

Шкала Паранояльности	Pa= 92 высокое		92
Шкала Психастении	Pt= 80 высокое	Увеличение	84
Шкала Шизондности	Se= 89 высокое	Увеличение	92
Шкала Гипомании	Ma= 84 высокое	Уменьшение	78

Тестируемый	XXXX	Афганистан	Итоги
Автоматизированный СМОЛ		Шкала депрессии (D) в автоматизированной экспертной системе комплекса «РОФЭС» 18 вопросов из них :	Шкалы СМОЛ автоматически пересчитанные после введения не совпавших ответов в шкале депрессии
Шкала Лжи	L = 47	Два ответа не совпали	47
Шкала Достоверности	F = 55		55
Шкала Ипохондрии	Hs=50		50
Шкала Депрессии (высокая корреляция с ПТСР для участников боевых действий)	D = 49		49
Шкала Истерии	Hu= 53 среднее	Уменьшение	49 среднее
Шкала Психопатии	Pd= 53	Уменьшение	51
Шкала Паранояльности	Pa= 32		32
Шкала Психастении	Pt= 44	Уменьшение	40
Шкала Шизондности	Se= 48	Уменьшение	44
Шкала Гипомании	Ma= 51	Уменьшение	46

Примечание: параллельно с вышеприведенными данными на каждого тестируемого автоматически получен соматический статус и оценки функционального состояния по основным органам и системам.

В.А. Кондаков (Екатеринбург)

О некоторых проблемах в работе отдела реабилитации госпиталя для ветеранов войн

В последнее время в жизнедеятельности госпиталя все чаще и чаще поднимается вопрос о деятельности отдела реабилитации, о его достижениях и неудачах. Хотелось бы принять посильное участие в обсуждении злободневных проблем работы отдела реабилитации, попытаться раскрыть причины тех неудач, которые постигли коллектив и внести посильную помощь в организацию работы отдела.

Согласно «Положения об отделе реабилитации ветеранов войн П-1-2000 Отд», утвержденным начальником госпиталя С.И.Спектором 30 января 2000 г., разработаны и закреплены общие положения, основные задачи и функции отдела реабилитации, основным положением отдела является «организация работ по реабилитации ветеранов Великой Отечественной войны, ветеранов боевых действий на территории СССР и территориях других государств, во-

еннослужащих, выполнявших задачи в условиях чрезвычайного положения и при вооруженных конфликтах».

Казалось, все просто, четко и ясно, но в действительности далеко не все так гладко, как хотелось бы. Вопросы реабилитации больного человека – далеко не новая проблема и успешно решается во многих крупных лечебно-профилактических учреждениях города (особенно кардиологическая реабилитация). А реабилитация участников боевых действий (УБД) дело абсолютно новое, неизданное, и наш госпиталь был здесь пионером. В разработанном Положении все было предусмотрено, но реальная действительность оказалась намного сложнее. Так, Положением не предусмотрена четкая преемственность работы отдела реабилитации с базовыми отделениями госпиталя, не учитываются сложившаяся экономическая ситуация в здравоохранении, сложности с организацией главных подразделений отдела реабилитации: физиотерапевтического отделения, отделения лечебной физкультуры, отделения лабораторной диагностики, их укомплектование современным оборудованием. В организационном плане не были четко определены этапы интенсивной терапии в базовых отделениях госпиталя, их сроки, путь передачи больного из базового отделения в отдел реабилитации, а в самом отделе не определены сроки реабилитации этих больных. И нередко так получалось, что отдел реабилитации превратился в филиал госпиталя, где дополнительно к основному плану проводят лечение многочисленной группы больных и далеко не участников боевых действий. Нами были поставлены задачи:

1. Проследить за 3 года (2001-2003) роль отдела реабилитации как такового.
2. Выяснить какой процент составляют участники боевых действий (УБД) в отделе реабилитации.
3. Определить на сегодняшнее время основные задачи отдела реабилитации в деятельности госпиталя.

В основу исследования положен анализ статистических годовых и текущих отчетов госпиталя в относительных показателях. Для исследования взяты результаты государственных статистических отчетов с 2001 по 2003 г., то есть когда отдел реабилитации включился в активную работу, имея мощность коечного фонда с 180 коек в 2001 г. до 240 коек в 2003 г., постоянно перевыполняя план по пролеченным больным; включился в работу с фондом обязательного медицинского страхования (Табл. 1).

