

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

А.П.Попов, Ю.П. Лановенко, Л.В.Лазарева,
Г.В.Бесполудина

Филиал № 6 ФГУ,

3-й Центральный военный клинический госпиталь им.

А.А.Вишневского (Москва),

ГЗ "Луганский государственный медицинский университет"

Введение

Последнее десятилетие явилось мощным тестом на жизнеспособность существовавшей системы здравоохранения в странах СНГ. В той или иной степени системы подверглись одинаковым требованиям реорганизации. В России главным лейтмотивом реформирования здравоохранения явилась переориентация с дорогостоящей стационарной медицинской помощи на амбулаторный этап, при повышении качества медицинской помощи и снижении ее затрат. В отечественной литературе развернута широкая дискуссия о принципах реорганизации медико-социальной помощи населению. Некоторые публикации [5, 6, 7, 8, 12, 16, 17] явились глубоким анализом ситуации или новыми идеями элементов реорганизации медико-социальной помощи населению. Возникшие проблемы обуславливаются недостаточным финансированием лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), оттоком квалифицированных медицинских кадров в связи с низкой оплатой труда, ухудшением материально-технического снабжения ЛПУ, ограничением лекарственных средств, отсутствием современной медицинской техники и оборудования, требованием внедрять новые медицинские технологии в организацию, диагностику и лечение.

Недостаточность государственного финансирования требовала изыскивать дополнительные источники финансирования. Проблема решалась через интеграцию в систему обязательно-

го медицинского страхования (ОМС), введение платных медицинских услуг и добровольного медицинского страхования (ДМС). Формировались правовые, организационные и экономические нормы деятельности ЛПУ.

Амбулаторно-поликлиническое звено ЛПУ оказалось в наиболее тяжелых условиях, ведь сохранялась многолетняя ориентация на дорогостоящую стационарную медицинскую помощь. Реформирование здравоохранения предусматривает повышение качества медицинской помощи и снижение на нее затрат, и основой этого должна стать переориентация основных усилий с госпитального на поликлинический этап. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание является ведущим и самым массовым видом медицинской помощи, здесь начинают и заканчивают лечение 80% больных, а выделялось для этого всего 1/5 часть всех материально-технических ресурсов здравоохранения.

Наиболее рациональным перераспределением этих средств является внедрение стационарозамещающих технологий на базе поликлинического звена [7, 8]. Реструктуризация стационарного штатного и коечного фонда, перераспределение некоторого объема медицинской помощи из стационара в поликлинику диктуется и экономической, и медико-социальной целесообразностью. Методология "переноса" тяжести с больничного звена на поликлинический предусматривает два момента: - расширение возможности поликлиники по оказанию медицинской помощи; - "выведение" с больничного звена больных, помощь которым может быть оказана в поликлинике. Таких больных в стационарах 20 - 50%, а причиной такого положения являются устоявшиеся понятия, что "в больнице лучше", также - недостатки медицинского снабжения, желание поликлинического врача снять с себя ответственность. Сломать такой стереотип, придание роли поликлиники как равного (или ведущего) в звене "поликлиника - больница", переосмыслить роли и значения вторичной профилактики, внедрить экономически целесообразные стационарозамещающие технологии можно, решив задачи: - определить контингент больных, для лечения в амбулаторных учреждениях, традиционно считавшийся стационарным; - организовать специализированную ме-

дицинскую помощь в поликлиническом звене; - внедрить стационарозамещающие формы организации и оказания медицинской помощи; - ввести межполиклиническую интеграцию по подготовке больных к плановому больничному лечению; - реформировать медицинское снабжение.

Категория больных, помощь которым может быть оказана в амбулаторных условиях утверждается Положением конкретного учреждения. Нозологические формы "снимаемые с госпитализации" обеспечиваются в поликлинике диагностическими, лечебными, материальными, правовыми условиями.

Специализированная медицинская помощь в поликлинике оказывается при заболеваниях требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий. Конечно, учреждение должно быть лицензировано. Уровень объема специализированной медицинской помощи для каждой поликлиники может быть различным и зависит от количества врачей, материально-технического оснащения, профессиональной подготовки мед. персонала.

