

Реформа первинної медичної допомоги — 2013: сучасний стан, проблеми, шляхи вирішення



Відповідно до Програми економічних реформ України на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», головною метою реформи медичної сфери є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу всіх громадян до медичних послуг належної якості. Нагадаємо, що у зазначеному документі виділено три етапи реформ. Саме зараз (до кінця 2014 р.) триває III етап, до завершення якого має бути закінчено переведення всіх медичних закладів на систему контрактних відносин між замовником і постачальником медичних послуг, запровадження єдиної методики розрахунків вартості медичних послуг, що оплачуються державою, та підготовка до запровадження обов'язкового соціального медичного страхування. Одним з першочергових кроків, спрямованих на покращення доступності та якості медичної допомоги, стало реформування її первинної ланки, яке розпочалося спочатку у чотирьох пілотних регіонах — Вінницькій, Дніпропетровській,

Донецькій областях та м. Києві, а потім розповсюдилося по всій Україні. Про зміни, які відбулися за останні 2 роки у первинній ланці надання медичної допомоги, проблемні моменти, які вдалося виявити, та шляхи їх усунення ми попросили розповісти **Костянтина Надута**, начальника управління реформ медичної допомоги МОЗ України.

— Костянтин Олександровичу, реформа медичного обслуговування, яка триває в Україні і яка розпочалася саме з реформування надання первинної медичної допомоги, викликає багато питань та непорозумінь як у суспільстві, так і серед фахівців сфери охорони здоров'я. Розкажіть, будь ласка, про стан реформи на сьогодні.

— Зміни, які відбулися за останні 2 роки у системі охорони здоров'я взагалі й системі надання первинної медичної допомоги зокрема, можна назвати системними і досить революційними для нашої держави. Адже весь світ уже давно зрозумів, що без потужної первинної ланки надання медичної допомоги забезпечення населення якісними медичними послугами неможливе, особливо сьогодні, коли населення швидко старіє, збільшується кількість випадків хронічних захворювань, різко зростає потреба у спеціалізованій і високоспеціалізованій медичній допомозі. Вирішити цю проблему лише шляхом лікування неможливо через обмеження ресурсів. Тому весь світ вже пішов шляхом розвитку первинної допомоги з акцентом на профілактику. Якщо б первинну допомогу лишити на тому рівні, на якому вона була ще 2 роки тому, жодних надій на покращення у нас би не було.

Зміни, які сталися в Україні, мають декілька основних складових. По-перше, первинну і вторинну медичну допомогу відділили юридично і фінансово шляхом створення комунальних установ — центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД). На сьогодні цей процес поширився вже і на непілотні регіони; всього в Україні створено понад 500 ЦПМСД. Загалом їх має бути понад 770, а можливо, й дещо менше, якщо вдасться переконати громади у доцільності об'єднання мало-потужних міських і районних ЦПМСД.

По-друге, ці центри необхідно належним чином фінансувати, адже, як свідчить світовий досвід, на фінансування первинної ланки медичної допомоги з урахуванням профілактичної складової її роботи необхідно виділяти не менше ніж 25–30% від усього бюджету галузі охорони здоров'я. Безумовно, якщо вже сьогодні виділити всі ці кошти на первинну допомогу, одразу неможливо ефективно їх розподілити. На початковому етапі у пілотних регіонах було виділено 35% від бюджету охорони здоров'я регіону, що виявилось надто високим відсотком, особливо для міст. Зараз розподіл видатків скориговано, і напевно, це не остання корекція. Перш за все, на думку спадає доцільність диференційованого підходу для міста і села, адже у сільській місцевості менші нормативи навантаження на медичний персонал і, відповідно, більші видатки на оплату праці, утримання мережі (передусім фельдшерсько-акушерські пункти, яких у місті немає) та обслуговування транспорту.

По-третє — це економічна мотивація закладів, які надають медичні послуги населенню, тобто не просто збільшення фінансування, а фінансування з метою досягнення конкретних результатів у роботі. Для цього розроблено комплекс індикаторів для оцінки наданих послуг, запроваджується система договорів на надання медичної допомоги між замовником, в ролі якого виступає управління охорони здоров'я або державна адміністрація, і ЦПМСД, який є виконавцем. Договірні стосунки передбачають відповідальність надавача послуг, у даному випадку ЦПМСД, за досягнення певних значень індикаторів, за що, власне, йому і сплачується сума, передбачена договором.