Таблица 1

Годы	Выполнение плана по пролеченным больным в отделе реабилитации, в %	Выполнение плана по пролеченным больным и оплаченным ТФОМС по отделу реабилитации, в %
2001	105,1	195
2002	103,9	208
2003	111	326

Таким образом, можно сделать вывод, что отдел реабилитации успешно справляется с поставленной задачей по лечению количества больных и постоянно перевыполняет план с фондом обязательного медицинского страхования, что даже пришлось в 2003 г. несколько снизить план по лечению больных через ОМС.

Отдел успешно прошел лицензирование и аккредитацию, и вот здесь то и начинаются сложности в его работе. К этому времени в МЗ РФ была разработана номенклатура коечного фонда, она разрешила многие вопросы по нормализации коечного фонда, их профиля, но не нашлось места для утверждения номенклатуры «отделение реабилитации», а в приказе МЗ РФ № 337 от 27.09.99 г. «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» не нашлось такого наименования как «специалист-реабилитолог». Оставим это на совести чиновников Минздрава России, нам пришлось лицензировать коечный фонд отдела, как психоневрологические койки: с одной стороны, это позволило сохранить для сотрудников отдела реабилитации льготы по зарплате и отпускам (как работникам психоневрологического учреждения), но, с другой стороны, не стимулировало как командование госпиталя, так и руководство отдела реабилитации к развитию реабилитационных технологий, а главное – к осуществлению самого процесса реабилитации. Так, количество больных, переведенных с основной базы госпиталя в отдел реабилитации, снизилось с 7,8% в 2001 г. до 5,2 в 2002 г. и 3% в 2003 г. (в 2,7 раза).

1. Почему же это произошло? И в первую очередь то, что перегруженность основной базы госпиталя заставило командование госпиталя направлять в отдел реабилитации первичных больных, естественно не для реабилитации, а первичного лечения, но не подготовленность лечебно-диагностической базы отдела сказалась на качестве лечения, стала вызывать справедливые нарекания экспертного отдела, но со временем этот процесс стал управляемым, больные стали проходить полное обследование и рекламаций на работу отдела стало значительно меньше, а перевыполняя планы по пролеченным больным, перевыполняя через ТФОМС, отдел реабилитации вообще выглядел передовиком производства.

Почему же заведующие базовыми отделениями госпиталя так мало направляли на реабилитацию пациентов из своих отделений? Причин несколько, одна из которых, пожалуй, самая главная, отсутствие сроков этапа интенсивной терапии в базовом отделении, он не был установлен жестко, ни кем не контролировался, больные, находясь в базовом отделении, решали свои социальные проблемы: зубопротезирование, прохождение МСЭК, получение или подтверждение группы инвалидности. Немаловажным препятствием для направления в отдел реабилитации стал психологический фактор, так как при переводе в отдел реабилитации пациент не попадает в отчет базового отделения, а также теряются его койко-дни, а в отделе реабилитации из-за этого увеличивается средняя длительность пребывания больного, что также не украшает персонал отдела. Что говорит по этому поводу ставшая классикой организации здравоохранения монография группы авторов под редакцией А.Г.Сафонова и Е.А.Логиновой: «Непременным условием эффективности работы больницы (центра) восстановительного лечения являются обоснованный отбор контингента больных и четкая организация их поступления в стационар. Обычно их направляют после полного обследования, уточнения основного и сопутствующего заболеваний и без клинических признаков, свидетельствующих об остром процессе».

Все это отражено в старом приказе № 826 от 06.08.1981 г. МЗ СССР, этим же приказом отражена «продолжительность реабилитации на стационарном этапе для кардиологических больных 28 дней; травматолого-ортопедических – 42; нейрохирургических – 38,2; неврологических – 42,7 и общехирургических – 30 дней». Тогда не знали о МЭСах, о том, что интен-

сивный этап лечения в базовом отделении должен составлять 7-10 дней. А нынешняя ситуация противоречит не только этому приказу, но реальному существованию этому виду лечения, так как процесс интенсивного этапа лечения растягивается до 20 и более дней не по вине лечащего врача, а из-за перегруженности лечебно-диагностического комплекса основной базы, работающего с перегрузкой на оборудовании, у которого истекли все разумные сроки эксплуатации.