Взаимное использование имеющихся медицинских технологий в одной территориальной системе актуально для повышения качества лечебно-диагностической работы в условиях современного финансирования и реформирования. Например, только подготовка больного хирургического профиля к плановой госпитализации несет ощутимый экономический эффект, за счет сокращения предоперационного периода, а у больных терапевтического профиля за счет установления достоверного диагноза [8, 9]. Больной, нуждающийся в плановой операции, получает карту предоперационного обследования (вкладыш в будущую историю болезни) и в установленные сроки амбулаторно обследуется. При отсутствии медицинских противопоказаний к хирургическому вмешательству, с заполненной картой, больного направляют на стационарное лечение. Как правило, ЛПУ одного региона имеют разные диагностические базы, и больные направляются на стационарное обследование, где имеется тот или иной вид исследований (КТ, МРТ, УЗИ, селективная урография, коронарография, венография и т.д.). При наличии системы взаимного использования диагностической базы, большинство этих исследований можно

проводить амбулаторно. Для таких исследований как коронарография необходимо предусмотреть новую форму стационарирования - укороченное пребывание больного в стационаре [7].

Одним из весомых направлений, способствующих снижению входящего потока в больницы, является расширение круга патологии, подлежащей оперативному вмешательству в поликлиниках. Помимо условий, упомянутых ранее, необходимо круглосуточное наблюдение за больным, наличие автотранспорта, коек и пр. Любая операция должна предусматривать нахождение в поликлинике не более суток. Где размещать больных, кто за ними наблюдает - будет обсуждаться ниже. Грыжесечение, геморроидэктомия, флебэктомия, пластика носовой перегородки и др. - это огромный объем вмешательств, который целесообразно снять с больничного звена. В каждом регионе этот объем утверждает "Положением" и курируется ведущим хирургом региона [9].

Стационарозамещающие технологии уже оправдали себя на практике и приносят значительный экономический эффект [16].

Одна из них - дневной стационар - структурное подразделение амбулаторно-поликлинического или больничного учреждения, оснащенное современными медицинскими технологиями, где проводятся профилактические, диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия пациентам, не нуждающимся в круглосуточном медицинском наблюдении. Обычно это 8-10 коек. Пациенты получают здесь комплексное лечение с учетом всех имеющихся возможностей поликлиники (лабораторная и функциональная диагностика, рентгенологическое обследование, физиотерапевтическое лечение, внутривенное и внутримышечные инфузии, лазерное облучение крови, ЛФК и др.). Пациент находится в дневном стационаре 8-10 часов. Если нет в поликлинике буфета, обходится своими возможностями приема пищи. Сюда же поступают больные со сложной и неясной патологией для ускоренного комплексного обследования. Особенно это важно для больных с ограниченными возможностями передвижения, невозможностью для них ждать очереди в различных кабинетах. Выделяется палата на одну койку для больных с неотложной патологией. Дневной стационар работает в две смены. Ведение больных в дневном стационаре возлагается на штатного врача и процедурную сестру.

Следующей стационарозамещающей формой является стационар на дому - разновидность дневного стационара. Это те пациенты, которые находятся на домашнем режиме. Врач, сестра с необходимой аппаратурой, поликлиническим транспортом прибывают к больному (не обязательно ежедневно). Это на 50 - 60% дешевле, чем если бы больной находился на больничной койке. К сожалению, этот перспективный вид медицинской помощи не развивается в полном объеме из-за отсутствия транспорта, современной портативной аппаратуры, отрыва специалистов от приема в поликлинике и пр. Однако, это ощутимый резерв разгрузки больничного звена. Актуальность развития стационаров дневного пребывания подчеркивает и тот факт, что до 30% пациентов, находящихся на стационарном лечении, уходят домой на ночь (особенно женщины). Опыт функционирования стационаров дневного пребывания (и на дому) по эффективности не уступает круглосуточному стационару, а стоимость его значительно ниже. Дневные стационары должны создаваться за счет реструктуризации имеющейся больничной коечной мощности.

По объективным причинам часть больных (довольно значительная) выпадает из общей системы реабилитации: "стационар - санаторий -поликлиника". Для некоторых больных восстановительное лечение обрывается после стационара. Кроме того, существенная часть больных с острой патологией вообще не попадают в стационар. Для данной категории больных местом лечения и восстановления здоровья является дом, где они наблюдаются врачами участка из поликлиники.

Для этой группы больных принципы реабилитации (последовательности и преемственности) приобретают свою окраску и специфику. Принципы восстановительного лечения на дому разработаны недостаточно, а контроль за медицинскими, физическими и психологическими рекомендациями, можно сказать примитивен. Это служит основанием внедрять современные программы реабилитации на дому, конечной целью которых является социальная помощь (восстановление дееспособности человека как активного члена общества).

