

**КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени Б. Н. ЕЛЬЦИНА**

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
имени И. К. АХУНБАЕВА**

Диссертационный совет Д 14.21.636

На правах рукописи
УДК 614.2:615.838 (575.2)

БУЛАРКИЕВА ЭЛИЗА АЛЫМКУЛОВНА

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ И ЛЕЧЕБНО-
ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
И ПУТИ ИХ ОПТИМИЗАЦИИ**

14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Бишкек 2022

Работа выполнена в Кыргызском научно-исследовательском институте курортологии и восстановительного лечения при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики

Научный консультант: **Сагымбаев Марат Акимович**
доктор медицинских наук, профессор,
академик НАН КР, заслуженный
изобретатель КР

Официальные оппоненты: **Тилеков Эрнис Абдышевич**
доктор медицинских наук, профессор, заведующий
отделением хирургии печени и портальной
гипертензии Национального хирургического
центра им. М. М. Мамакеева

Айдаралиев Арсен Асылбекович
доктор медицинских наук, профессор,
Президент Международного университета
Кыргызстана

Ластовецкий Генрих Альбертович
доктор медицинских наук, профессор
кафедры организации общественного здоровья и
здравоохранения и общественного здоровья,
медицинского страхования и государственного
контроля в сфере здравоохранения ФГБУ ДПО
«Центральная медицинская академия» управления
делами Президента Российской Федерации

Ведущая организация: Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего образования Первый Московский
государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Министерства
здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет). (119991,
г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2)

Защита диссертации состоится 13 января 2023 г. в 13.00 часов на заседании
диссертационного совета по защите диссертации на соискание ученой степени
доктора (кандидата) медицинских наук Д 14.21.636 при Кыргызско-Российском
Славянском университете им. Б. Н. Ельцина и Кыргызской государственной
медицинской академии им. И. К. Ахунбаева по адресу: 720020, г. Бишкек, ул.
Ахунбаева, 92, конференц-зал. Ссылка к видеоконференции:

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызско-Российского
Славянского университета им. Б. Н. Ельцина (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44),
Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020,
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92) и на сайте <http://vak.kg>

Автореферат разослан «12» декабря 2022 года.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент



О. А. Болбачан

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. В настоящее время в реабилитационных услугах нуждаются 2,4 млрд. человек в мире [Е. И. Аксенова и др., 2020; ВОЗ, 2017].

В условиях интенсивного развития медицинской науки, совершенствования диагностики и оказания специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, стабильно высоким остается процент инвалидности населения. Для снижения длительности нетрудоспособности, инвалидности и социальной дезадаптации, необходимо развитие системы оказания помощи по медицинской реабилитации [А. А. Королев и др., 2014; Л. В. Руголь и др., 2020].

Медицинская реабилитация в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях снижает в 2-5 раз число обострений хронических заболеваний и в 2-3 раза временную и стойкую потерю трудоспособности. Такая высокая медицинская и экономическая эффективность санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных мероприятий обуславливает востребованность реализации целевых программ и современных реабилитационных технологий в здравоохранении. Санаторно-курортное и лечебно-оздоровительное лечение вносит существенный вклад в решение основных задач здравоохранения по снижению заболеваемости и преждевременной смертности, профилактике болезней, сохранению и укреплению здоровья населения, медико-социальной реабилитации больных и инвалидов [А. Н. Разумов, 2016; С. Л. Мозокина, 2015].

В Кыргызстане начавшийся процесс приватизации санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений изменил форму собственности более половины государственных, ведомственных и принадлежащих общественным организациям здравниц. В 2021 году доля государственной собственности в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях составляла 49,6% [Статкомитет Кыргызской Республики, 2021].

Медицинская реабилитация в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики относится к лицензируемой медицинской деятельности и предусматривают выполнение услуг по всем профилям медицинской помощи, предусматривая предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов, либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

В связи с этим, считаем актуальным научное обоснование медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях

Кыргызской Республики и ее оптимизацию на примере Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Работа выполнена в соответствии с комплексным планом Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения 2013-2021 годы. Тема входит в НИР: «Оценка и совершенствование медицинских услуг в условиях специализированного стационара Кыргызской Республики» под задачей научное обоснование проведения реабилитации в области санаторно-курортных учреждений и внедрение современных реабилитационных технологий в курортологии (на примере Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения).

