

**Г.М. Белозеров, В.В. Джурко, В.И. Попов, Н.П. Серезенко**  
**К ВОПРОСУ О ЛЧЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ**  
**УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

*Центр восстановительной терапии инвалидов и ветеранов боевых действий «Возрождение», ВГМА им. Н.Н. Бурденко*

Социально-экономические изменения, происходящие в России, вызвали необходимость проведения реформ в здравоохранении. Происходит изменение структуры и финансирования органов управления территориями и учреждений здравоохранения, приватизирована аптечная сеть, внедрено обязательное медицинское страхование, появляются новые типы лечебно-профилактических учреждений, для которых характерен комплексный подход к решаемому кругу проблем. В этих условиях значительная часть управленческих решений реализуется на региональном уровне с последующей детализацией для отдельных территорий и лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), то есть на муниципальном уровне. Все это требует усовершенствования существовавших до настоящего времени форм медицинского и социального обеспечения, ориентированного на поддержку политики и практической работы в области здравоохранения.

Современная ситуация, сложившаяся в медицинских учреждениях в период перехода от бюджетной к бюджетно-страховой и платным формам организации медицинской помощи, характеризуется исключительной сложностью, противоречивостью и динамичностью. Это определяет необходимость изучения многообразных форм механизмов и факторов, способных обеспечить не только «выживание» лечебных учреждений, но и высокую эффективность их деятельности.

Катастрофы, стихийные бедствия, межнациональные и межрегиональные конфликты, рост насилия и т.д., происходящие в России с очевидностью показали, насколько важна помощь людям — участникам и жертвам военных действий, межнациональных конфликтов и катастроф.

В настоящее время проблема оказания помощи широкому контингенту лиц, пострадавших во время боевых действий и других чрезвычайных ситуаций относится к числу наиболее актуальных.

В этой связи одной из актуальных задач является создание эффективной системы межведомственной медицинской и медико-социальной реабилитации участников боевых действий. Обсуждению организационно-методических аспектов создания в Российской Федерации единой межведомственной системы медико-социальной реабилитации участников боевых действий и контртеррористических операций, членов семей погибших военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов было посвящено рабочее совещание начальников госпиталей ветеранов войн, военно-медицинских учреждений различной ведомственной принадлежности, состоявшееся в г. Самаре 27-28 июня 2002. Поскольку диагностика и лечения последствий «боевой травмы» сегодня осуществляются как в госпиталях ветеранов войн, так и в учреждениях общей

лечебной сети, основное внимание на совещании было уделено вопросам медицинской реабилитации участников боевых действий.

В 1989 г. в Российской Федерации были созданы 3 реабилитационных центра (РЦ) для воинов-интернационалистов мощностью около 1000 коек: «Русь» в Московской области, «Байкал» в Иркутской области и «Анапа» в Краснодарском крае, финансируемые из федерального бюджета.

С 1994 г. «Байкал» и «Анапа» перестали функционировать как центры восстановительного лечения. Реабилитационный центр «Русь» был передан Общероссийской общественной организации инвалидов войны в Афганистане. Инвалиды-«афганцы», члены семей погибших проходят в нем медицинскую реабилитацию за счет средств федерального бюджета, выделяемых Министерству труда и социального развития Российской Федерации на санаторно-курортное лечение инвалидов.

Появились серьезные трудности в проведении медицинской реабилитации «воинов-интернационалистов» на местах, поскольку специализированных медицинских учреждений, в которых осуществляется комплексная лечебно-диагностическая, консультативная, медико-социальная помощь, диспансерное наблюдение только этого контингента, в стране единицы. При этом проблема ограниченной доступности медицинской реабилитационной помощи участникам боевых действий не только в малом числе специализированных центров, но и в отсутствии четкой системы межведомственного взаимодействия и преемственности в решении этих вопросов.

