

СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Е. Аверин, кандидат медицинских наук,
Волгоградский государственный педагогический университет
E-mail: vspu@vspu.ru

Существующая социально-правовая база реабилитации кардиохирургических пациентов делает последнюю недоступной для значительной части оперированных больных, что снижает медицинский и социальный потенциал собственно оперативных вмешательств.

Ключевые слова: кардиохирургическая реабилитация, правовые и социальные аспекты реабилитации, санаторное долечивание.

Кардиологические заболевания нередко приводят к инвалидизации и даже смерти больных. Современные высокотехнологические хирургические методы лечения пациентов этой группы призваны значительно снизить инвалидизацию больных и вернуть к работе высококвалифицированные кадры. Решение этой важнейшей социальной задачи может быть осуществлено только с помощью комплекса мероприятий, включающих оперативное лечение, санаторное долечивание и реабилитационные мероприятия в специализированных отделениях. Данный принцип может быть распространен и на другие виды патологии.

Для оценки социально-правового обеспечения реабилитации оперированных на сердце пациентов был проведен анализ тематических законодательно-нормативных документов в сочетании с анкетированием специалистов, занимающихся лечением кардиохирургических пациентов. Кардиохирургическая модель восстановительного лечения использована потому, что это инновационный вид помощи, сконцентрировавший вокруг себя все последние достижения медицины.

Исследование проведено в январе–феврале 2010 г., в нем приняли участие 27 кардиологов и кардиохирургов Волгоградского областного клинического кардиологического центра (ВОККЦ), 212 терапевтов и кардиологов общегородской лечебной сети поликлиник и стационаров. Целью исследования было определить влияние социально-правовых аспектов на потенциальные медицинские возможности всех этапов реабилитации.

В исследование было включено 237 пациентов, перенесших кардиохирургическую операцию и наблюдавшихся в отделении реабилитации Волгоградского кардиологического центра. Средний возраст больных составил $57,9 \pm 9,3$ года, среди них было 106 (44,7%) женщин и 131 (55,3%) мужчина. Пациентов, подвергшихся реваскуляризации миокарда, было 169, оперированных по поводу пороков сердца – 68.

Соматический статус больных оценивали по стандартам обследования пациентов после кардиохирургических вмешательств, включающим УЗИ сердца и магистральных сосудов, мониторинг ЭКГ и АД, нагрузочные тесты.

Социологическая часть исследования проводилась по специально разработанным анкетам для пациентов и врачей. Качество жизни оценивали по Миннесотскому

опроснику качества жизни «Жизнь с сердечной недостаточностью».

На данный момент развития доказательной медицины не вызывает сомнения огромный потенциал кардиохирургических вмешательств по восстановлению нарушенных морфологических и функциональных параметров сердца. При эхокардиографическом (ЭхоКГ) исследовании оценивали следующие морфофункциональные параметры миокарда: ударный объем (УО), фракцию выброса (ФВ), фракцию укорочения (ФУ), размеры правого желудочка (ПЖ), конечный диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ), конечный систолический размер левого желудочка (КСРЛЖ), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщину задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), легочную артерию (ЛА), размеры левого предсердия (ЛП), размеры правого предсердия (ПП), индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ).

Динамика морфофункциональных параметров сердца после аортокоронарного шунтирования и операций по поводу пороков сердца у больных исследуемой группы представлена в табл. 1.

Высокотехнологические методы лечения у большинства пациентов не только спасают им жизнь, но и позволяют вернуться к привычному образу жизни. XXI век называют веком качества жизни. Это понятие заняло важное место в доказательной медицине. Оно является тем интегральным показателем, который помогает оценить как адекватность проводимой терапии, так и психологическое равновесие больного. В табл. 2 представлены результаты изменения качества жизни пациентов с пороками сердца и ИБС, подвергшихся кардиохирургическому вмешательству.

Из представленных данных видно, что после оперативного вмешательства имеются достоверные различия в показателях качества жизни, причем у женщин они более выражены.

Основной целью исследования не было подтверждение неоспоримого высокого медицинского потенциала кардиохирургического вмешательства по восстановлению соматического статуса и трудоспособности пациента; упор сделан на рассмотрение социально-правовых аспектов реабилитации.