Цель исследования: научное обоснование и оптимизация путей совершенствования медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики на примере Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения.

Задачи исследования:

1. Изучить историю становления и развития медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики.

2. Провести анализ коечного фонда по реабилитационным учреждениям и обращаемости пациентов в Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения Кыргызской Республики.

3. Оценить кадровый потенциал и качество медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики.

4. Оценить клиническую, экономическую, социальную эффективность медицинской реабилитации пациентов с коронарной болезнью сердца, деформирующим остеоартрозом, хронический обструктивной болезнью легких на этапе медицинской реабилитации.

5. Провести анализ деятельности санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений на основе SWOT-анализа по удовлетворенности потребности населения в реабилитационных мероприятиях, восстановительном лечении и в профилактике обострений хронических заболеваний.

6. Научно обосновать пути оптимизации медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики.

Научная новизна полученных результатов.

1. Впервые проведен анализ этапов развития санаторно-курортного дела и определена медико-социальная значимость медицинской реабилитации в Кыргызской Республике. Достоверное большинство санаторно-курортных учреждений и учреждений отдыха являются сезонными и с частной формой собственности.

2. Установлены колебания удельного веса выполнения работы коечного фонда реабилитационными учреждениями по годам, при этом отмечается резкое снижение в 2020-2021 годы, что связано с пандемией коронавируса в Кыргызской Республике. Выявленная тенденция высокой обращаемости в Кыргызского НИИ курортологии и восстановительного лечения пациентов с болезнями костно-мышечной системы, органов кровообращения, органов дыхания обусловило необходимость разработки специальной программы реабилитации по данным классам болезней.

3. Впервые установлена преобладающая тенденция снижения числа врачей-реабилитологов в государственных и увеличения в частных учреждениях медицинской реабилитации. Оценка качества медицинской реабилитации показала высокую удовлетворенность пациентов медицинской реабилитацией.

4. Внедренные и апробированные специальные программы по медицинской реабилитации пациентов с коронарной болезнью сердца, деформирующим остеоартрозом, хронической обструктивной болезнью легких показали высокую эффективность.

5. Методом SWOT-анализа определены сильные и слабые стороны организации, возможности и риски в деятельности Кыргызского НИИ курортологии и восстановительного лечения, позволившие оценить конкурентную способность, эффективность профилактических и лечебных технологий, кадровое обеспечение.

6. Разработанные пути оптимизации медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики направлены на восстановительное лечение и профилактику обострения хронических заболеваний.

Практическая значимость полученных результатов.

Определены и внедрены новые критерии качества и эффективности медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях здравоохранения Кыргызской Республики. Разработаны и внедрены практические рекомендации по оптимизации качества и эффективности медицинской реабилитации в санаторно-курортные и лечебно-оздоровительные учреждения здравоохранения Кыргызской Республики. Внедрение полученных результатов в практику здравоохранения

позволило улучшить качество и эффективность медицинской реабилитации в Кыргызском НИИ курортологии и восстановительного лечения что будет способствовать снижению обострений хронических заболеваний, инвалидности, смертности, а также улучшению качества жизни населения. Внедрение полученных результатов в практику санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений Кыргызской Республики позволит улучшить медицинскую реабилитацию.

Результаты исследования использованы при разработке практических рекомендаций, клинических руководств, и протоколов для деятельности санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений Кыргызской Республики.

Разработаны реабилитационные программы по медицинской реабилитации с наиболее значимыми нозологиями населения, по анализу обращаемости больных в санаторно-курортные и лечебно-оздоровительные учреждения для практической деятельности в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики.

