ранних послеоперационных бронхолегочных осложнений, профилактике тугоподвижности суставов и трофических осложнений, в том числе развития пролежней. Непременным условием в раннем послеоперационном периоде при назначении комплекса лечебной физкультуры являлся строго индивидуальный подход в каждом отдельном случае — с учетом формы, стадий новообразований, возрастных особенностей каждого больного и наличия сопутствующих заболеваний. По окончании лечения пациент представлялся на врачебную комиссию, которая осуществляла маршрутизацию пациента.

В ходе исследования нами были разработаны и предложены методические рекомендации по медицинскому отбору нейроонкологических больных, направляемых на долечивание, которые приняты распоряжением Комитета по здравоохранению в виде дополнения к распоряжению 197-р от 19.04.2010 г. «Об организации направления и перевода пациентов в отделения восстановительного лечения стационарных, амбулаторно-поликлинических и санаторно-курортных учреждений непосредственно после стационарного лечения острого периода заболевания (операции, травмы)» [16, 17]. Это распоряжение № 457-р от 26.08.2011 г. «О внесении изменений в распоряжение Комитета по здравоохранению от 19.04.2010 г. № 197-р». В приложении распоряжения определены методические рекомендации по медицинскому отбору больных, направляемых на долечивание в отделения восстановительного лечения, например 3 — долечивание после удаления новообразований центральной нервной системы:

- п. 3.1 — стационарный этап;
- п. 3.2 — санаторный этап;
- п. 3.3 — амбулаторный этап.

Решением врачебной комиссии пациенты, нуждающиеся в круглосуточном наблюдении, направлялись в стационарные отделения восстановительного лечения неврологического профиля, из которых далее могли быть направлены в отделения восстановительного лечения в АПУ по месту жительства или на санаторное восстановительное лечение. Пациенты с менее выраженным неврологическим дефицитом могли быть сразу направлены в санаторий. После санаторно-курортного восстановительного лечения пациент переводился на амбулаторный этап лечения.

Применяемые лечебно-реабилитационные мероприятия при стационарном (по показаниям), санаторно-курортном и амбулаторном восстановительном лечении были целенаправленными, последовательными, дифференцированными и включали в себя различные комплексы немедикаментозных методов лечения.

В предыдущие периоды пациенты, перенесшие оперативные вмешательства по поводу новообразований нервной системы, после хирургического лечения переводились на амбулаторный этап, где и должно было проводиться восстановительное лечение. Однако во многих случаях оно не осуществлялось в связи с выраженными нарушениями двигательных функций, тяжелой соматической патологией у данной группы пациентов. К тому же, наличие выраженных функциональных нарушений приводило к удлинению сроков пребывания на койках специализированных онконейрохирурги-

ческих отделений. Мы сочли целесообразным открыть в ГУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» реабилитационное отделение для проведения восстановительного лечения данной категории пациентов. В штате «Центра» предусмотрены должности специалистов как врачебного, так и среднего медицинского персонала, обеспечивающего процесс восстановительного лечения (врачи и инструкторы лечебной физкультуры, физиотерапевты, медицинские сестры по массажу, терапевт, невролог, психотерапевт, логопед). Работа всех специалистов координировалась главным специалистом-реабилитологом Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. Это способствовало более раннему освобождению специализированной койки онкоонейрохирургического отделения путем перевода нуждающегося в реабилитации пациента внутри крупного онкологического стационара. К тому же пациент постоянно находился под наблюдением оперировавшего его нейрохирурга.

Одним из основных приоритетов в реформировании системы здравоохранения РФ является разработка и внедрение медико-экономических стандартов (МЭС) [18, 19]. В соответствии со статьей 6 Федерального закона от 29.12.2006 г. № 258-ФЗ разработка МЭС возложена на органы исполнительной государственной власти субъектов РФ в области охраны здоровья граждан [20].

В связи с тем что в восстановительном лечении нейроонкологических больных применен этапный подход, когда на каждом этапе реабилитации определен характерный только для него лечебный процесс со своими экономическими затратами, нами была решена задача по разработке МЭС по профилю восстановительное лечение (в условиях отделения восстановительного лечения стационаров, амбулаторно-поликлинических учреждений и санаториев) для этой категории больных. Внедрение МЭС позволило объединить и применить на практике накопленные знания проведения восстановительного лечения по соответствующим нозологическим группам, а также создать возможность отделениям восстановительного лечения госпитализировать данные категории пациентов, а учреждениям выставять счета страховым компаниям за пролеченных больных по соответствующим тарифам.

Распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 30.07.2010 г. № 400 утверждены предварительные медико-экономические стандарты для стационарного восстановительного лечения пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу новообразований нервной системы. С 01.08.2010 г. тарифы к этим МЭС включены в Генеральное тарифное соглашение. Данные МЭС применены к неврологическим отделениям восстановительного лечения [21].

Распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 23.05.2011 г. № 233-р утверждены МЭС восстановительного лечения в амбулаторно-поликлинических учреждениях пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу новообразований нервной системы. Тарифы к этой группе МЭС включены в Генеральное тарифное соглашение. Эта группа МЭС применена к отделениям восстановительной медицины межрайонных амбулаторно-поликлинических центров, так как эти учреждения имеют большие клинико-диагностические возможности, лучше укомплектованы персоналом, хорошо оснащены современным реабилитационным оборудованием и санитарным автотранспортом [22].

Распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 04.07.2011 г. № 338-р утверждены предварительные медико-экономические стандарты восстанови-

тельного лечения пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу новообразований нервной системы (санаторные), которые применены только в отделении восстановительного лечения санатория «Северная Ривьера» в лечении нейроонкологических больных [23].

Для разработки медико-экономических стандартов привлекались специалисты в различных областях медицины: онкологи, неврологи, нейрохирурги, физиотерапевты, врачи ЛФК, восстановительной медицины, диетологи, экономисты и организаторы здравоохранения. Основным принципом при разработке данной группы МЭС являлось выделение групп заболеваний, схожих по неврологическому дефициту, степени тяжести, выраженности сопутствующей патологии, локализации новообразования, степени его злокачественности, радикальности удаления опухоли. Такой подход позволил сформировать клинко-статистические группы больных, однородные по услугам, технологиям и затратам, разработать медико-экономические стандарты и сформировать следующий классификатор МЭС стационарного восстановительного лечения:

- 511300 — состояние после удаления злокачественного новообразования головного мозга с умеренно выраженными двигательными нарушениями и/или речевыми нарушениями;
- 511310 — состояние после удаления злокачественного новообразования головного мозга с выраженными двигательными и/или речевыми нарушениями, нарушением функции тазовых органов;
- 511320 — состояние после удаления злокачественного новообразования головного мозга с двигательными и/или речевыми нарушениями, нарушениями функции тазовых органов с сопутствующей выраженной соматической патологией;
- 511330 — состояние после удаления доброкачественного новообразования головного мозга с умеренно выраженными двигательными нарушениями и/или речевыми нарушениями;
- 511340 — состояние после удаления доброкачественного новообразования головного мозга с выраженными двигательными и/или речевыми нарушениями, нарушениями функции тазовых органов;
- 511350 — состояние после удаления доброкачественного новообразования головного мозга с двигательными и/или речевыми нарушениями, нарушениями функции тазовых органов с сопутствующей выраженной соматической патологией;
- 511360 — состояние после удаления злокачественного новообразования спинного мозга с умеренно выраженными двигательными и/или чувствительными нарушениями;
- 511370 — состояние после удаления злокачественного новообразования спинного мозга с выраженными двигательными и/или чувствительными нарушениями, нарушениями функции тазовых органов;
- 511380 — состояние после удаления злокачественного новообразования спинного мозга с двигательными и/или чувствительными нарушениями, нарушениями функции тазовых органов с сопутствующей выраженной соматической патологией;

- 511390 — состояние после удаления доброкачественного новообразования спинного мозга с умеренно выраженными двигательными и/или чувствительными нарушениями;
- 511400 — состояние после удаления доброкачественного новообразования спинного мозга с выраженными двигательными и/или чувствительными нарушениями, нарушениями функции тазовых органов;
- 511410 — состояние после удаления доброкачественного новообразования спинного мозга с двигательными и/или чувствительными нарушениями, нарушениями функции тазовых органов с сопутствующей выраженной соматической патологией;
- 511420 — состояние после удаления новообразований периферических нервов;
- 511430 — состояние после удаления невриномы 8-го черепного нерва с признаками дисфункции головного мозга на уровне его ствола.

Каждый МЭС включает в себя следующие разделы: паспортную часть, услуги лечащего врача, лабораторные и инструментальные диагностические услуги, инструментальные диагностические услуги, консультативные услуги, немедикаментозную терапию, вспомогательные услуги, услуги по экспертизе, лекарственные средства.

Пример — консультативные услуги и раздел немедикаментозных методов стандарта стационарного восстановительного лечения — представлен в таблице 1.

Таблица 1. 511300 — состояние после удаления злокачественных новообразований головного мозга с умеренно выраженными двигательными и/или речевыми нарушениями

Код	Консультативные услуги	СК [^]	ЧП [^]
V01.013.01	Прием (осмотр, консультация) врача-диетолога первичный	1	1
V01.013.02	Прием (осмотр, консультация) врача-диетолога повторный	2	0,5
V01.020.01	Прием (осмотр, консультация) врача лечебной физкультуры	1	1
V01.020.03*	Прием (осмотр, консультация) врача лечебной физкультуры повторный	3	1
V01.029.01	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	1	0,4
V01.034.01	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный	1	0,9
V01.034.02	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный	1	0,8
V01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	1	0,8
V01.047.02	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный	1	0,3
V01.054.01	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	1	1
V01.054.02*	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта повторный	3	0,7
A13.23.001	Медико-логопедическое исследование при дисфагии	1	0,1
A13.23.002	Медико-логопедическое исследование при афазии	1	0,2
A13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии	1	0,4
Код	Немедикаментозная терапия	СК [^]	ЧП [^]
A20.23.003*	Водолечение заболеваний центральной нервной системы	7	0,8
A13.23.004	Медико-логопедические процедуры при дисфагии	10	0,1