К группе больных, подлежащих реабилитации на дому, относятся пациенты, которые "не могут временно вернуться к

труду (I гр.), находящиеся на домашнем режиме (II гр.) и нуждающиеся в постоянном уходе (III гр.)", при этом 80 - 85% из них являются кардиологическими больными. Это III и IV группы по функциональной классификации болезней сердца Нью-Йоркского кардиологического общества.

Медицинский комплекс реабилитационных мероприятий включает медикаментозное лечение, физиотерапевтическое, психологическое воздействие, но основу всей системы реабилитации составляет физический аспект. Программа дает возможность подобрать адекватную мощность физических нагрузок и контроль за их переносимостью [10, 14, 15].

Классическими исследованиями (Astrand I.1979, Adersen, 1970) выявлена прямая зависимость между потреблением кислорода, минутным объемом крови, частотой сердечных сокращений (ЧСС) и показана возможность стандартизировать нагрузку по легко определяемому параметру - величине ЧСС. А поэтому в реабилитационной программе можно использовать многие виды домашних физических нагрузок на основании принципа их эквивалентности ЧСС.

Исходными данными являются: максимальная физическая нагрузка (W_{\max}), определяемая в стационаре при выписке, и соответствующая ей ЧСС, а также вес больного (так как реакция на нагрузку зависит не только от вида и темпа упражнений, но и от массы тела). На основании этих данных рассчитывается компьютером [17]:

- удельная мощность интенсивных нагрузок:

Уд $W_{\text{ин}} = W_{\max} \times 0,75 / \text{массатела}$ (Вт/кг) интенсивная нагрузка составляет 75% максимальной, длится 2 - 3 мин. и повторяется 6-7 раз в день.

- удельная мощность фоновых нагрузок: Уд $W_{\text{фн}} = W_{\text{ин}} / 2$ (Вт/кг) фоновая нагрузка составляет 50% от интенсивной, длится 30 - 40 мин. и повторяется 2-3 раза в день.

Если не известна максимальная нагрузка (не определялась в больнице или больной перенес болезнь дома), то начинают с минимальной - 20 - 25 Вт.

Для первой группы больных целью реабилитационной программы является максимальное физическое и психологическое

кое восстановление после перенесенного острого или обострения хронического заболевания. Для второй группы - повышение физической работоспособности и психологическая подготовка к новым условиям жизни. Для третьей группы - улучшение качества жизни (естественно для них не рассчитываются удельные мощности нагрузок). Разработаны комплексы ЛФК соответствующие фоновым нагрузкам 20 - 40 - 60 - 80 Вт и таблицы эквивалентности бытовых нагрузок определенной мощности (табл. 1). Врач заполняет входной документ (табл. 2) и получает индивидуальную реабилитационную программу, которая находится дома у больного (табл. 3, 4, 5).

Таблица 1

Сравнение результатов пробы с нагрузкой и повседневной физической активности (Huskel W.I. et all. 1989)

Толерантность к нагрузке (средний- или ВЭМ)	Повседневная активность	Профессиональные занятия, деятельность	Занятия спортом	Особые условия
НИЗКАЯ <40 Вт (240 кгм/мин) или <3 МЕТ	Работа по хозяйству Легкая работа в саду	Управление автомобилем Сидячая работа	Ходьба Бильярд Рыбалка	3-3,5 км/ч в сопровождении в холодную погоду (возможны приступы стенокардии)
СРЕДНЯЯ 40-85 Вт (240-310 кгм/мин) или 3-6 МЕТ	Домашняя работа Работа с электрическими инструментами Поклейка обоев Подъем тяжестей 7-15 кг	Работа стоя Сантехническая работа Управление механизмами Легкие столярные работы	Велоспорт Стрельба из лука Ходьба Спортивные танцы Бадминтон	10 км/ч по ровной местности 4-6 км/ч медленные 20-30 мин
ВЫСОКАЯ 85-120 Вт (310-720 кгм/мин) или 6-9 МЕТ	Использование газонокосилки Мытье авто Сбор овощей, фруктов Уборка мусора Подъем тяжестей 15-20 кг	Строительные работы Работы с тяжелыми инструментами (отбойный молоток, лом, кувалда) Штукатурные работы	Плавание Конный спорт Бег Велоспорт	в сопровождении, вода >21 °С без преодоления препятствий <10 км/ч 15 км/ч по ровной местности
ОЧЕНЬ ВЫСОКАЯ 120-160 Вт (720-960 кгм/мин) или 9-11 МЕТ	Быстрый подъем по лестнице Тяжелая работа в саду (лопатай, топором, ломом) Танцы в быстром темпе Подъем тяжестей 20-30 кг	Стрижка деревьев Работа на металлургическом заводе Земляные работы	Бег Волейбол Настольный теннис Горные лыжи Велоспорт	>10 км/ч необходима разминка 20 км/ч по ровной местности