Лечебно-профилактические учреждения гг. Санкт-Петербурга и Москвы, Волгоградской, Нижегородской, Омской, Ростовской, Рязанской и других областей работают как единая система поэтапной медицинской реабилитации, включающей все организационные звенья оказания медицинской помощи (поликлиника, стационар, учреждения восстановительного и санаторно-курортного лечения). Во многих случаях эта система функционирует как межведомственная и включает в себя структурные подразделения социальной защиты, службы занятости и пр.

Во исполнение положений федеральной целевой программы «Реабилитация и социальная защита участников боевых действий и контртеррористических операций, лиц, пострадавших при исполнении военной службы (служебных обязанностей) на 2004—2010 гг.», в рамках «Плана научно-практических мероприятий Минздрава России» по реализации «Перечня мероприятий», проводимых Российским организационным комитетом «Победа», письма Минздрава Российской Федерации от 4 ноября 2000 г. N 2510/12124-32 «О проведении углубленной диспансеризации участников боевых и контртеррористических действий, пострадавших вследствие ранений, травм, боевого стресса», Решения о Межгосударственной комплексной программе реабилитации ветеранов войн, участников локальных конфликтов и жертв терроризма на 2001-2005 годы от 31 мая 2001 г. более чем в 50 городах России начато создание Центров реабилитации [1-3]. При этом основным звеном данной системы, как

правило, являются госпитали ветеранов войн и военных конфликтов. Создаваемые в их структуре центры или обособленные подразделения медицинской реабилитации нуждаются не только в переоснащении определенным медицинским оборудованием с учетом изменения структуры заболеваемости и инвалидности среди более молодых контингентов, но и во внедрении новых лечебных и реабилитационных методик, переподготовке кадров.

Часть предстоящих задач (прежде всего по созданию инфраструктуры) может быть решена путем разработки и реализации соответствующей федеральной целевой программы. Другая часть задач обеспечения текущей деятельности такой межведомственной структуры может быть решена только при определении целевого источника текущего финансирования.

Одним из целевых источников финансирования медицинской и медико-психологической реабилитации военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов, получивших «боевую травму», в том числе посттравматические стрессовые расстройства, могут быть средства дополнительного государственного медицинского страхования, охватывающего только контингенты, направляемые в «горячие» точки.

Аккумуляция этих средств в государственном медицинском страховом фонде или соответствующей военно-страховой медицинской компании (единых для всех «силовых» структур или в каждой из них), обеспечение такими страховыми полисами участников боевых действий позволит им получать необходимые реабилитационные мероприятия в медицинских организациях и учреждениях, независимо от их ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы. Возможным механизмом оптимизации функционирования межведомственной системы реабилитации и эффективного управления ею было бы создание координационных советов при органах исполнительной власти на местах, в которые входили бы руководители территориальных органов управления здравоохранением, социальной защиты, фондов обязательного медицинского и социального страхования, службы занятости, образования, а также «силовых» министерств и ведомств, общественных организаций ветеранов и пр.

Создание аналогичных координирующих органов в федеральных округах и на федеральном уровне, которым были бы подотчетны по этим вопросам уполномоченные военно-страховые медицинские компании и фонды, позволило бы сделать систему государственных гарантий охраны и восстановления здоровья военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов действительно эффективной.

Послевоенная реабилитация участников войн не может происходить сама собой с течением времени, на что указывают данные медицинских и социологических исследований: более 35% ветеранов афганской войны имеют серьезные психологические проблемы и не могут адаптироваться в гражданском обществе [4-6].

Проблема становится особенно актуальной, учитывая острую потребность в специальных мероприятиях психологической помощи и реабилитации

лицам, участвовавшим в ходе восстановления конституционного порядка в Чеченской Республике.