Код	Немедикаментозная терапия	СК^	ЧП^
A13.23.005	Медико-логопедические процедуры при афазии	10	0,2
A13.23.006	Медико-логопедические процедуры при дизартрии	10	0,4
A13.23.009	Нейропсихологические коррекционно-восстановительные процедуры при афазии, индивидуальные	10	0,2
A13.30.005	Психотерапия	10	0,2
A13.30.011	Процедуры двигательного праксиса	10	0,8
A13.30.014*	Эрготерапия	10	0,9
A13.30.015*	Психотерапия (в группе)	10	0,6
A17.31.020	Воздействие магнитными полями	10	0,4
A19.23.002	Лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы	10	0,2
A19.23.003	Коррекция нарушения двигательной функции при помощи биологической обратной связи	10	0,5
A19.23.003*	Лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы (в группе)	10	0,8
A19.31.005	Упражнения для укрепления мышц лица и шеи	10	0,4
A19.31.007	Лечебная физкультура с использованием тренажера	10	1
A21.23.001	Массаж при заболеваниях центральной нервной системы	7	0,8
A22.23.001	Воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением при болезнях центральной нервной системы и головного мозга	10	0,4
A22.31.002	Воздействие излучением видимого диапазона	10	0,8

После завершения курса стационарного восстановительного лечения отдельные категории нейроонкологических больных в соответствии с методическими рекомендациями (распоряжение Комитета по здравоохранению от 26.08.2011 г. № 457-р «О внесении изменений в распоряжение Комитета по здравоохранению от 19.04.2010 г. № 197-р») направлялись для продолжения восстановительного лечения в условиях санатория. Медицинский отбор на санаторно-курортное лечение нейроонкологическим больным осуществлялся в том же порядке, что и всех остальных больных, но с обязательным заполнением справки онкологического больного из онкологического учреждения, на учете которого находился данный пациент.

Помимо очагового неврологического дефицита у всех нейроонкологических больных отмечались функциональные расстройства нервной системы вследствие тяжелого эмоционального стресса, вызванного получением информации об опухолевом характере заболевания, пребыванием в специализированном нейрохирургическом стационаре, последствиями перенесенных операций, а также проведенными курсами лучевого и химиотерапевтического лечения [3, 6, 24].

В предыдущие годы существовал неоправданный запрет на санаторно-курортное лечение всех онкологических больных. При этом пациенты достаточно часто возвращались к труду после радикального хирургического вмешательства и эффективной противоопухолевой терапии. Отсутствие адекватного восстановительного лечения приводило к снижению их трудоспособности, медленному восстановлению нарушенных функций, длительной социальной адаптации [25, 26].

Мы считаем, что такие санаторно-курортные факторы, как климато- и ландшафтотерапия, питьевое лечение минеральными водами, индивидуальная и групповая психотерапия, дозированная лечебная физкультура, индифферентные изотермические ванны, занятия в бассейнах, ингаляции, реабилитация средствами социально-культурной деятельности, скорректированная диетотерапией и необходимым медикаментозным лечением при соответствующих показаниях безусловно способствовали улучшению общего состояния пациентов нейроонкологического профиля, повышению их работоспособности, а также восстановлению нарушенных функциональных показателей [10, 27–34].

На данный момент направление на санаторно-курортное лечение допустимо исключительно для онкологических больных, получивших радикальное противоопухолевое лечение, полностью его закончивших и не имеющих признаков рецидива или метастазов опухоли. Нами предложен следующий классификатор МЭС санаторно-курортного восстановительного лечения:

- 511900 — состояние после удаления злокачественного новообразования головного мозга с умеренно выраженными двигательными и/или речевыми нарушениями;
- 511910 — состояние после удаления доброкачественного новообразования головного мозга с умеренно выраженными двигательными и/или речевыми нарушениями;
- 511920 — состояние после удаления злокачественного новообразования спинного мозга с умеренно выраженными двигательными нарушениями;
- 511930 — состояние после удаления доброкачественного новообразования спинного мозга с умеренно выраженными двигательными нарушениями;
- 511940 — состояние после удаления новообразований периферических нервов;
- 511950 — состояние после удаления невриномы 8-го черепного нерва с признаками дисфункции головного мозга на уровне его ствола.

Всем больным, проходившим лечение по поводу злокачественных новообразований центральной нервной системы, независимо от давности его проведения не проводилось общее теплолечение и высокочастотная электротерапия.

Пример — консультативные услуги и немедикаментозное лечение восстановительного лечения в условиях санатория — представлен в таблице 2.