І по-четверте — економічна мотивація праці медиків, яка також базується на оцін-

ці обсягів і якості наданих послуг суспільством та замовником.

До критеріїв, за якими оцінюють послуги лікарів та медичних сестер первинної ланки, відносять виконання плану проведення скринінгових досліджень на виявлення раку молочної залози та шийки матки серед жінок груп ризику, флюорографічного обстеження пацієнтів груп ризику, профілактичних щеплень, а також одержання показників ефективності вторинної профілактики хронічних захворювань, що визначається показниками госпіталізації, користування послугами швидкої медичної допомоги та консультацій лікарів-спеціалістів.

Відповідно до цих результатів лікар і медсестра отримують заробітну плату. На сьогодні такий метод оплати застосовується лише у пілотних регіонах, а в наступному буде поширений по всій території України.

Результатом цього, звичайно, має бути більш здоровий і вдоволений одержаними послугами пацієнт. Тому однією з найважливіших складових цих системних змін є механізм зміни пацієнтом сімейного лікаря. Зокрема, через цей механізм пацієнт може безпосередньо впливати на якість первинної медичної допомоги.

Зазначу, що право на вільний вибір лікаря первинної ланки/сімейного лікаря у пацієнтів було завжди. Воно прописано в Основах законодавства України про охорону здоров'я. Але з виданням наказу МОЗ України від 04.11.2011 р. № 756 «Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації» кожен пацієнт у пілотних регіонах отримав реальну можливість змінити сімейного лікаря у разі, якщо він ним незадоволений або бажає знайти кращого.

— А як це зробити?

— Якщо пацієнт хоче обрати чи змінити свого сімейного лікаря, дільничного терапевта або дільничного педіатра, він має звернутися до поліклініки, ЦПМСД чи амбулаторії сімейної медицини та заповнити реєстраційну форму. Перед цим особа повинна ознайомитися з інформаційним листом пацієнта, доданим у реєстраційну форму, та надати письмову згоду на збір й обробку персональних даних, оформлену відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних». Зокрема, пацієнти повинні отримати повну інформацію про механізм реалізації права вибору лікаря, який надає первинну медичну (медико-санітарну) допомогу. Лікар має детально поінформувати пацієнта щодо всіх аспектів вибору лікаря. Ніхто не може примушувати пацієнта обирати того чи іншого лікаря. Обрання лікаря здійснюється пацієнтом свідомо та самостійно. Усна або письмова інформація про вибір лікаря, надана пацієнтам, не має містити висловлювань, що змушують їх відмовитися від своїх прав або свідчать про недобросовісну конкуренцію чи неетичну поведінку медичних працівників. Для заповнення реєстраційної форми встановлюється реєстраційний період 1 міс — з 1 по 30 вересня кожного календарного року. Реєстраційна форма може бути заповнена в інший час у таких випадках:

- якщо необхідність вибору лікаря зумовлена зміною постійного місця проживання пацієнта;
- якщо особа не могла звернутися до лікаря у реєстраційний період з об'єктивних причин (відпустка, відрядження тощо);
- у разі звільнення/смерті лікаря або припинення цивільно-правових відносин між ним та ЦПМСД;
- у разі появи в ЦПМСД нового лікаря.

До реєстраційної форми вносять прізвище, ім'я та по-батькові пацієнта, дату його народження, серію та номер паспорту, стать, громадянство, місце роботи, сімейний стан, місце проживання, дані про прикріплення дітей, які проживають у сім'ї.

У розділі про місце проживання зазначають: район, місто/село, вулицю, номер будинку, номер квартири, домашній телефон. Також вписують найменування закладу охорони здоров'я, де раніше надавалася медична допомога, а також прізвище, ім'я та по-батькові сімейного лікаря. Дані про заклад охорони здоров'я — ЦПМСД чи амбулаторію, в якому раніше пацієнт одержував первинну медико-санітарну допомогу, — вносяться відповідно до «Талона про відкріплення пацієнта від лікаря, що надає первинну медичну допомогу», яка подається пацієнтом.

У розділі про прикріплення дітей, які проживають у сім'ї, вписують дані щодо дітей пацієнта: ім'я, стать, дата народження. Дані про дітей записує лише один із батьків або інших законних представників дитини.