В основе процесса социальной реабилитации лежат следующие принципы: раннее начало реабилитационных мероприятий, непрерывность и поэтапность проведения реабилитационных мероприятий, системность и комплексность при осуществлении реабилитационных программ, индивидуальный подход к определению объема, характера и направленности реабилитационных мероприятий [1].

Таким образом, начинать реабилитационные мероприятия необходимо еще на этапе стационарного лечения, т.е. непосредственно после выполнения операций на сердце. В связи с этим важным моментом и залогом дальнейшей успешной ранней реабилитации является определение оптимального срока пребывания кардиохирургических больных в кардиологических центрах. В законодательных актах РФ отсутствует регламент сроков пребывания пациентов в кардиохирургическом стационаре после различных операций на сердце. Нет и общегосударственного стандарта по проведению реабилитации у данной категории больных. В связи с этим каждый ре-

гион и даже каждое лечебное учреждение самостоятельно решают эти вопросы, руководствуясь структурными и штатными возможностями своих лечебно-профилактических учреждений, а также сложившейся практикой. Немаловажную роль играют решения руководящих органов разного уровня. В частности, по национальному проекту «Здоровье» в РФ предусмотрено строительство 7 высокотехнологичных кардиохирургических центров (уже запущены центры сердечно-сосудистой хирургии в Пензе и Астрахани; в 2010–2012 гг. должны заработать центры в Красноярске, Челябинске, Калининграде, Перми и Хабаровске). В этих центрах предусмотрено пребывание пациентов после операции на сердце в среднем до 9 дней с дальнейшим переводом на долечивание в санатории и другие лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) города.

Однако во многих существующих центрах (например, в ВОККЦ) принят другой подход к стационарному послеоперационному ведению пациентов: кардиохирургические больные в профильном отделении находятся под наблюдением кардиологов и кардиохирургов в среднем 21 день. Респонденты признают этот срок наиболее обоснованным. Так, кардиологи и кардиохирурги ВОККЦ единодушно считают оптимальным пребывание кардиохирургических больных на стационарном лечении в сроки от 14 до 21 дня. 32,5% врачей общегородской лечебной сети оптимальным сроком считали 14–21 день, 50% – более 21 дня, остальные (17,5%) затруднились с ответом. Среди больных, перенесших операции на сердце, 49,8% считали оптимальным срок 14–21 день, 23,2% – более 21 дня, 27,0% затруднились с ответом. Таким образом, ни один из респондентов (как среди экспертов и врачей общегородской сети, так и среди

Таблица 1

Динамика морфофункциональных параметров сердца у пациентов после оперативного вмешательства (M±m)

Параметр	Больные с пороками сердца				Больные с ИБС			
	до операции	после операции			до операции	после операции		
		через 3 нед	через 3 мес	через 6 мес		через 3 нед	через 3 мес	через 6 мес
УО, мл	113,0±10,1	77,0±4,5 ^a	70,0±4,8 ^a	77,8±2,6 ^a	80,0±12,1	75,0±5,5	87,7±24,0	71,7±5,9
ФВ, %	60,1±1,4	59,9±1,3	60,3±1,1	62,3±1,0	49,5±1,8	53,7±1,4	52,2±1,8	55,1±1,7 ^б
ФУ, %	33,2±1,0	31,2±1,0	31,8±0,9	34,1±0,9	28,7±1,4	26,3±1,1	28,0±0,3	32,0±2,3
ПЖ, см	2,9±0,1	2,6±0,1	2,5±0,1 ^в	2,5±0,1 ^в	2,3±0,1	2,4±0,1	2,5±0,2	2,7±0,2 ^в
КДРЛЖ, см	5,8±0,2	5,1±0,1 ^г	5,1±0,1 ^г	5,1±0,1 ^г	5,3±0,1	5,4±0,2	5,3±0,1	5,4±0,1
КСРЛЖ, см	3,8±0,1	3,5±0,1 ^б	3,4±0,1 ^г	3,4±0,1 ^г	3,8±0,2	3,9±0,1	3,7±0,2	3,8±0,2
МЖП, см	1,1±0,04	1,0±0,04	1,1±0,04	1,0±0,03	1,1±0,04	1,1±0,05	1,0±0,05	0,9±0,06 ^б
ЗСЛЖ, см	1,1±0,04	1,0±0,04	1,1±0,02	1,0±0,02	0,1±0,03	1,0±0,03	1,0±0,04	1,0±0,04
Аорта, см	3,4±0,1	3,2±0,1	3,6±0,1	3,5±0,5	3,5±0,06	3,5±0,08	3,3±0,06 ^б	3,4±0,06
ЛА, см	2,4±0,06	2,5±0,07	2,3±0,04	2,2±0,05 ^в	2,0±0,02	2,1±0,06	2,1±0,03	2,2±0,1
ЛП, см	5,4±0,2	4,7±0,1 ^а	4,5±0,1 ^а	4,5±0,1 ^а	4,1±0,1	4,1±0,1	3,9±0,1	4,1±0,1
ПП, см	4,0±0,1	4,0±0,1	3,8±0,1	3,7±0,1 ^б	3,5±0,1	3,6±0,1	3,4±0,1	3,8±0,2
ИММЛЖ, г/м ²	175,8±11,2	136,9±6,8 ^г	136,9±6,8 ^г	128,8±4,7 ^а	132,0±2,9	124,4±2,6	124,4±2,6	116,9±2,4 ^а