Таблица 2. 511900 — состояние после удаления злокачественного новообразования головного мозга с умеренно выраженными двигательными нарушениями и/или речевыми нарушениями

Код	Консультативные услуги	СК [^]	ЧП [^]	УЕТвр [^]	УЕТсп [^]
V01.013.01	Прием (осмотр, консультация) врача-диетолога первичный	1	1	2	2
V01.013.02	Прием (осмотр, консультация) врача-диетолога повторный	1	0,5	0,75	0
V01.020.01	Прием (осмотр, консультация) врача лечебной физкультуры первичный	1	1	1	0

Код	Консультативные услуги	СК^	ЧП^	УЕТвр^	УЕТср^
V01.020.03*	Прием (осмотр, консультация) врача лечебной физкультуры повторный	2	1	1,6	0
V01.023.02	Прием (осмотр, консультация) врача-невропатолога повторный	6	1	6	6
V01.034.01	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный	1	1	1,5	1,5
V01.034.02	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный	1	0,8	0,8	0,8
V01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	1	1	1,4	1,4
V01.047.02	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный	1	0,2	0,22	0,22
V01.054.01	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта первичный	1	1	1	0
V01.054.02*	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта повторный	2	0,7	0,42	0
A13.23.001	Медико-логопедическое исследование при дисфагии	1	0,1	0,3	0,3
A13.23.002	Медико-логопедическое исследование при афазии	1	0,2	0,6	0,6
A13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии	1	0,4	1,2	1,2
A13.30.010	Нейропсихологическое исследование	1	0,5	1	0
A13.30.013	Процедуры по адаптации к условиям макро-среды	1	0,5	1,5	1,5
	Сумма УЕТ раздела:			21,29	15,52
Код	Немедикаментозная терапия	СК^	ЧП^	УЕТвр^	УЕТср^
A13.23.004	Медико-логопедические процедуры при дисфагии	1	0,05	0,15	0,15
A13.23.005	Медико-логопедические процедуры при афазии	10	0,2	6	6
A13.23.006	Медико-логопедические процедуры при дизартрии	10	0,4	12	12
A13.30.003	Психологическая адаптация	1	0,5	2,25	1,5
A13.30.011	Процедуры двигательного праксиса	10	0,8	24	24
A13.30.012	Процедуры по адаптации к условиям микро-среды	1	0,5	1,5	1,5
A13.30.014*	Эрготерапия	10	0,9	0	27
A13.30.015*	Психотерапия (в группе)	10	0,6	3,6	0
A17.02.001	Миоэлектростимуляция	8	0,05	1,2	1,2
A17.31.020	Воздействие магнитными полями	8	0,1	0,8	2,8

Код	Немедикаментозная терапия	СК^	ЧП^	УЕТвр^	УЕТср^
A19.23.003*	Лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы (в группе)	10	0,8	0,8	2,4
A19.31.005	Упражнения для укрепления мышц лица и шеи	10	0,4	4	8
A19.31.007	Лечебная физкультура с использованием тренажера	10	1	10	30
A20.31.013	Терренкур	10	0,7	0	11,2
A21.23.001	Массаж при заболеваниях центральной нервной системы	7	0,6	4,2	8,4
A22.01.005	Низкоинтенсивное лазерное облучение кожи	8	0,1	0,8	1,6
	Сумма УЕТ раздела:			71,3	137,75

После проведенного санаторно-курортного лечения пациент направлялся в амбулаторно-поликлиническое учреждение, где ему проводилось восстановительное лечение в соответствии с утвержденными МЭС. Осмотр нейроонколога осуществлялся один раз в 3 месяца.

Нами предложен следующий классификатор МЭС амбулаторно-поликлинического восстановительного лечения:

- 891305 — состояние после удаления злокачественного новообразования головного мозга с умеренно выраженными двигательными и/или речевыми нарушениями;
- 891315 — состояние после удаления злокачественного новообразования головного мозга с выраженными двигательными и/или речевыми нарушениями, нарушением функции тазовых органов;
- 891325 — состояние после удаления злокачественного новообразования головного мозга с двигательными и/или речевыми нарушениями, нарушением функции тазовых органов с сопутствующей выраженной соматической патологией;
- 891335 — состояние после удаления доброкачественного новообразования головного мозга с умеренно выраженными двигательными и/или речевыми нарушениями;
- 891345 — состояние после удаления доброкачественного новообразования головного мозга с выраженными двигательными и/или речевыми нарушениями, нарушением функции тазовых органов;
- 891355 — состояние после удаления доброкачественного новообразования головного мозга с двигательными и/или речевыми нарушениями, нарушением функции тазовых органов с сопутствующей выраженной соматической патологией;
- 891365 — состояние после удаления злокачественного новообразования спинного мозга с умеренно выраженными двигательными нарушениями и/или чувствительными нарушениями;

- 891375 — состояние после удаления злокачественного новообразования спинного мозга с выраженными двигательными и/или чувствительными нарушениями, нарушением функции тазовых органов;
- 891385 — состояние после удаления злокачественного новообразования спинного мозга с двигательными и/или чувствительными нарушениями, нарушением функции тазовых органов с сопутствующей выраженной соматической патологией;
- 891395 — состояние после удаления доброкачественного новообразования спинного мозга с умеренно выраженными двигательными и/или чувствительными нарушениями;
- 891405 — состояние после удаления доброкачественного новообразования спинного мозга с выраженными двигательными и/или чувствительными нарушениями, нарушением функции тазовых органов;
- 891415 — состояние после удаления доброкачественного новообразования спинного мозга с двигательными и/или чувствительными нарушениями, нарушением функции тазовых органов с сопутствующей выраженной соматической патологией;
- 891425 — состояние после удаления новообразований периферических нервов;
- 891435 — состояние после удаления невриномы 8-го черепного нерва с признаками дисфункции головного мозга на уровне его ствола.