Теперь наступил черед основного разговора, а именно лечение и реабилитация контингента, для которого, собственно, и создавался отдел реабилитации: лечение участников боевых действий. Мы к ним отнесли: инвалидов и участников Великой Отечественной войны, воинов интернационалистов, в том числе участников боевых действий на территории республики Афганистан, участников военных конфликтов на территории бывшего СССР и в Чеченской республике. Полученная информация за 3 года оказалась удручающей (Табл. 2):

Таблица 2

Годы	Уровень госпитализации в госпиталь, в %	Уровень госпитализации в отдел реабилитации, в %
2001	15,1	1,4
2002	15,3	1,7
2003	15,6	1,72

По данным таблицы отмечается стабильность в уровне госпитализации участников боевых действий или даже незначительный прирост: по госпиталю в 1,04 раза, а по отделу реабилитации в 1,23 раза, то есть прирост более значительный, чем по госпиталю, но, тем не менее, удельный вес участников боевых действий в 1,72% от общего числа госпитализированных в отдел реабилитации весьма и весьма невелик. В чем причина? Основную массу госпитализированных составили другие, не приписные контингенты, а поэтому этот показатель недостаточно информативен. И мы воспользовались структурным показателем, который определяет соотношение госпитализированных УБД в отдел реабилитации по сравнению с госпиталем. Структурность госпитализации определялась отношением количества пролеченного данного контингента к общему числу больных пролеченных в госпитале (Табл. 3).

Таблица 3

Годы	Удельный вес участников боевых действий, в %	
	в госпитале	в отделе реабилитации
2001	48,76	33,3
2002	47	31,3
2003	43,3	25,01

Таким образом, доступность госпитализации для участников боевых действий в отдел реабилитации снизилась по сравнению с 2001 г. на 8,3%, так как сократилось количество инвалидов и участников Великой Отечественной войны, и их «нишу» заполнили другие контингенты. Однако, с другой стороны, заметно выросло число участников вооруженного конфликта на территории Чеченской республики, но они не заполнили «нишу», освободившуюся от

ИОВ и УОВ, а ее заполнили другие контингенты, а именно «члены семей ИОВ».

Тем самым, отдел реабилитации стал выполнять функцию филиала госпиталя по объективным причинам (не определены сроки этапов подготовки больных для направления и в отдел реабилитации). Снизился процент участников боевых действий в целом по госпиталю, но значительно он снизился в отделе реабилитации, поэтому необходимо пересмотреть порядок направления на реабилитацию и на первичное лечение больных, отдав преимущество участникам боевых действий. На настоящий период по причине недостатка финансирования основной задачей отдела стала госпитализация первичных больных из Западного и Горнозаводского административных округов. Для реабилитации пациентов выделить в отделе реабилитации одно отделение мощностью 60 коек, что составит 21% от всей мощности отдела.

В.А. Меньшикова, В.С. Мякотных (Екатеринбург)

Медико-социальные аспекты офтальмохирургических вмешательств у пожилых и профилактика возможных осложнений

Основной закономерностью изменений структуры населения многих стран мира, в том числе и России, явился выраженный рост числа людей старших возрастов – постарение населения. По прогнозам ученых-геронтологов, к 2010 г. в нашей стране ожидается увеличение в полтора раза числа людей в возрасте старше 75 лет. Известно, что люди пожилого и старческого возраста, испытывают большие трудности в организации своего быта, теряют способность к самообслуживанию. Это касается, прежде всего, одиноких пенсионеров, число которых в России превышает 300 тыс. Постарение населения привело к тому, что люди пожилого и старческого возраста составляют значительную часть пациентов всех категорий [6; 13].

В пожилом возрасте происходит снижение функциональных резервов жизненно важных систем. Прогрессирующие и необратимые нарушения структуры и функций как отдельных клеток и органов, так и организма в целом, обусловленные процессом старения, значительно изменяют компенсаторные и адаптационные возможности организма [7; 9; 10]. У пожилых людей уровень общей заболеваемости в 3-4 раза выше, чем у более молодых. Для пожилых характерна мультиморбидность. В среднем на одного больного приходится от двух до четырех социально и витально значимых заболеваний. Структура заболеваемости и характер выявляемой патологии с возрастом также меняются. Преобладают длительно протекающие хронические дегенеративные заболевания. Первое место принадлежит болезням системы кровообращения. Многие заболевания у пожилых людей протекают, как правило, более тяжело. Одни и те же клинические синдромы могут быть связаны с одновременным воздействием нескольких этиологических факторов. В связи с этим возрастает потребность в организации этому контингенту медицинской и социальной помощи [7; 9; 10; 14].

Актуальными как в социальном, так и в медицинском, психологическом аспектах является нарушение зрительной функции у пожилых, ограничивающие возможности достойного существования, качества жизни. В глазу патологические процессы развиваются часто, приводя к частичной или полной инвалидности по зрению [11]. Решение проблемы снижения зрения у пожилых и