^а p<0,002; ^б p<0,05; ^в p<0,01; ^г p<0,005; ^а p<0,001 – по сравнению с дооперационным уровнем.

Таблица 2

Динамика показателей качества жизни у пациентов с учетом нозологической группы и пола (M±m)

Показатель	Качество жизни, баллы			
	до операции	после операции		
		через 3 нед	через 3 мес	через 6 мес
<i>Больные с пороками сердца</i>				
В среднем по группе	38,9±2,1	34,0±2,0	32,8±2,6	25,9±2,7 ^в
Мужчины	32,3±3,0	28,2±2,9	29,8±4,9	20,4±4,1 ^а
Женщины	43,6±2,9 ^г	38,2±2,9 ^г	34,4±3,2 ^а	28,9±3,5 ^б
<i>Больные после коронарного шунтирования</i>				
В среднем по группе (мужчины)	41,9±1,7 ^а	33,3±3,2 ^а	29,4±3,7 ^б	23,7±4,0 ^в

^а p<0,05; ^б p<0,005; ^в p<0,001 – по сравнению с показателем при 1-м визите; ^г p<0,02 – по сравнению с показателем у мужчин в той же группе; ^д p<0,001 – по сравнению с показателем у мужчин с пороками сердца и до коронарного шунтирования.

пациентов) не считал целесообразной выписку из стационара кардиоцентра через 7–9 дней после операции.

Поскольку одним из важнейших принципов успешной реабилитации являются поэтапность и непрерывность процессов, логичным продолжением стационарного этапа будет санаторное долечивание как важный элемент индивидуальной программы реабилитации кардиохирургических больных. Выпадение этого этапа ставит под угрозу положительный эффект оперативного вмешательства. Это положение закреплено в приказе Минздравсоцразвития РФ № 44 от 27.01.2006 г. «О долечивании (реабилитации) больных в условиях санатория». В приложении № 1 к этому приказу утвержден порядок направления работников на долечивание (реабилитацию) непосредственно после стационарного лечения в специализированные санатории (отделения). Пункт 1 данного приложения ограничивает возможный контингент пациентов исключительно работающими застрахованными гражданами. Если учесть, что большинство пациентов, которым требуется операция на сердце, пенсионного возраста, то большая их часть (т.е. все неработающие пенсионеры) фактически лишается права на санаторное долечивание. Подобный подход носит явно социально дискриминационный характер и нарушает принципы этапности и последовательности в программе восстановительного лечения, что также продемонстрировало проведенное анкетирование.

Так, полезным признали санаторное лечение после кардиохирургических вмешательств 100% экспертов, 83,0% врачей общегородской сети ЛПУ и 87,4% пациентов. При этом самостоятельно оплатить санаторное лечение не могут 87,3% прооперированных на сердце пациентов; 68,4% врачей городских ЛПУ и все врачи кардиоцентра считали, что только отдельные их пациенты могут самостоятельно оплатить санаторное лечение. В результате значительное количество пациентов не проходят санаторного этапа долечивания (по данным ВОККЦ – 70,5%, т.е. у 2 из 3 больных этот важный этап реабилитации выпадает). При этом только у 5,9% пациентов имелись противопоказания к долечиванию в условиях санатория и еще 5,9% отказывались от него по семейным обстоятельствам. На вопрос: «Считаете ли вы, что неработающие пенсионеры должны, как и работающие, бесплатно проходить долечивание в санаторных условиях?» ответили утвердительно 91,6% кардиохирургических пациентов, 81,1% врачей городских ЛПУ и все врачи кардиоцентра.