На амбулаторно-поликлинический этап восстановительного лечения поступали пациенты двух категорий: те, кто по состоянию здоровья мог посещать поликлинику, и те, кто прикреплен к поликлинике, но получать медицинскую помощь мог только на дому. В условиях амбулаторно-поликлинического учреждения программу восстановительного лечения в соответствии с утвержденными МЭС составлял врач-невролог с учетом консультаций необходимых специалистов (онколога, терапевта, психотерапевта, хирурга, физиотерапевта, врача ЛФК), назначением показанных физических факторов лечения, лечебной физкультуры, необходимой медикаментозной поддержки.

Пример — консультативные услуги и немедикаментозное лечение в амбулаторно-поликлиническом учреждении — представлен в таблице 3.

Таблица 3. 891305 — состояние после удаления злокачественного новообразования головного мозга с умеренно выраженными двигательными и/или речевыми нарушениями

Код	Консультативные услуги	СК [^]	ЧП [^]	УЕТвр [^]	УЕТсп [^]
V01.013.01	Прием (осмотр, консультация) врача-диетолога первичный	1	1	2	2
V01.020.01	Прием (осмотр, консультация) врача лечебной физкультуры	1	1	1	0
V01.020.03*	Прием (осмотр, консультация) врача лечебной физкультуры повторный	2	1	1,6	0
V01.027.01	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	1	1	1,5	1,5
V01.027.02	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога повторный	1	0,5	0,5	0,5

Код	Консультативные услуги	СК^	ЧП^	УЕТвр^	УЕТср^
V01.029.01	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	1	0,4	0,8	0,8
V01.034.01	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный	1	0,9	1,5	1,5
V01.034.02	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный	1	0,4	0,4	0,4
V01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	1	1	1,4	1,4
V01.047.02	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный	1	0,3	0,33	0,33
V01.054.01	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	1	1	1	0
V01.054.02*	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта повторный	2	0,7	0,42	0
A13.23.001	Медико-логопедическое исследование при дисфагии	1	0,1	0,3	0,3
A13.23.002	Медико-логопедическое исследование при афазии	1	0,2	0,6	0,6
A13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии	1	0,4	1,2	1,2
	Сумма УЕТ раздела:			14,55	10,53
Код	Немедикаментозная терапия	СК^	ЧП^	УЕТвр^	УЕТср^
A13.23.004	Медико-логопедические процедуры при дисфагии	10	0,1	3	3
A13.23.005	Медико-логопедические процедуры при афазии	10	0,2	6	6
A13.23.006	Медико-логопедические процедуры при дизартрии	10	0,4	12	12
A13.23.009	Нейропсихологические коррекционно-восстановительные процедуры при афазии, индивидуальные	10	0,2	6	6
A13.30.005	Психотерапия	10	0,6	36	0
A13.30.011	Процедуры двигательного праксиса	10	0,8	24	24
A13.30.014*	Эрготерапия	10	0,9	0	27
A13.30.015*	Психотерапия (в группе)	10	0,6	3,6	0
A17.31.020	Воздействие магнитными полями	10	0,4	4	14
A19.23.002	Лечебная физкультура при заболеваниях ЦНС (индивидуально)	1	1	1	3
A19.23.002	Лечебная физкультура при заболеваниях ЦНС (в группе)	10	0,3	3	9
A19.23.003	Коррекция нарушения двигательной функции при помощи биологической обратной связи	10	0,5	30	40
A19.23.003*	Лечебная физкультура при заболеваниях ЦНС (в группе)	10	0,6	0,6	1,8

Код	Немедикаментозная терапия	СК [^]	ЧП [^]	УЕТвр [^]	УЕТср [^]
A19.31.005	Упражнения для укрепления мышц лица и шеи	10	0,4	4	8
A19.31.007	Лечебная физкультура с использованием тренажера	10	0,9	9	27
A20.23.003*	Водолечение заболеваний ЦНС	7	0,8	22,4	22,4
A21.23.001	Массаж при заболеваниях ЦНС	7	0,8	5,6	11,2
	Сумма УЕТ раздела:			170,2	214,4

Если же больной после проведенного лечения в нейроонкологическом стационаре имел выраженные функциональные и двигательные нарушения, то максимальная помощь оказывалась в домашних условиях (стационар на дому): сестринский патронаж с проведением занятий лечебной физкультурой, массажа, обучения родственников уходу за больным, правильному питанию.

В ходе работы путем анкетирования в каждом конкретном случае выявлялась причина снижения качества жизни пациента (болевого синдром, двигательные, речевые нарушения). При этом определялась первоочередная задача для медицинских работников по восстановлению утраченных функций у пациента. На всех этапах лечения осуществлялась психотерапевтическая поддержка как больного, так и его родственников.