Экономическая значимость полученных результатов. Внедрение практических рекомендаций позволило улучшить качество и эффективность медицинской реабилитации (медицинская, социальная, экономическая) в Кыргызском НИИ курортологии и восстановительного лечения, что отражается в улучшении прогноза жизни, качества жизни, улучшение кадрового потенциала, снижении финансовых расходов на лечение и восстановления пациентов. Экономическая эффективности выражается в укорочении койки дней и необходимости кратности медицинской реабилитации больных с хроническими заболеваниями в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Показаны исторические этапы развития санаторно-курортного и лечебно-оздоровительного дела и принципы организации медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики.

2. Анализ эффективности использования коечного фонда в Кыргызском НИИ курортологии и восстановительного лечения показал снижение в 2021 году выполнения койко-дней, среднегодовой занятости койки и выявленная неустойчивость удельного веса выполнения работы коечного фонда по годам в учреждениях реабилитационного профиля диктуют необходимость ее оптимизации. При этом, по Кыргызской Республике в динамике наблюдается положительный прирост числа зарегистрированных санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений по медицинской реабилитации во все годы.

3. Выявлена тенденция снижения числа врачей-реабилитологов в санаторно-курортных учреждениях и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики в 1,3 раза. Пациенты в большинстве случаев удовлетворены медицинской реабилитацией в Кыргызском НИИ курортологии и восстановительного лечения и отмечается улучшение всех критериев качества жизни вследствие реабилитации.

4. Отмечается высокая клиническая, социальная и экономическая эффективность медицинской реабилитации по специальным реабилитационным программам при коронарной болезни сердца, деформирующем остеоартрозе, хронической обструктивной болезни легких.

5. В оценке качества оказания реабилитационных услуг и достижения положительного экономического эффекта особое значение приобретает SWOT-анализ эффективности функционирования реабилитационных учреждений для принятия управленческих решений по обеспечению их устойчивого развития.

6. Оптимизация медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики повышает эффективность проведенного лечения и позволяет достичь цели реабилитации.

Личный вклад соискателя. Автор лично проводила оценку качества и эффективности медицинской реабилитации, анализ и обобщение деятельности санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений Кыргызской Республики. Автором разработана и предложена методология клинической апробации и оценки результатов внедрения клинических рекомендаций по реабилитационной медицине. Проведен комплексный анализ (количественный, качественный и структурный) деятельности санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений Кыргызской Республики. Автором лично сформированы этапы исследования, проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, составлена программа сбора и обработки материала, составлена электронная база данных полученных результатов и проведена их статистическая обработка, интерпретация и обсуждение полученных результатов, формулировка положений, выносимых на защиту, выводов и практических рекомендаций.

Апробация результатов диссертационной работы. Основные положения работы доложены и обсуждены в виде научных докладов на: юбилейной конференции по реабилитационной медицине Кыргызского НИИ курортологии и восстановительного лечения «Актуальные вопросы медицинской реабилитации и курортологии» (Бишкек, 2017), I Евро-Азиатском Конгрессе IPCRG «Инновации и новые технологии в респираторной медицине» (Бишкек, 2018), Международном конгрессе 72-й Генеральной Ассамблеи и

Международном Конгрессе Мировой Федерации Климатологии и Водолечения «Термализм и общество в период перемен» (Халкидики, 2019), Всероссийском Форуме Здравница «Стратегическое значение курортов России в сохранении и восстановлении здоровья населения» (Москва, 2021), Круглом столе Ассоциации Курортов Кыргызстана «Перспективы развития санаторно-курортных комплексов в Кыргызской Республике» (Чолпон-Ата, 2021), VI Сибирском международном форуме по оздоровительному и медицинскому туризму (Белокуриха, 2021), V научно-практической конференции «Разумовские чтения» (город – курорт Белокуриха, 2021).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По материалам диссертации опубликовано 20 печатных работ, из них 2 статьи, индексируемые в базе данных Scopus, 1 монография, 1 юбилейная книга, 5 методические рекомендации.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 240 страницах, состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования, 7 глав собственных исследований, выводов, практических рекомендаций, приложения. Диссертация иллюстрирована 61 таблицами, 17 рисунками. Библиографический указатель включает 113 источников, в том числе 90 иностранных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении диссертации обоснована актуальность темы исследования и необходимость его проведения, представлены цель, задачи, изложены научная новизна. Практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

Глава 1 «Медицинская реабилитация как отрасль здравоохранения в рамках концепции современной медицины (обзор литературы)». Дан аналитический обзор публикаций по современному состоянию вопроса медицинской реабилитации в санаторно-курортных (СК) и лечебно-оздоровительных учреждениях (ЛОУ) Кыргызской Республики (КР). С учетом проведенного обзора специальной литературы обосновываются актуальность научного исследования по теме диссертационной работы.