Інформація, що міститься у реєстраційній формі, є інформацією з обмеженим

доступом і не підлягає розголошенню, крім випадків, передбачених законом. Відповідальність у разі її поширення несуть лікарі, молодші працівники з медичною освітою, які обслуговують прикріплене до лікаря населення, та завідувач амбулаторії.

Зауважу, що осіб, які не виявили бажання вибрати/змінити лікаря та заповнити реєстраційну форму у період реєстрації, прикріплюють до лікаря через внесення до журналу поособового обліку осіб, які прикріплені до лікаря, що надає первинну медичну допомогу, за формою, затвердженою у встановленому законодавством порядку, відповідно до обслуговування у минулий період.

Упродовж вересня 2012 р. усе населення пілотних регіонів було прикріплено до певного лікаря первинної ланки або за адміністративним механізмом, якщо людина не виявила бажання обирати лікаря, або за бажанням пацієнта (таких виявилось лише 10–15%).

Зараз у пілотних і непілотних регіонах відбувається модернізація базисних елементів системи — первинної та екстреної медичної допомоги, а з 2014 р. розпочнуться підготовчі дії до проведення змін на вторинному рівні.

— Скажіть, будь ласка, скільки на сьогодні в Україні сімейних лікарів і скільки їх потрібно «в ідеалі»?

— Норматив навантаження сімейного лікаря для сільської місцевості становить 1200, для міста — 1500 пацієнтів усіх вікових категорій. При такому «ідеальному» навантаженні їх було б потрібно 30 тис. Згідно з дослідженням, проведеним у різних країнах, лікар загальної практики ефективно може обслуговувати до 2000, максимум — 2500 пацієнтів. За більшої кількості пацієнтів лікар не може приділяти достатню увагу профілактичній складовій, і його робота зводиться до надання допомоги при гострих випадках, що не вигідно ані для держави, ані для людей. Тобто, оптимальна кількість сімейних лікарів для України становить орієнтовно 22 тис.

На сьогодні лікарів загальної практики в Україні вже понад 13 тис., йде активна перепідготовка терапевтів і педіатрів. У минулому році її пройшли 1444, у цьому році заплановано перепідготовку 2466 лікарів. Відповідно до основ законодавства, з 1 січня 2020 р. первинну медичну допомогу мають надавати виключно лікарі загальної практики — сімейної медицини. Вартість перекаліфікації одного такого лікаря становить близько 6 тис. грн.

— Поясніть, будь ласка, чому для оцінки якості роботи лікарів загальної практики обрано саме вищезгадані критерії?

— Як показує вітчизняний і світовий досвід, найбільш суттєво і швидко якість роботи сімейного лікаря відображається на показниках госпіталізації, кількості викликів швидкої медичної допомоги і консультацій вузьких спеціалістів. Якщо лікар підвищує свою компетентність і розширює номенклатуру послуг, то зменшується кількість консультацій спеціалістів. Якщо він займається вторинною профілактикою, то зменшується кількість викликів швидкої

медичної допомоги та госпіталізації у стаціонар. Ці показники, як правило, динамічно змінюються вже впродовж перших років впровадження системних змін. На них впливає не тільки якість, але й доступність медичної допомоги для пацієнтів, наближення до них амбулаторій. До заробітної плати лікаря це прив'язано через надбавку за якість роботи.

У кожному закладі, кожному колективі є лікарі-лідери, середнячки і аутсайдери. Для того, щоб був стимул розвиватися і працювати краще, лідери мають заробляти більше, ніж аутсайдери. Ця система в світі працює досить давно, і враховується не 7, а, як наприклад у Великобританії, до 300 індикаторів. Там усе обчислюється автоматично, і лікар може, наприклад, дізнатися про те, що в нього погіршилися результати роботи, коли отримує меншу зарплатню. Він змушений аналізувати, де недопрацював. Підсилює ефект система колективної відповідальності за якість надання медичної допомоги. Ця система — вітчизняний винахід, автором якого є видатний педагог А.С. Макаренко. Ним, як це часто буває, успішніше користуються в усьому світі, ніж на батьківщині винахідника. Ми теж будемо поступово йти до цієї системи, проте на пострадянському просторі, на жаль, повністю зруйновано психологічний зв'язок між рівнем зарплати та якістю роботи, і потрібний певний час, щоб його відновити.

— Як ще стимулюють роботу лікарів первинної ланки?