По оценкам отечественных специалистов, в квалифицированной психологической помощи нуждается от 40 до 80 % военнослужащих, выполнявших боевые задачи по разоружению бандформирований. До 25 % процентов личного состава, выведенного из зоны боевых действий нуждается в целом комплексе реабилитационных мероприятий с целью предупреждения постстрессовых реакций (по типу «вьетнамского» и «афганского» синдромов), что обусловлено следующими факторами:

- часто наблюдаемая тяжелая травматическая патология, вследствие огнестрельных ранений и минно-взрывных травм;
- широкое распространение сочетанной травмы;
- более тяжелое течение соматических и инфекционных заболеваний;
- высокий процент инвалидизации;
- почти 100-процентная нуждаемость в социально-психологической адаптации вследствие психотравмирующего действия боевой обстановки;
- преимущественно молодой и трудоспособный возраст.

Создание государственной системы комплексной реабилитации военнослужащих — участников боевых действий и других чрезвычайных ситуаций, означает, прежде всего, что граждане, получившие ранения, травмы, увечья, пережившие сильный психологический стресс, имеющие посттравматические проявления, заслужившие ряд социальных прав и льгот, члены их семей и ближайшие родственники погибших не будут оставлены один на один со своей бедой.

Однако данные Центры, как правило, формируются на базе действующих госпиталей, что привносит определенные ограничения как на спектр оказываемой помощи, так и на круг лиц, попадающих в сферу их внимания.

Таким образом, возникла необходимость установления стабильной и эффективной системы оказания медицинской, социальной и психологической помощи гражданам, участвовавшим в боевых действиях, ликвидировавшим последствия аварий, катастроф, что и обуславливает потребность создания Центра оказания медицинской и социально-психологической помощи в г. Воронеже нового типа.

В современной жизни многих стран, в том числе и России, военнослужащие, особенно принимающие участие в локальных конфликтах внутри своих стран и в военных действиях за рубежом, занимают особое место в группе лиц с повышенным риском развития психогенных нарушений. Посттравматические стрессовые нарушения впервые были описаны в США после вьетнамской войны. Во все времена воинская служба сопровождалась комплексом достаточно специфических психотравмирующих воздействий. Армейский быт с различными его издержками, сужение «степени свободы» из-за необходимости «жить по приказу», тревожная напряженность и страх смерти во время войны, зачастую неясность личных перспектив и ряд многих других в значительной мере неизбежных психотравмирующих факторов вполне закономерно

вливают на состояние любого военнослужащего. В противовес этому на протяжении столетий сформировался комплекс социальных эмоционально-позитивных для военнослужащего факторов, активно поддерживаемых обществом. Воин — защитник очага, семьи, Родины. Его оружие предназначено для освободительной миссии, охраны жизни, справедливости, свободы. Осознание высокой цели воинской службы, ее героизация позволяли солдатам преодолевать многие сложности. При этом отношение общества к своим защитникам формировало у них чувство гордости за выбранный жизненный путь и уверенность в своей социальной значимости. При всех так называемых «непопулярных» в обществе войнах, как свидетельствуют научные данные, в армиях разных стран мира возрастало число психических расстройств. Необходимо отметить, что в литературе психогенные расстройства военного времени рассматриваются отдельно: у участников военных действий и у населения.

С изложенных позиций, ситуация, сложившаяся в последние годы в Российской Армии, стала предпосылкой для развития определенных психических расстройств, мотивированных условиями воинской службы. Во время локальных войн они дополняются важнейшими для современного воюющего офицера и солдата личными и вместе с тем социально-общественными «рассуждениями» о целях и методах войны и ее последствиях. Военными медиками все чаще используются такие нетрадиционные, но отражающие клиническую реальность, терминологические обозначения, как «боевое утомление», психологические стрессовые реакции, аффективные расстройства. А также «вьетнамский», «афганский», «чеченский» синдромы и другие. У 15-20% военнослужащих, принимавших участие в войне в Афганистане, в военных действиях в Карабахе, Абхазии, Таджикистане, Чечне, по данным главного психиатра Министерства Обороны РФ В.В. Нечипоренко (1995), имеются «хронические посттравматические состояния», вызванные стрессом. До 12% участников боевых действий хотели бы посвятить свою жизнь в любой воюющей армии. У этих людей выработались свои извращенные взгляды на запрет убийства, грабеж, насилие. Они пополняют не только ряды воинов в разных странах мира, но и криминальные структуры. В наибольшей мере это относится к участникам локальных войн, и, прежде всего в Афганистане и Чечне. Специалисты эти войны называют «эпидемией аморальности» (М.М. Решетников), ведущей к девальвации идеи освободительной миссии армии, к криминализации и психопатизации многих военнослужащих [7-9].