Материалы и методы исследования. Проведены клинические исследования с целью сравнительной оценки эффективности восстановительного лечения нейроонкологических больных, которые прошли полноценное стандартизованное этапное восстановительное лечение, и теми пациентами, которые выписывались к онкологу в амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства. Всего наблюдалось 25 пациентов после удаления доброкачественных новообразований нервной системы различной локализации: 5 — головного мозга, 5 — оболочек головного мозга, 6 — спинного мозга, 8 — гипофиза, 1 — каротидного гломуса. Возраст пациентов составлял от 47 до 73 лет, из них было 15 мужчин и 10 женщин. В первой исследуемой группе было 13 пациентов, переведенных после оперативного лечения в отделения восстановительного лечения стационара, далее прошедших санаторно-курортное и амбулаторное восстановительное лечение. Во второй группе наблюдались 12 пациентов, которые после хирургического удаления опухоли направлялись в амбулаторно-поликлиническое учреждение, где им проводилось нестандартное восстановительное лечение в амбулаторных условиях. Оценка состояния проводилась до начала восстановительного лечения и после (через 30 дней) по шкалам Карновского, Бартел, индексу мобильности Ривермид.

Результаты исследования. Для наглядности основные результаты исследования представлены также графически с использованием диаграмм.

По результатам исследования состояние больных до и после этапного стандартизованного восстановительного лечения улучшилось: по шкале Карновского в среднем на 13,07 баллов (с $53,08 \pm 1,75$ до $66,15 \pm 1,40$, $p < 0,001$), по шкале Бартел на 14,62 баллов (с $59,23 \pm 3,09$ до $73,85 \pm 2,90$, $p < 0,001$), индекс мобильности Ривермид возрос на 3,08 баллов (с $6,46 \pm 0,62$ до $9,54 \pm 0,59$, $p < 0,001$) (рис. 1).

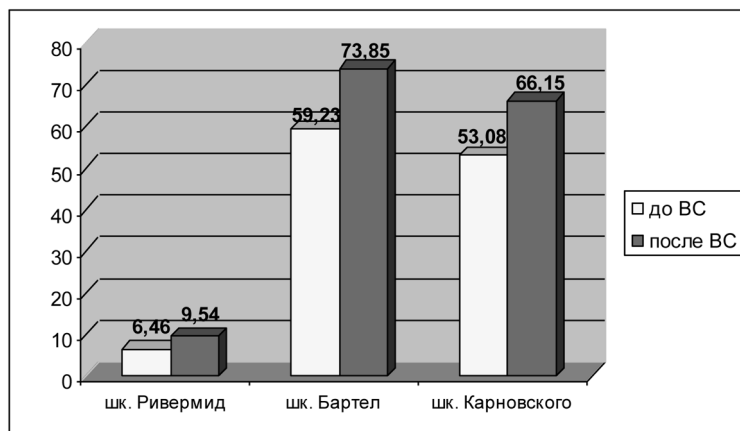


Рис. 1. Динамика средних значений оценки функционального состояния организма у пациентов, прошедших этапное стандартизованное восстановительное лечение (баллы)

Во второй группе отмечено улучшение состояния по шкале Карновского на 6,67 баллов (с $55,0 \pm 1,95$ до $61,67 \pm 2,71$, $p < 0,01$), по шкале Бартел на 5,00 баллов (с $60,00 \pm 3,02$ до $65,00 \pm 4,35$, $p < 0,05$), индекс мобильности Ривермид возрос на 1,83 баллов (с $9,17 \pm 0,71$ до $11,00 \pm 0,75$, $p < 0,01$) (рис. 2).

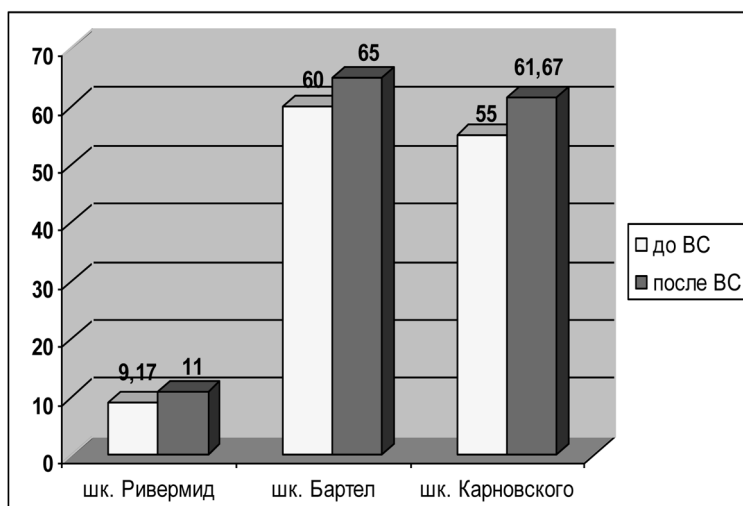


Рис. 2. Динамика средних значений оценки функционального состояния организма у пациентов, прошедших нестандартизованное лечение в поликлинике (баллы)

Кроме того, нами была предложена еще одна наглядная количественная характеристика, которая отражает средний прирост оценки функционального состояния (рис. 3).