— Крім доплати за якість, є доплата за додатковий обсяг роботи, за кількість прикріпленого населення, яка, зокрема, залежить від віково-статевих характеристик обслуговуваного контингенту. Відносна «вартість» пенсіонера становить 1,6; пацієнта працездатного віку — 0,8; дитини — 1,4.

Крім того, інститут сімейної медицини передбачає не ходіння людей поліклініками від кабінету до кабінету (згадаймо Гіпократа: «Ніщо так не скорочує життя, як часта зміна лікування»), а тривалий контакт із сімейним лікарем, активний профілактичний вплив на пацієнта.

— Які заходи вживаються для покращання фізичної доступності медичної допомоги?

— Нещодавно МОЗ видано наказ про затвердження нормативів забезпеченості населення амбулаторіями. Відстань до амбулаторії у місті має бути у межах пішоїхідної доступності — не більше 0,5–1 км. Особливо фізична доступність важлива для пенсіонерів. У країнах Європи цей показник становить 4,9 амбулаторії на 10 тис. населення. В Україні у мережу амбулаторій у містах і сільській місцевості на сьогодні входить близько 5 тис. об'єктів. У сільській місцевості передбачено 1 амбулаторію на 3,3 тис. населення, у місті — 1,6–2,1 (для районів зільної багатопверхової забудови — 1,0). Нині у селах не вистачає 1,5 тис. амбулаторій, і до 5 тис. — у містах. У сільській місцевості ми ставимо завдання досягти відстані 7–10 км, у місті — до 1 км до амбулаторії. Зазначу, що документ про нормативи за-

безпеки амбулаторіями в Україні прийнято вперше. Багато років ми не могли переконати керівництво держави у необхідності його створення. Але коли за ініціати Адміністрації Президента України було проведено глибокий аналіз причин недостатньої ефективності надання первинної медичної допомоги, одним із ключових факторів виявилася виражена нерівномірність забезпечення амбулаторіями. Наприклад, у Волинській області цей показник становить 1,5, у Харківській — 4,3 на 10 тис. населення. Крім того, у різних регіонах — різна щільність заселення, тому реальна різниця у доступності до первинної медичної допомоги ще вища, і відстань до амбулаторії подекуди становить 25–30 км, що є неприпустимим. Така система залишилася ще з часів Радянського Союзу. Обслуговування у фельдшерсько-акушерському пункті не може замінити повноцінної лікарської амбулаторії.

— Яка на сьогодні забезпеченість кадрами первинної ланки?

— На сьогодні в системі первинної медичної допомоги працює 48% пенсіонерів і лікарів передпенсійного віку. Індекс відновлення кадрів знаходиться у межах від'ємних значень. Сьогодні на подолання цієї проблеми спрямовані дуже серйозні зусилля з боку МОЗ. Збільшуються обсяги набору студентів на бюджетній основі, абсолютна більшість із них мають стати лікарями загальної практики. Безумовно, ми розуміємо, що педіатра у віці старше 55 років недоцільно перенавчати у сімейного лікаря. Але якщо людина працює і її ніким замінити — нехай залишається на своєму місці.

Часто чуємо: «Сімейний лікар має бути універсалом, опанувати усі можливі проблеми зі здоров'ям, лише такий лікар гідний називатися сімейним». Треба відверто сказати, що це спекуляція, що має на меті викликати недовіру до сімейної медицини, дискредитувати її. Насправді 80% візитів до сімейного лікаря зумовлені лише 20% номенклатури усіх можливих захворювань і станів. Саме ці 20% і має вміти лікувати сімейний лікар. Решту 80% він має виявити або припустити їх наявність і направити на обстеження та консультацію до вузького спеціаліста. Крім того, як показали вже цього річні опитування, оцінка якості обслуговування дітей сімейними лікарями навіть дещо вища, ніж педіатром. Діти з диспансерної групи завжди можуть отримати допомогу безпосередньо педіатра (вторинний рівень медичної допомоги).

Для первинної ланки велике значення також має комунікативна функція лікаря. Сімейний лікар, на відміну від вузького спеціаліста, працює не стільки з хворобою, скільки з людиною, а також із суспільством. Є суспільні контексти здоров'я, які визначаються етичними моментами, і таке інше. Адже доносити інформацію щодо профілактики захворювань, наприклад у західному і східному регіонах України, необхідно по-різному. Тобто контекст комунікативної роботи передбачає врахування особливостей соціуму.

Забезпеченість молодшим медичним персоналом дещо краща, ніж лікарями (в середньому 2–3 медсестри на 1 лікаря); тут менший віковий ценз. У сільській місцевості цей коефіцієнт вищий, ніж у міській.