Анализ поведения солдат и офицеров, в том числе в Афганистане и Чечне, позволяет обратить внимание на то, что «наряду с реальным героизмом, взаимовыручкой, боевым братством и другой относительной позитивной атрибутикой войны, грабежи и убийства (как исход «разборок» среди своих), средневековые пытки и жестокость к пленным, извращенное сексуальное насилие в отношении населения (особенно на чужой территории), вооруженный разбой и мародерство составляют неотъемлемую часть любой войны и относятся не к единичным, а к типичным явлениям для любой из воюющих армий, как только ступают на землю противника. Неизбежность возмездия за содеянное осознается обычно не сразу, но по прошествии определенного времени в отличие от

публично провозглашаемых героических воспоминаний, постоянное чувство тревоги и вины за содеянное приводит к деформации личности, она «молчаливо проецируется на все межличностные отношения, составляя часть эмоционального поля, а иногда и весь эмоциональный фон».

Одним из типов новых учреждений, круг задач которых находится на стыке социальных и медицинских проблем, являются Центры реабилитации, выполняющие задачи по удовлетворению потребностей указанного выше контингента в разнообразных видах помощи. При существующей неоднородности организационной структуры, материально-технической базы, финансового обеспечения рациональная организация Центров реабилитации муниципального уровня позволяет эффективно использовать существующий потенциал лечебных учреждений при минимизации затрат на образование новых структурных подразделений.

Недостаточно теоретически проработанным звеном является взаимосвязь систем восстановительных Центров и структуры управления многопрофильных лечебных учреждений. В свою очередь, совершенствование структур управления не только позволяет решить важные организационные задачи, но и во многом является условием внедрения современных технологий и повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи. Также очевидна необходимость системного и комплексного подхода на этапе создания, а в дальнейшем — и к управлению муниципальными реабилитационными центрами на основе учета влияния всех «структурных компонентов» в широком смысле этого слова на качество и результативность медицинской деятельности.

К основным недостаткам разработок и внедрением медицинских технологий можно отнести несовершенство применяемых приемов и методов в лечебно-диагностических процессах, обеспечивающих результативность лечения, а также отсутствие методических рекомендаций по совершенствованию структур управления на основе высоких медицинских технологий.

В последнее время проблема оценки качества медицинской помощи приобрела особую актуальность. Удовлетворение потребности населения в высококачественной медицинской помощи, информационное обеспечение различных уровней управления по вопросам деятельности лечебно-профилактических учреждений и их подразделений, а также оценка и оплата труда медицинских работников требуют создания действенных механизмов оценки качества и эффективности медицинской помощи, внедрения их в практику здравоохранения. Актуальность этой проблемы особенно возрастает в условиях медицинского страхования, что во многом обусловлено появлением правовой основы для контроля и оценки качества и эффективности медицинской помощи.

К сожалению, единые подходы к оценке качества медицинской деятельности в настоящее время отсутствуют.

При оценке деятельности медицинских учреждений используются показатели, относящиеся как к качеству, так и к эффективности медицинской по-

мощи лечебно-диагностического процесса. Эффективность медицинской помощи отражает степень достижения конкретных конечных результатов при определенных временных, трудовых и материальных затратах. Качество медицинской помощи отражает степень соответствия проводимого комплекса мероприятий медицинским стандартам или правилам выполнения тех или иных технологий, направленных на обеспечение результативности лечения. В зависимости от материально-технической оснащенности, уровня профессиональной подготовки, структуры Центра, могут меняться задачи и конечные результаты деятельности лечебно-профилактических подразделений, но качество их работы при прочих неравных условиях должно быть одинаково высоким. Отсюда возникает задача оптимизации структуры многопрофильного реабилитационного Центра, организация рационального приема больных, что требует сбалансированности в деятельности управленческих, клинических, параклинических служб и применения компьютерных технологий. Наряду с оптимальным сочетанием структурных компонентов важным моментом в деятельности РЦ и повышения качества медицинской помощи является использование прогрессивных методик в клинических отделениях, применение высоких медицинских технологий, базирующихся на комплексном использовании вычислительной техники, современного инструментального обеспечения и эффективных методик диагностики и лечения.