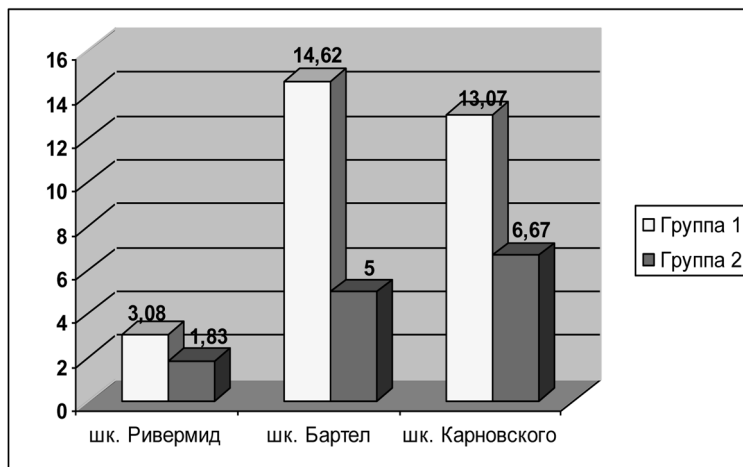


Рис. 3. Динамика среднего прироста оценки функционального состояния (в баллах) по шкалам

При этом было выявлено, что средний прирост оценки функционального состояния (в баллах) достоверно больше ($p < 0,01$) у пациентов, прошедших полноценное стандартизованное этапное восстановительное лечение.

Следует также обратить внимание на то, что у пациентов, прошедших полноценное этапное восстановительное лечение (группа 1), исходное состояние было достоверно ($p < 0,01$) тяжелее, чем во 2-й группе (так как балльные оценки у них значительно ниже). Это связано с тем, что изначально пациенты, попавшие на первый этап лечения (т. е. впервые с момента диагностирования заболевания) в стационар, находились, естественно, в более тяжелом состоянии. Однако конечный результат восстановительного лечения у них значительно лучше, чем у пациентов, направленных из онкологического стационара в амбулаторно-поликлиническое учреждение под наблюдение районного онколога и проходивших нестандартизованное восстановительное лечение в поликлинике.

Таким образом, применение восстановительного лечения достоверно улучшает функциональное состояние нейроонкологических больных как в первой, так и во второй группах. При этом результаты, полученные в первой группе достоверно лучше, чем во второй.

Правильная организация восстановительного лечения нейроонкологических больных в условиях мегаполиса обеспечивает преемственность лечебных процессов на каждом этапе восстановительного лечения.

Включение санаторно-курортного этапа в комплексное этапное восстановительное лечение может быть рекомендовано нейроонкологическим больным, так как оно способствует улучшению общего состояния пациентов, более быстрому восстановлению нарушенных функциональных показателей и повышению их работоспособности.

Внедрение медико-экономических стандартов стационарного, санаторного и амбулаторного восстановительного лечения нейроонкологических больных позволяет не только обеспечить преемственность ведения пациентов, оперированных по поводу

новообразований нервной системы, но и управлять качеством медицинской помощи, а также объективно планировать затраты на лечение и обследование больных.

Литература

1. Анализ и обоснование необходимости реабилитации больных в онкологии / А. Г. Пухов и др. // Материалы IX Республиканской онкологической конференции. Казань, 2002. С. 191–193.
2. Классификация и созданный на ее основе алгоритм «Реабилитация в онкологии» / Ш. Х. Ганцев и др. М., 2002. Деп. в МГМА им. И. М. Сеченова 14.03.02, № Д 27020.
3. Харипова Э. А. Обоснование необходимости реабилитации больных в онкологии // Вопросы теоретической и практической медицины, посвященной 70-летию БГМУ, Году здоровья и 55-летию студенческого научного общества БГМУ: Материалы 67-й Республиканской итоговой научно-практической конференции студентов и молодых ученых Республики Башкортостан. Уфа, 2002. С. 67.
4. Пухов А. Г. Реабилитация в онкологии / А. Г. Пухов, И. Р. Рахматуллина // Электронный учебник Онкология: электронный учебник, версия 1.2 / гл. ред. В. И. Чиссов, шеф-редактор Ш. Х. Ганцев. Самара, 2002. С. 20–22.
5. Лосев Ю. А. Первичные опухоли головного мозга — эпидемиология, организация медицинской помощи (по материалам Ленинградской области) / Лосев Ю. А. и др. // Актуальные вопросы клинической медицины: сборник научных трудов. Т. 1. СПб., 2003. С. 35–40.
6. Ганцев Ш. Х. Обоснование медицинской реабилитации в онкологии // Материалы юбилейной конференции, посвященной 55-летию онкологической службы Тюменской области / Ш. Х. Ганцев и др. 2001. С. 181–182.
7. Пухов А. Г. Экономический эффект и эффективность функциональной реабилитации хирургических и онкологических больных на основе современных технологий // Материалы юбилейной конференции, посвященной 55-летию онкологической службы Тюменской области / А. Г. Пухов, Ш. Х. Ганцев, И. Н. Артемьев. 2001. С. 185–186.
8. Physical Medicine and Rehabilitation: Board Review / ed. by S. J. Cuccurullo. N. Y.: Demos, 2004. 881 p.
9. Белова А. Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. М.: Антидор, 2000. 565 с.
10. Герасименко В. Н. Особенности применения лечебной физкультуры у онкологических больных / В. Н. Герасименко, Е. Е. Гоева // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. 1987. № 1. С. 46–48.
11. Харипова Э. А. Оценка качества реабилитации онкологических больных // Вопросы теоретической и практической медицины, посвященной 70-летию БГМУ, Году здоровья и 55-летию студенческого научного общества БГМУ: материалы 67-й Республиканской итоговой научно-практической конференции студентов и молодых ученых Республики Башкортостан. Уфа, 2002. С. 68.
12. Проблемно-ориентированная физическая реабилитация неврологических больных / О. В. Камаева и др. // Учен. зап. С.-Петерб. мед. ун-та им. Павлова. 2000. № 3. С. 69–73.
13. Иванов Е. М. Принципы и этапность медицинской реабилитации / Е. М. Иванов, Э. А. Эндакова // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. 1996. № 2. С. 40–44.
14. Исанова В. А. Система реабилитации при неврологических двигательных нарушениях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Иваново, 1996. 32 с.
15. Совершенствование работы амбулаторных отделений медицинской реабилитации / В. Я. Григорьева и др. // Здравоохранение Рос. Федерации. 2000. № 4. С. 28–32.
16. Об организации направления и перевода пациентов в отделения восстановительного лечения стационарных, амбулаторно-поликлинических и санаторно-курортных учреждений непосредственно после стационарного лечения острого периода заболевания (операции, травмы): распоряжение Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга от 19 апреля 2010 г. №197-р.