Глава 2. Материал и методы исследования. В соответствии с целью и задачами разработаны план и программа проведения исследования.

Объектом исследования явились санаторно-курортные и лечебно-оздоровительные учреждения Кыргызской Республики.

Предмет исследования: заболеваемость населения, инвалидность населения, качество и эффективность медицинской реабилитации, реабилитационная помощь, показатели финансовой деятельности.

План и программа исследования представлена таблице 2.1.

Таблица 2.1 - План и программа исследования

№ пп	Задача исследования	Объект, предмет исследования	Метод исследования
1.	Анализ развития и становления реабилитационной службы в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики	Объект исследования: реабилитационная служба. Предмет исследования: развитие и становление реабилитационной службы. Материал исследования: нормативно-правовые акты и литературные источники по вопросам медреабилитации, архивные документы Центрального Гос. архива.	Аналитический, Исторический.
2.	Анализ организации лечебно-профилактической помощи пациентам и определение медико-социальной значимости медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики	Объект исследования: пациенты и СК и ЛОУ КР. Предмет исследования: виды и типы СК и ЛОУ КР, динамика инвалидности, обращаемость населения за медреабилитацией, факторы риска, коечный фонд. Материал исследования: 9 СК и ЛОУ КР, данные официальных форм статотчетности № 7 (инвалидность) и форм №7Д (детская инвалидность), пациенты на реабилитационном лечении (1500 пациентов группы наблюдения и 1395 пациентов группы сравнения).	Ретроспективный. Статистический. Аналитический.
3.	Оценка качества и эффективности медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики.	Объект исследования - пациенты и СК и ЛОУ КР. Предмет исследования: эффективность медицинской реабилитации пациентов (КБС, ДОА крупных суставов, ХОБЛ, оценка одышки у пациентов с ХОБЛ, качество лечебно-диагностических услуг на основе экспертной оценки историй болезни, мнение врачей-реабилитологов о лечебно-оздоровительных мероприятиях, мнение пациентов об отношении врачей и медицинских сестер, удовлетворенность пациентов медреабилитацией, качество жизни, показатели финансовой деятельности: финансирование заработной платы, медикаментов, питания; экономические расчеты по расходам на питание и медикаменты; поступления финансовых средств по спецсчету, платным услугам; динамика материальных оборотных средств; стоимость материальных оборотных средств. Материал исследования: медицинская карта стационарного больного форма №003/У пациентов с КБС, ДОА крупных суставов, ХОБЛ (основная группа по 500 пациентов, контрольная группа по 465 пациентов), модифицированная шкала одышки (n=323 до и n=101 после реабилитации), анкета по изучению мнения врачей-реабилитологов (n=180), анкета по изучению мнения пациентов об отношении врачей и медицинских сестер (n=500), анкета по изучению удовлетворенности пациентов медицинской реабилитацией (n=500), опросник MOS SF-36 для оценки качества жизни (n=500).	Статистический. Аналитический. Анкетирование. Экспертная оценка.
4.	Разработка путей оптимизации медреабилитации в СК и ЛОУ КР.	Объект исследования: СК и ЛОУ Кыргызской Республики. Предмет исследования: эффективность медицинской реабилитации.	Статистический. Аналитический. SWOT– анализ.

Примечание – СК и ЛОУ - санаторно-курортные и лечебно-оздоровительные учреждения – СК и ЛОУ.