Все же часть пациентов может рассчитывать на помощь государства в рамках ФЗ № 181 от 24.11.1995 г. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», где в главе III ст. 9 закреплено право инвалидов на санаторно-курортное лечение (а среди кардиохирургических пациентов около половины уже до операции имеют II или III группу инвалидности). Однако значительная часть пациентов лишается возможности полноценного санаторного долечивания по причине несовершенства российского законодательства, поэтому целесообразно законодательно закрепить право неработающих пенсионеров на санаторное долечивание после операций на сердце.

Также следует иметь в виду, что с 1 января 2010 г. Письмом Минздравсоцразвития РФ № 14-5/10/2-8382 от 23.10.2009 г. установлен новый порядок финансирования программы по долечиванию в санаторных условиях сразу после стационарного лечения. В связи с принятием ФЗ

«О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» исключено финансовое обеспечение расходов на оплату стоимости путевок, предоставляемых работающим гражданам для долечивания в санаторно-курортных учреждениях, расположенных на территории РФ, непосредственно после стационарного лечения в соответствии с перечнем заболеваний, утверждаемым Правительством РФ. Теперь финансирование будет осуществляться в рамках программы государственных гарантий (ПГГ) оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, ежегодно утверждаемой постановлением Правительства РФ. Программой, утвержденной на 2010 г. (Постановление Правительства РФ от 02.10.2009 № 811), рекомендовано органам государственной власти субъектов РФ утвердить до 25 декабря 2009 г. территориальные ПГГ оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2010 г., предусматривающие в том числе мероприятия по восстановительному лечению и реабилитации больных в условиях санатория.

С учетом изложенного выше Минздравсоцразвития России рекомендовал органам государственной власти субъектов РФ предусмотреть финансирование долечивания работающих граждан при разработке территориальных ПГГ оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2010 г. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 22.07.2009 г. № 540н «Об утверждении перечня санаторно-курортных учреждений, в которые предоставляются путевки на санаторно-курортное лечение граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи», установлено, каким учреждениям могут предоставляться указанные путевки. В настоящее время, в условиях экономического кризиса, субъекты федерации не находят средств для финансирования данной программы. Это приводит к тому, что не заключаются договоры между кардиохирургическими центрами и санаториями. В результате даже направление пациентов по Приказу Минздравсоцразвития РФ № 44 от 27.01.2006 г. на долечивание стало невозможным.

За санаторным следует амбулаторный этап реабилитации, который у кардиохирургических пациентов должен продолжаться в течение всей дальнейшей жизни. Из этого следует, что данный этап оказывает серьезнейшее влияние на качество жизни этой категории пациентов. Полезным лечение в специализированных отделениях реабилитации при кардиоцентрах считают 92,4% прооперированных больных, 90,1% врачей общегородской сети ЛПУ и все специалисты кардиоцентра. Оно дает возможность пациентам напрямую решать вопросы их самочувствия с врачами, специализирующимися на реабилитации больных после операций на сердце, а также при необходимости получить консультацию кардиохирурга. Наблюдение пациента у закрепленного за ним врача, прохождение исследований в одной и той же лаборатории, у одних и тех же «узких» специалистов позволяет проследить объективную динамику состояния больного.

Несмотря на объективные плюсы рассмотренных подходов, далеко не все кардиохирургические центры имеют в своей структуре отделения реабилитации. Такие отделения не предусмотрены в новых высокотехнологических кардиохирургических центрах – пациенты наблюдаются по

месту жительства. Однако врачи обычных поликлиник не проходят специализированного обучения по ведению этой категории пациентов. Неудивительно, что 24,3% экспертов считают недостаточными знания терапевтов и кардиологов общегородской сети ЛПУ по реабилитации кардиохирургических больных; 93,9% терапевтов и кардиологов общегородской сети ЛПУ признали необходимым организовать специальные тематические занятия с ними.