В усюмо світі медсестра первинної ланки набула особливого статусу. Вона має свої завдання, які виконує тільки вона і ніколи не виконує лікар. Вона працює під керівництвом лікаря, але не обслуговує його, а веде самостійний прийом у межах своєї компетенції. Ми почали йти цим шляхом через затвердження кваліфікаційних характеристик.

— Серед пунктів про право зміни пацієнтом сімейного лікаря протягом року є такий, що стосується появи нового лікаря у лікувально-профілактичному закладі. Тобто цей процес може відбуватися постійно, наприклад за умови конкуренції лікарів за пацієнтів?

— Звичайно. Наприклад, лікарю, який приїхав з іншого міста, необхідно дати пацієнтів. Тому ті пацієнти, які не заповнили форму, можуть бути прикріплені до іншого лікаря за рішенням адміністрації лікувально-профілактичного закладу. Таким чином, пацієнт може дізнатися про те, що в нього змінився лікар, тільки під час чергового звернення до нього. Ми розглядаємо можливість введення такої норми, як прикріплення пацієнтів не до конкретного лікаря, а до амбулаторії або ЦПМСД, що є більш зручним для здорових людей. Це доцільно і з точки зору управління закладом — проблеми у забезпеченні роботою (клієнтами) нових лікарів при такій системі нівелюються.

— Чи укладає ЦПМСД договори безпосередньо з лікарями — фізичними особами-підприємцями?

— В Україні на сьогодні немає жодного лікаря — фізичної особи-підприємця, з яким би ЦПМСД уклад угоду. Це пов'язане з тим, що ЦПМСД має обирати такого лікаря через процедуру тендера, що дуже складно. Проте на сьогодні є ініціативи деяких громад, зокрема Тернопільської, Івано-Франківської, Полтавської областей та м. Києва, щодо внесення відповідних змін до законодавства з метою спрощення цієї процедури.

— Лікар має право відмовитися вести пацієнта, якщо той не виконує його призначення. Чи були такі прецеденти?

— Мені особисто невідомі такі випадки. Це не є масовим явищем. Сьогодні тих, хто не виконує призначення лікаря, — більшість, тому якщо відмовитися від їх обслуговування, то треба відмовлятися від половини клієнтів, а лікар отримує заробітну платню залежно від їх кількості, тому наряд чи хтось скористається таким правом.

— Чи зобов'язаний лікар обслуговувати більше ніж 2,5 тис. населення, чи може відмовитися?

— Власне, зобов'язаний. Були пропозиції від профспілок ввести певні обмеження, але таким чином ми проголошуємо, що певна частина населення регіонів, в яких не вистає лікарів, взагалі не буде отримувати медичного обслуговування. Це незаконно. З іншого боку, ми розуміємо, що коли лікар одержує надмірне наванта-

ження, він не може якісно працювати і головне — займатися профілактикою. МОЗ буде поступово працювати над забезпеченням первинної ланки кадрами, але сьогодні ставити верхню межу в жодному разі не можна, тому що кадрів не вистає, і місцями катастрофічно. У деяких районах навантаження на одного лікаря становить по 5–7 тис. і навіть більше.

— Скажіть, будь ласка, навіщо при зміні місця проживання пацієнта брати талон про відкріплення, і що буде, якщо він його не візьме?

— Ситуація така, що за пацієнтом «ідуть» гроші. Тому в межах ЦПМСД він може міняти лікаря, переходити з амбулаторії до амбулаторії, нічого, окрім реєстраційної форми, при цьому не заповнюючи. Якщо ж він змінив місце проживання, то необхідно на новому місці показати, що він відкріплений, щоб на старому зняли гроші. Взагалі талон відкріплення — це тимчасове явище, необхідність в якому буде зберігатися до того часу, доки з'явиться повноцінний реєстр пацієнтів. З появою останнього суттєво зменшиться кількість проблем із мотивацією за якість та обсяги, із прикріпленням, буде єдина база даних пацієнтів і їх легко можна буде «переміщати» з регіону в регіон.

Ми вже спростили процедуру — талон про відкріплення тепер можна заповнити за місцем нового прикріплення, і його надішлють адресату. До речі, ніяких скарг з цього приводу не було. У зв'язку з тим, що ЦПМСД зараз утворюються і в неплітних регіонах, і туди згодом будуть перенесені й методи оплати праці, у I квартал 2014 р. ми будемо вводити наказ про прикріплення пацієнта на території всієї країни. У новому наказі норму про обов'язковість талона-відкріплення буде змінено.