Таблица 2

Индивидуальная реабилитационная программа на дому

Ф.И.О. _____

№ медкнижки _____
Дата _____

Возраст _____
Вес _____

М акс. тренировочная нагрузка _____
«Рабочая» ЧСС _____

Удельная мощность _____

Цель:
- максимальное физическое и психологическое восстановление после перенесенного острого или обострения хронического заболевания
- повышение физической работоспособности и психологическая подготовка к новым условиям жизни
- улучшение качества жизни

Таблица 3

Индивидуальная реабилитационная программа на дому

Ф.И.О. _____

№ медкнижки _____
Дата _____

Возраст _____
Вес _____

М акс. тренировочная нагрузка _____
«Рабочая» ЧСС _____

Удельная мощность _____

Вид нагрузок (выполняются в ритмичном режиме - 3 мин, в фоновом - 30 мин)	Начальный темп нагрузок	Дата (сохранения или увеличения темпа)			
Полные приседания в 1 мин Ходьба по лестнице (ступеней в 1 мин) Ходьба по местности (шагов в 1 мин) Бег (шагов в 1 мин)					
Комплекс ЛФК Бытовые нагрузки - домашняя работа - работа с электроинструментом - сантехнические работы - оклейка обоев - легкие столярные работы - танцы - подъем тяжести 7-15 кг - _____ - _____					
М едикamentозная терапия					

Цель: максимальное физическое и психологическое восстановление после перенесенного острого или обострения хронического заболевания

Таблица 4

Индивидуальная реабилитационная программа на дому

Ф.И.О. _____

№ медкнижки _____

Дата _____

Возраст _____

Вес _____

М акс. тренировочная нагрузка _____

«Рабочая» ЧСС _____

Удельная мощность _____

Вид нагрузок (выполняются в интенсивном режиме - 3 мин, в фоновом режиме - 30 мин)	Начальный темп нагрузок	Дата (сохранения или увеличения темпа)				
Полные приседания в 1 мин Ходьба по лестнице (ступеней в 1 мин) Ходьба по местности (шагов в 1 мин) Бег (шагов в 1 мин)						
Комплекс ЛФК						
Бытовые нагрузки - работа по дому - легкая работа в саду - сидячая работа - бильярд - рыбалка - перенос тяжести до 3 кг						
Медикаментозная терапия						

Цель: повышение физической работоспособности и психологическая подготовка к новым условиям жизни.

Важным моментом организации восстановительного лечения являются методы контроля за физическими нагрузками и медикаментозным лечением. Известными и оправдавшими себя являются: самоконтроль и осмотр врача 2-3 раза в месяц. Кроме оценки субъективных данных и объективного физикального обследования могут использовать и современные технологии. На том же персональном компьютере в поликлинике можно составить простейшие программы для оценки гемодинамики малого и большого кругов кровообращения, функционального состояния сердца. Выезжая к больному, необходимо сделать ЭКГ и измерить АД, а в поликлинике ввести во входной документ компьютера фамилию больного и некоторые показатели ЭКГ. Для адекватно-

го назначения медикаментозной терапии - как одного из аспектов реабилитационной программы, важное значение имеет оценка гемодинамики малого круга кровообращения (давление в системе правый желудочек - легочная артерия).

Таблица 5

Индивидуальная реабилитационная программа на дому

Ф.И.О. _____

№ медкнижки _____

Дата _____

Возраст _____

Вес _____

Вид нагрузок Необходимые медицинские и бытовые принадлежности	Первичные назначения	Дата коррекции				
Необходимо приобрести (изготовить) Судино - 1 «Утка» - 2 Трость - 3 Костыли - 4 Эластичная - 5 Стульчак - 6 Пояльник - 7 Приспособления в туалете - 9 в санузле - 10 вазелин - 11 Противоопролежневый матрас - 12 моче- и калоприемники - 13 Другие: _____						
Лечебная гимнастика	Лежачком № 1 упр 1-4					
Бытовые нагрузки 1. Протирание пыли 2. Мытье посуды 3. Самостоятельное одевание 4. Сервировка стола 5. Выход на лоджия 6. Просмотр телевизора 7. Прослушивание музыкальных записей: - седативного характера - тонизирующего характера						
Медикаментозная терапия						

Цель: улучшение качества жизни.