Недостаточность знаний вызывает затруднения при ведении таких больных, но пока этот вопрос не решен. Возможным вариантом может стать специализированный сертификационный цикл для врачей по кардиологии. Однако, учитывая, что зачастую за обучение на таких циклах врач платит самостоятельно (в связи с отсутствием денег в лечебном учреждении, где он работает), это будет новой, непосильной для него ношей. Чтобы избежать усиления социальной напряженности в среде врачей, необходимо в рамках бюджета на здравоохранение законодательно предусмотреть выделение финансирования на обучение врачей-специалистов по реабилитации кардиохирургических больных. Это продиктовано тем, что количество таких пациентов с каждым годом будет расти, по мере ввода новых кардиохирургических мощностей.

В целом недостаточность реабилитационных мероприятий снижает медицинский и социальный потенциал кардиохирургических операций. Так, по данным ВОККЦ, возрастает количество пациентов, получивших инвалидность уже после операции, и повышается группа инвалидности у имевших ее до вмешательства; практически половина работавших до операции пациентов (44,7%) не возвращаются к труду после нее.

Решение вопросов социально-правового обеспечения реабилитации кардиохирургических пациентов не только улучшит качество их жизни, но и даст значительную экономическую выгоду, обеспечив снижение инвалидизации и возврат к труду высококвалифицированных кадров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Любушкина Т.Л. Комплексная реабилитация инвалидов // Социальная работа. – 2007; 6: 42–43.

REHABILITATION IN CARDIAC PATIENTS: SOCIO-LEGAL ASPECTS

E. Averin, Candidate of Medical Sciences

Volgograd State Pedagogical University

The existing socio-legal base for the rehabilitation of cardiosurgical patients makes the latter beyond the reach of the bulk of operated patients, which decreases the medical and social potential of properly surgical interventions.

Key words: cardiosurgical rehabilitation, legal and social aspects of rehabilitation, sanatorium aftercare.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Е. Ушкалова¹, доктор медицинских наук, профессор,

О. Ткачева², доктор медицинских наук, профессор,

Н. Чухарева²,

¹РУДН, ²Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова, Москва

E-mail: eushk@yandex.ru

Безопасность лекарственных средств (ЛС) при беременности остается малоизученной. Сообщения о неблагоприятном влиянии ЛС вносятся медицинскими учреждениями и фармацевтическими компаниями в базу данных фармаконадзора на сайте Росздравнадзора; сообщения врачей поступают в региональные или Федеральный центры мониторинга безопасности ЛС. Данная публикация открывает серию статей в журнале по безопасности фармакотерапии в период беременности.

Ключевые слова: лекарственные средства, безопасность, беременность.

Вопрос о риске и пользе применения лекарственных средств (ЛС) у беременных женщин остается малоизученным. Беременность – особое состояние, при котором ЛС одновременно поступают в организм матери и плода, поэтому при их назначении в этот период следует оценивать соотношение польза/риск для обоих. Это крайне сложная задача не только потому, что интересы матери и будущего ребенка далеко не всегда совпадают, но и потому, что сведения о безопасности ЛС при беременности недостаточны более чем для 80% препаратов, присутствующих на мировом фармацевтическом рынке [8].

Изучение безопасности ЛС у беременных ограничивают этические соображения, не позволяющие включать их в рандомизированные клинические исследования, а ретроспективный анализ неблагоприятных исходов беременности в большинстве случаев не позволяет определить причинно-следственную связь между ЛС и исходом вследствие множества вмешивающихся факторов. Наиболее достоверные данные о влиянии ЛС на течение (исход) беременности позволяют получить Регистры беременности, представляющие собой проспективные исследования, спонсируемые преимущественно производителями оригинальных препаратов и направленные на выявление женщин, принимающих в силу медицинской необходимости определенные ЛС, и регистрацию исходов беременности у них. В ряде стран также ведутся национальные Регистры беременности ряда препаратов, например антиконвульсантов.

Из-за указанных выше причин плохо изучена фармакокинетика ЛС в период беременности. При этом известно, что динамические физиологические изменения в организме беременной женщины могут влиять на все фармакокинетические параметры ЛС – всасывание, распределение, метаболизм и экскрецию [9]. Особенно большие изменения возможны в распределении ЛС (в связи с появлением дополнительного плацентарного круга кровообращения). Изменения фармакокинетики могут потребовать существенной коррекции доз ЛС беременным (такие коррекции описаны для пенициллинов, фторхинолонов и гентамицина [16]).