— Як проводяться лабораторні дослідження на рівні первинної ланки?

— Наказом МОЗ України затверджено методичні рекомендації про проведення лабораторних та інших видів досліджень. Парадигма цього документу полягає у децентралізації місць забору аналізів, централізації місць проведення досліджень та налагодженні логістики біоматеріалів. На первинному рівні можуть використовуватися швидкі тести. Є випадки, коли намагаються, щоб ЦПМСД платили закладам вторинного рівня за ці послуги. Ми вважаємо, що це неправильно, виходячи з того, що лабораторні комплекси, як правило, залишилися на базі лікарень та були закладені з урахуванням потреб первинної ланки. Тобто, ці лабораторії мають залишатися там, де були, і виконувати ті самі функції, що й до розділення медичної допомоги на рівні. Проте ці лабораторії на сьогодні технологічно відстали. Шлях подолання цієї проблеми полягає у централізації лабораторної служби. Лише у таких умовах можливо сконцентрувати обладнання й кадри з метою їх найефективнішого інтенсивного використання.

— З якою періодичністю перенараховують заробітну плату медичним працівникам, враховуючи індикатори якості їхньої роботи?

— Статистичний облік проводять 1 раз на рік, а індикатори враховують щомісяця. Тому без інформаційної системи, яка може відслідковувати статистичну інформацію у реальному часі, виникає багато проблем. Зараз ведеться активна робота з метою спрощення процедури врахування цих індикаторів. На нашу думку, її необхідно максимально лібералізувати. Весь світ працює за системою колективної відповідальності. Тобто, показники фінансування доводяться до закладу, а те, що відбувається у самому закладі, — це вже справа колективу. Якщо ж заклад не продемонстрував результатів у цілому, то ззовні можна мотивувати головного лікаря. На мою думку, це той спосіб, за допомогою

якого можна розкрити ініціативу людей. Заклади можна стимулювати, наприклад, інвестиційними компонентами, а поточне фінансування має бути однаковим.

Рівень заробітної плати поки що пов'язаний не стільки з вибором пацієнта і з якістю допомоги, скільки з дефіцитом лікарів. Це можна буде співвідносити з якістю тільки тоді, коли ми матимемо більш-менш нормальну ситуацію із забезпеченістю лікарями та ресурсами, які можуть бути витрачені саме на стимулювання лікарів. За якість однозначно необхідно доплачувати додатково, а не отримувати її за рахунок економії.

— Чи відрізняється рівень знань лікарів загальної практики після перекваліфі-

кації терапевтів і педіатрів та після навчання в інтернатурі?

Програми не відрізняються. Усі, хто навчається, мають одержати однаковий рівень знань, всі здають тестовий іспит «Крок». Отже, базовий рівень кваліфікації у всіх однаковий, але досвід роботи різний. Педіатри більше знаються на педіатрії, терапевти — на терапії, а ті, хто прийшов з інтернатури, взагалі не мають досвіду. Але за наявності мотивації, знань і умов для їх реалізації досвід — це лише похідна від часу. Врешті, саме здійснення реформи — це теж досвід, якого набувають не одразу. Будемо трудитися — впровадимося!

Олександр Устїнов,
фото Сергія Бека

Реферативна інформація

Физическая активность и упражнения для пациентов, перенесших инсульт

Кокрановская группа по инсульту во главе с доктором Дэвидом Саундерсом (David Saunders) продолжила публикацию серии обзоров по оценке эффективности физических упражнений для реабилитации пациентов, перенесших инсульт.

Основными конечными точками были смерть от всех причин, зависимость от посторонней помощи, потеря трудоспособности. Также в качестве вторичных конечных точек оценивали физическое функционирование, мобильность, качество жизни, настроение, побочные эффекты, физическую тренированность, кардиоваскулярные факторы риска.

Всего в обзор вошли 45 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), в том числе 13 новых научных работ, не входивших в предыдущую версию систематического обзора, опубликованного в 2011 г. В 22 РКИ оценивали эффективность кардиореспираторного фитнеса, включая круговые тренировки, велоэргометрию, ходьбу на тредмиле, тренировки в воде. В 8 РКИ изучали влияние упражнений на укрепление мышц верхних и нижних конечностей. В остальных 15 работах использовали смешанные программы тренировок. В большинстве работ принимали участие амбулаторные пациенты в хронической постинсультной фазе (давность инсульта ≥ 1 мес).