В основу положен простой, но достаточно информативный неинвазивный метод:

- определения систолического давления в легочной артерии по С.А.Душанину [2, 3];
- расчет диастолического давления в легочной артерии по формуле П.В.Ипатова [4];
- среднее давление в легочной артерии по Венлер-Бочеру;
- максимальная скорость давления в правом желудочке по С.А.Душанину [2, 3];

- давление в правом желудочке в момент закрытия клапанов легочной артерии по А.С.Мелентьеву [12].

Врачу необходимо ввести во входной бланк компьютера всего лишь: величину амплитуды зубцов R и S в грудных отведениях; уровень артериального давления; частоту сердечных сокращений [11, 17]. Показатели предлагаемой программы коррелировали с инвазивными методами и эхокардиографией, апробированы на различных группах больных (со стенозом митрального отверстия, хроническим обструктивным бронхитом, ишемической болезнью сердца). Использование программы "Показатели гемодинамики в системе правый желудочек - легочная артерия" [2, 11, 13] дает возможность выявить группу риска развития правожелудочковой недостаточности, своевременно скорректировать медикаментозную терапию и физическую нагрузку. Для оценки переносимости назначенных физических нагрузок (больше для I гр.) на дому целесообразно использовать программу "Реакция сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку" [11, 17]. В ее основу положена оценка врачом изменений АД и ЧСС до и после нагрузки, что и вводится во входной бланк компьютера уже в поликлинике. Математический автоматизированный расчет по известным формулам дает показатели: ударного объема сердца; минутного объема сердца; периферического сопротивления; двойного произведения. Фактические данные сравниваются с должными. Для оценки эффективности лечения больных III группы, которым не назначают физические нагрузки, а используется в основном медикаментозная терапия, предлагается программа "Некоторые показатели функционального состояния миокарда по данным ЭКГ, АД, ЧСС" [11, 13, 15, 17]. После ввода в ЭВМ этих показателей рассчитываются: индекс Макруза; индекс экономичности работы сердца; двойное произведение; работа левого желудочка. Недостатки определения показателей по предлагаемым программам значительно компенсируются возможностью многократного их исследования без применения сложной аппаратуры. И вооружают врача помощи на дому ценнейшими показателями состояния гемодинамики и позволяют контролировать индивидуальные реабилитационные программы.

Комплексное решение проблемы "переноса тяжести" с больничного звена на поликлинику включает и медицинское снабжение. Одной из причин предпочтения лечения в больнице является мнение, что в поликлинике применяют недорогие, малоэффективные лекарства, а в больнице - более эффективные, импортные и дорогостоящие. Необходимо и стационар и поликлинику обеспечить лекарственными средствами, применяемыми на принципах доказательной медицины, которые обеспечивали - бы максимально эффективное лечение. Используя коэффициент "затраты - эффективность", необходимо решать чем обеспечить поликлинических больных, например, при лечении стенокардии - нитроглицерин или мономаком, при лечении недостаточности мозгового кровообращения - пентоксифиллином или стугероном и т.д. Кроме того, некоторые препараты, применяемые в стационарах, наиболее удобно применять в амбулаторных условиях в силу присущих им фармакокинетических и фармакодинамических свойств (изосорбиты - 5-моонитраты, ингибиторы АПФ третьего поколения, пролонгированные диуретики и др.).

Главное - стационар и поликлиника должны работать с одной группой лекарственных средств. Такой же подход необходимо предусматривать и с обеспечением ЛПУ медицинской техникой и аппаратурой.

Выводы

1. Амбулаторно-поликлиническое звено, вооруженное стационарозамещающими технологиями, и объединенное в реорганизованную в единую медицинскую систему региона, способно с меньшими затратами улучшить качество жизни огромной армии пациентов.

2. Наиболее рациональным перераспределением этих средств является внедрение стационарозамещающих технологий на базе поликлинического звена. Методология "переноса" тяжести с больничного звена на поликлинический предусматривает два момента: - расширение возможности поликлиники по оказанию медицинской помощи и "выведение" с больничного звена больных, помощь которым может быть оказана в поликлинике.