Таким образом, актуальность работы с участниками боевых действий в рамках многопрофильного Центра восстановительной терапии и необходимости применения комплексного подхода к рациональному управлению таким учреждением как на уровне его организационной структуры и оптимального регулирования потоком больных, так и на уровне использования высоких медицинских технологий в клинических и параклинических отделениях не вызывает сомнений.

Все вышеизложенное обусловило необходимость создание в г. Воронеже Центра восстановительной терапии инвалидов и ветеранов боевых действий «Возрождение». Основными целями Центра являются:

- Оказание квалифицированной медицинской, психологической, реабилитационной и социальной помощи с использованием специально созданной медицинской базы: мобильные диагностические и лечебные врачебные бригады для обслуживания на дому, консультативные, диагностические кабинеты, дневной стационар.
- Создание единой объединенной информационной системы учета и контроля оказания всех видов необходимой помощи участникам боевых действий и контртеррористических операций, приравненных к ним лиц, а так же членов их семей.
- Медико-психологическая поддержка пациентов, которая заключается в формировании определенных жизненных установок и обучении методам преодоления конфликтно-стрессовых ситуаций.

- Формирование навыков здорового образа жизни и тренировка этих навыков в реальных ситуациях самообслуживания, коммуникации, взаимодействия, трудовой и досуговой деятельности.
- Стабилизация профессиональных отношений пациентов в рамках имеющейся гражданской специальности, обучение (переучивание) новой профессии.
- Помощь в вопросах оформления необходимых документов и решения проблем с жильем, трудоустройством, правовым статусом и т.п.
- Помощь в формировании здоровой микросреды пациента, включая деятельность по оздоровлению семейного климата и адекватной терапевтической атмосферы, способствующей вовлечению членов семьи в реабилитационные программы.
- Поддержание связи с прошедшими реабилитацию пациентами в целях профилактики и своевременного вмешательства в кризисных ситуациях, а также в целях привлечения их к работе в реабилитационных программах в центре.
- Взаимодействие с организациями, учреждениями и службами города (района, области) по оказанию комплексной социальной поддержки пациентов по вопросам трудоустройства, обеспечения жильем, восстановления дееспособности, получения пособий и т.п.
- Информирование общественности о работе реабилитационного центра с целью привлечения пациентов, специалистов, общественных организаций и населения к участию в реабилитационных программах.
- Создание собственной базы санаторно-курортного лечения и проведение его при наличии показаний.
- Оказание помощи по протезированию в случае необходимости.

Для достижения поставленных целей планируется в тесном взаимодействии с Администрацией Воронежской области и г. Воронежа, областными и городскими учреждениями здравоохранения, ветеранскими и общественными организациями, Воронежской государственной медицинской академией им. Н.Н. Бурденко предпринять ряд организационных мероприятий в следующих направлениях: рациональное использование имеющегося коечного фонда стационаров г. Воронежа, путем аренды; создание системы мониторинга и диспансерного наблюдения, базирующихся на данных собственного информационно-аналитического отдела, работающего в тесной связи с лечебно-профилактическими учреждениями всех уровней региона; создание в перспективе консультативно-диагностического отдела (подразделения мобильной медицинской и диагностической помощи на дому, что является одной из приоритетных задач работы Центра, дневной стационар); развитие собственного санаторно-курортного комплекса; организация системы дополнительного образования, включая системы дистанционного обучения с применением современных информационных технологий (сети Интернет), сотрудничество с существующими центрами дистанционного профессионального образования; в