17. О внесении изменений в распоряжение Комитета по здравоохранению от 19.04.2010 г. № 197-р; распоряжение Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга от 26.08.2011 г. № 457-р.
18. *Кудрявцев А. А.* Менеджмент в здравоохранении // Медико-экономические стандарты и методы их анализа. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2004. 172 с.
19. *Мадьянова В. В.* Стандарты медицинской организации. Научное обоснование основ формирования и принципов разработки // Актуальные вопросы организации здравоохранения: сборник трудов / под ред. Р. А. Хальфина. М.: Менеджер здравоохранения, 2008. С. 82–89.
20. *Пелех Л. Е.* Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные Законодательные акты РФ в 13. Диагностика двигательных нарушений после удаления опухоли головного мозга // Нейрохирургия / Л. Е. Пелех и др. Вып. 9. Киев: Здоров'я, 1976. С. 111–112.
21. Об утверждении медико-экономических стандартов (в стационаре): распоряжение Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга от 30.07.2010 г. №400-р.
22. Об утверждении медико-экономических стандартов (в АПУ): распоряжение Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга от 23.05.2011 г. №233-р.
23. Об утверждении медико-экономических стандартов (санаторий): распоряжение Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга от 04.07.2011 г. № 338-р.
24. *Барлас Т. В.* Особенности социально-психологической адаптации при психосоматических и невротических нарушениях // Психол. журн. 1994. № 6. С. 116–120.
25. *Евсеев Н. Ф.* Клинико-экспертная характеристика нарушенных функций нервной системы в аспекте реабилитации и трудоспособности // Проблемы неврологии и нейрохирургии. Иваново, 1994. С. 120–129.
26. Особенности реабилитации инвалидов и пути реализации программы реабилитации с применением санаторно-курортных методов лечения / Е. И. Сорокина и др. // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. 1995. № 5. С. 35.
27. *Баранов Г. Н.* Бассейн для лечебного плавания / Г. Н. Баранов, Г. Л. Апанасенко // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. 1993. № 1. С. 65–68.
28. *Вакуловская Е. Г.* Фотодинамическая терапия у больных с опухолями головы и шеи / Е. Г. Вакуловская и др. // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина. 2003. № 2. С. 46–49.
29. Иммуномодулирующие эффекты физических факторов: пособие для врачей / Гос. НИИ курортологии; М. И. Гринзайд и др. Пятигорск: Б. и., 1996. 52 с.
30. *Комарова Л. А.* Сочетанные методы аппаратной физиотерапии и бальнео-теплелечения / Л. А. Комарова, Г. И. Егорова. СПб.: Изд-во МАПО, 1994. 221 с.
31. Опыт применения индивидуальной лечебной физкультуры / Н. Л. Ченских и др. // 2-й Международный конгресс вертеброневрологов. Казань; М., 1992. С. 140–141.
32. *Постоловский В. Г., Дорничев В. М.* Кинезотерапия в системе медицинской реабилитации: физиологическое и клиническое обоснование, организационные и методические основы: учеб. пособие для врачей, методистов, инструкторов, преподавателей лечеб. физкультуры. СПб.: МАПО, 2000. 43 с.
33. *Семенов Б. Н., Бугаев С. А.* Научно-практическая конференция «Реабилитация. Новые технологии восстановительной медицины» // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физ. культуры. 1999. № 1. С. 48–49.
34. *Эрнандес Ойос Д. Х.* Реабилитация больных с поражениями центральной нервной системы: пер. с исп. Тольятти: Обществ. орг. инв. «Фонд Дьячкова», 2000. 42 с.

Статья поступила в редакцию 20 марта 2012 г.