3. Стационарозамещающие технологии оправдали себя на практике и приносят значительный экономический эффект.

Внедрение современных программ реабилитации на дому, конечной целью которых является социальная помощь, предоставляет возможность восстановления дееспособности человека как активного члена общества.

4. Медицинский комплекс реабилитационных мероприятий включает медикаментозное лечение, физиотерапевтическое, психологическое воздействие, но основу всей системы реабилитации составляет физический аспект.

Литература

1. Большедворов Р.В. Стационарозамещающие однодневные технологии в анестезиологической службе / Р.В. Большедворов // Проблемы управления здравоохранением. - М., 2010. - № 2. - С. 69-71.

2. Душанин С.А. Гиперфункция правого желудочка: возможности и границы точного определения (сопоставление с центральной гемодинамикой) : автореф. дис. ... д-ра мед наук / С.А. Душанин. - Львов, 1969. - 28 с.

3. Душанин С.А. Неинвазивное определение растяжимости и изометрических индексов сократимости миокарда : методические рекомендации / С.А. Душанин. - Киев, 1983. - 54 с.

4. Ипатов П.В. Изменение легочного кровообращения и кардиодинамики при инфаркте миокарда : автореф. дис. ... канд. мед. наук / П.В. Ипатов. - Л., 1982. - 18 с.

5. Исмаилов М. Ф. Стационарозамещающие формы организации помощи больным в условиях реформирования системы здравоохранения / М.Ф. Исмаилов, А.Я. Назинова // Неврологический вестник. - 2009. - № 4. - С. 61-67.

6. Калининская А.А. Стационарозамещающие формы медицинской помощи: организация и эффективность деятельности / А.А. Калининская, А.Ф. Стукалов, Т.Т. Аликова // Здравоохранение Российской Федерации. - 2008. - № 6. - С. 5-8.

7. Карташов В.Т. Некоторые аспекты формирования системы стандартизации услуг в военно-медицинской службе / В.Т. Карташов // Военно-медицинский журнал. - 1999. - № 5. - С. 23-28.

8. Карташов В.Т. Методические и практические подходы к управлению качеством медицинской помощи в крупном воен-

но-поликлиническом учреждении / В.Т. Карташов // Военно-медицинский журнал. - 2004. - Т. 325, № 4. - С. 15-24.

9. Карташов В.Т. Перспективы совершенствования амбулаторной хирургической помощи в Вооруженных Силах / В.Т. Карташов, А.П. Попов, И.А. Бородин, В.В. Жданович // Военно-медицинский журнал. - 2010. - Т. 331, № 2. - С. 11-18.

10. Клячкин Л.М. Опыт построения индивидуальных программ физических тренировок при реабилитации больных ишемической болезнью сердца в кардиологическом санатории / Л.М. Клячкин, А.Г. Голунова // Кардиология. - 1985. - № 11. - С. 78-82.

11. Лановенко Ю.П. Автоматизированный анализ некоторых функциональных показателей организма при реабилитации больных ишемической болезнью сердца в санатории / Ю.П. Лановенко, В.И. Коржавин, Ю.В. Мандрыкин, Т.А. Несмеянова // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. - 1988. - № 3. - С. 25-28.

12. Любов Е.Б. Стационар на дому как стационарозамещающая форма оказания психиатрической помощи населению / Е.Б. Любов, М.А. Алисханов // Здравоохранение. - 2005. - № 6. - С. 30-36.

13. Мелентьев А.С. Неинвазивный комплексный метод исследования функционального состояния сердца и его применение в изучении ишемической болезни сердца : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.С. Мелентьев. - М., 1979. - 28 с.

14. Сычев В.В. Эффективность различных программ физической реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда / В.В. Сычев, А.Г. Галунова // Военно-медицинский журнал. - 1979. - № 7. - С. 39-41.

15. Сычев В.В. Дозирование физических нагрузок на основе данных велоэргометрии / В.В. Сычев, В.И. Кутюкова, А.Г. Галунова // Военно-мед. журнал. - 1977. - № 6. - С. 34-38.

16. Фармакоэкономический анализ стационарозамещающих технологий // Здравоохранение Российской Федерации. - 2007. - № 3. - С. 20-23.