Данные о летальных исходах предоставили лишь в 2 РКИ со смешанными программами тренировок в качестве активной реабилитации. Всего зарегистрировано 9 смертей, достоверных различий по сравнению с контролем относительно риска (ОР) смерти на протяжении экспериментального периода и последующего периода наблюдения не выявлено (ОР 0,19; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,01–4,08; $p=0,29$ и ОР 0,27; 95% ДИ 0,06–1,11; $p=0,07$ соответственно).

Кардиореспираторные тренировки

Кардиореспираторные тренировки не оказали существенного влияния на количество набранных баллов по шкале функциональной независимости (Functional Independence Measure) после проведенной реабилитации в сравнении со стандартной помощью (стандартизированная разница средних (РС) 0,21; 95% ДИ –0,10...0,52; $p=0,18$). Этот вид помощи способствовал небольшому, но достоверному улучшению подвижности пациентов, измеренному при помощи индекса подвижности Ривермида (Rivermead Mobility Index) (РС 1,56; 95% ДИ 0,20–2,92).

Кардиореспираторные тренировки не имели достоверных эффектов в отношении набранных баллов по шкале физической активности и утраты трудоспособности (Physical Activity and Disability) (РС 16,90; 95% ДИ –15,15...48,95; $p=0,3$).

После экспериментального периода в рассматриваемых работах исследователи вели последующее наблюдение пациентов (follow-up). Обследование пациентов по окончании периода наблюдения не продемонстрировало достоверных различий с группами стандартной помощи ни по одному из вышеуказанных показателей.

Смешанные тренировки

Смешанные тренировки не оказали значимого влияния на количество баллов по шкале ежедневной активности (Activities of Daily Living), которая оценивает степень ограничений пациента в выполнении рутинных домашних процедур (приготовление пищи, одевание и др.), в сравнении со стандартной помощью (РС 0,83; 95% ДИ –0,51...2,17; $p=0,22$).

Это же касается и индекса Бартеля (Barthel index), измеряющего степень зависимости пациента от посторонней помощи (РС 2,65; 95% –0,95...6,25; $p=0,15$) и набранных баллов по расширенной шкале ежедневной активности (РС –0,20; 95% –1,08...0,68; $p=0,66$).

Однако смешанные тренировки оказали значимое влияние на улучшение подвижности пациента согласно результатам измерения индекса подвижности Ривермида (РС 0,48; 95% 0,05–0,91; $p=0,03$).

Обследование, проведенное по указанным шкалам после окончания периода наблюдения, также продемонстрировало достоверное улучшение в группах с использованием смешанных тренировок лишь по индексу подвижности (РС 0,39; 95% ДИ 0,04–0,73; $p=0,03$).

Оценку основных конечных точек для тренировок, направленных на укрепление мышц, провести не удалось в связи с тем, что в РКИ, изучавших этот вид реабилитации, не использовали валидные шкалы или не измеряли эти показатели.

После анализа вторичных конечных точек авторы сделали следующие выводы: существуют определенные доказательства того, что кардиореспираторные тренировки повышают максимальное потребление кислорода; существуют четкие доказательства того, что кардиореспираторные тренировки улучшают скорость ходьбы и ее дальность, а также снижают потребность в посторонней помощи; существуют определенные доказательства того, что смешанные тренировки улучшают скорость ходьбы и ее дальность; существуют предположения для того, что эффект от тренировок может быть большим при их специфичности и направленности на конкретную задачу; существует ограниченное количество данных, указывающих на безопасность изучаемых видов тренировок; существуют определенные доказательства того, что все изучаемые виды физических тренировок могут снижать степень потери трудоспособности посредством повышения подвижности.

По мнению исследователей кардиореспираторные и смешанные тренировки являются эффективными в повышении скорости ходьбы и ее дальности у пациентов, перенесших инсульт. Улучшения в выносливости, подвижности и физическом функционировании связаны, главным образом, с выполнением упражнений, направленных на конкретную задачу.

Saunders D.H., Sanderson M., Brazzelli M. et al. (2013) Physical fitness training for stroke patients. Cochrane Database of Systematic Reviews, 10: CD003316.

Виталий Безшейко