17. Чурюкин Г.Д. Применение ЭВМ для индивидуального дозирования физических нагрузок при реабилитации больных ишемической болезнью сердца в санатории / Г.Д. Чурюкин, В.И. Петров, Н.И. Шевенина // Вопросы курортол., физиотерап. и ЛФК. - 1988. - № 4. - С. 11-13.

18. Шубин В.А. Дозированная ходьба на лыжах в системе физической реабилитации больных ишемической болезнью сердца / В.А.Шубин, С.А.Нечипорук, Ю.П.Лановенко, М.Е.Комкова // Вопросы курортол., физиотерап. и ЛФК. - 1988. - № 6. - С. 48-50.

Резюме

Попов А.П., Лановенко Ю.П., Лазарева Л.В., Бесполудина Г.В. Некоторые аспекты амбулаторно-поликлинической работы в условиях реформы медико-социальной помощи населению.

Обоснована насущная необходимость реформирования здравоохранения путём переориентации с дорогостоящей стационарной медицинской помощи на амбулаторный этап, при повышении его качества. Утверждается, что амбулаторно-поликлиническое звено, вооруженное стационароразмещающими технологиями, и объединенное в реорганизованную в единую медицинскую систему региона, способно с меньшими затратами улучшить качество большого количества пациентов.

Ключевые слова: амбулаторно-поликлиническая работа, реформа медико-социальной помощи, лечение, медицинская реабилитация.

Резюме

Попов О.П., Лановенко Ю.П., Лазарева Л.В., Бесполудина Г.В. Деякі аспекти амбулаторно-поліклінічної роботи в умовах реформи медико-соціальної допомоги населенню.

Обґрунтована необхідність реформування охорони здоров'я шляхом переорієнтації з дорогої стаціонарної медичної допомоги на амбулаторний етап, при підвищенні його якості. Стверджується, що амбулаторно-поліклінічна ланка, озброєна стаціонаророзамісними технологіями і об'єднана у реорганізовану єдину медичну систему регіону, здатна з меншими витратами поліпшити якість великої кількості пацієнтів.

Ключові слова: амбулаторно-поліклінічна робота, реформа медико-соціальної допомоги, лікування, медична реабілітація.

Summary

Popov A.P., Lanovenko Yu.P., Lazareva L.V., Bespoludina G.V. Some aspects of outpatient- and- polyclinic care in the conditions of reform of the unified health system to the population.

The urgent need for health care reform by a shift from expensive hospital care in the outpatient stage, with increase of its quality. Argues that outpatient- and- polyclinic care, armed replacing inpatient treatment technologies, and united in the reorganized-ing in the unified health system of the region, is able to cost effectively improve the quality of a large number of patients.

Key words: outpatient- and- polyclinic care, reorganized-ing in the unified health system, treatment, medical rehabilitation.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Г.Бурмак

УДК 616.03-22.78.541

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ, ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ОЖИРЕНИЕ И ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

В.Ю. Приходько, И.Р. Микропуло

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика (Киев)

Вступление

Печень выполняет в организме целый ряд функций: участие в пищеварении, защитная (барьерная) функция, регуляция обмена веществ, обеспечение гомеостаза в свертывающей системе, метаболизм экзогенно вводимых веществ. Патологические процессы в печени обязательно отразятся на регуляции гомеостаза в целостном организме, что может иметь внепеченочные проявления и дезориентировать врача. Функции печени нарушаются как при самостоятельных заболеваниях печени (вирусный гепатит), так и при печеночных синдромах (желтуха, холестаз, холемия, портальная гипертензия), ассоциированных с другими внутренними заболеваниями [2, 3, 17, 19, 23].

Воспалительные поражения печени называются гепатитами, первичное изменение обмена веществ гепатоцитов с развитием дистрофии - гепатозами и обменными заболеваниями печени (например, жировой гепатоз или жировая дистрофия печени; гликогеноз), а диффузное разрастание соединительной ткани на фоне дистрофии, некроза паренхимы и перестройки структуры органа - циррозом печени [2, 4, 10, 24]. Последний может быть исходом как воспалительных (гепатиты), так и обменно-дистрофических (гепатозы) поражений печени. В прогрессирование болезней печени выделяют два патогенетических пути: прямое повреждение печени этиологическим фактором (вирусы, химические вещества, нарушение кровотока), проявляющиеся дистрофическими изменениями в ней вплоть до некроза и аутоиммунное повреждение печени вследствие появления ауто-