В исследование вошли следующие СК и ЛОУ КР: КНИИКиВЛ; Южный региональный центр медицинской реабилитации «Кочкор-Ата»; Чуйский областной специализированный центр медицинской реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями «Максат»; Джалал-Абадский областной детский центр медицинской реабилитации «Бакыт»; Ошский городской детский центр восстановительного лечения; Базар-Коргонский межрайонный детский центр медицинской реабилитации; Детский психоневрологический санаторий «Родничок»; Ак-Суйское специализированное детское отделение реабилитационного лечения; Кочкорский спелео центр медицинской реабилитации.

Единицами наблюдения явились пациенты, госпитализированные в стационар КНИИКиВЛ для реабилитационного лечения. В период с 2015 по 2021 годы получили реабилитационное лечение 3716 пациентов с коронарной болезнью сердца (КБС), 1091 пациент с деформирующим остеоартрозом (ДОА) и 2715 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Из них выбрано по 500 пациентов каждой нозологии в качестве основной группы наблюдения и по 465 пациентов в качестве контрольной группы сравнения. Пациенты основной группы наблюдения получали реабилитационное лечение по специально разработанной программе для каждого заболевания. Пациенты контрольной группы сравнения получали реабилитационное лечение по стандартной программе.

Методы исследования: аналитический, исторический, метод экспертных оценок, ретроспективный, статистический, анкетирование, SWOT- анализ. Для определения репрезентативности объема выборки медицинских карт, числа анкет применялся метод основного массива, при этом объем числа наблюдений определялся по общепринятой методике с неизвестным числом генеральной совокупности, которая составила по медицинским картам – 625 единиц, по анкетам – 625 единиц.

В исследовании объем выборки медицинских карт (n) составил 1500 единиц в основной группе наблюдения, 1395 единиц в контрольной группе сравнения, анкета по изучению мнения пациентов об отношении врачей и медицинских сестер - 500, анкета по изучению удовлетворенностью деятельности КНИИКиВЛ – 500, стандартный опросник MOS SF-36 по оценке качества жизни - 500. В целом по материалам исследования число наблюдений - 4395, то есть превышает объем выборки.

При обработке материалов исследования производилось вычисление показателей относительной величины. Достоверность различий между группами определяли с помощью параметрического критерия Стьюдента, ошибки репрезентативности ($\pm m$), вычисление «р» - критерия достоверности безошибочного прогноза. В работе применялся метод вычисления

динамических рядов. Наличие корреляционной взаимосвязи сравниваемых показателей определялось путем вычисления коэффициента корреляции « r_{xy} », вычислялся коэффициент детерминации (R, %). Весь объем информации обработан на персональном компьютере с использованием программы приложения Microsoft- Statistica 6,0 и программы Microsoft Excel.

Глава 3 «История становления и организация медицинской реабилитации». Обобщены и освещены основные исторические этапы становления медицинской реабилитации в Кыргызстане. В Кыргызской Республике все СК и ЛОУ делятся на государственные, профсоюзные, частные, собственность общественных организаций, смешанной формы собственности. К санаторно-курортным и лечебно-оздоровительным учреждениям реабилитационного профиля относятся: КНИИКиВЛ; Чуйский областной центр медицинской реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями «Максат»; детский психоневрологический санаторий «Родничок»; специализированное детское отделение восстановительного лечения «Ак-Суу»; Южный региональный центр медицинской реабилитации «Кочкор-Ата»; Базар-Коргонский межрайонный детский центр медицинской реабилитации; Джалал-Абадский областной детский центр медицинской реабилитации «Бакыт»; Ошский городской детский центр восстановительного лечения и Кочкорский спелео центр медицинской реабилитации.

Число мест/коек реабилитационного профиля в вышеперечисленных СК и ЛОУ в КР во все годы были стабильными и не изменялись.

Анализ динамики обеспеченности коечного фонда СК и ЛОУ реабилитационного профиля в КР за 2013-2021 годы показал, что в Южном региональном центре медицинской реабилитации «Кочкор-Ата» в основном наблюдалась тенденция снижения числа коечного фонда. Наибольшее снижение отмечалось в 2020 году на -18,7% по темпу убыли, в остальные годы убыль была незначительна, 2016 году на -0,1%, 2017 году на -0,7%, 2019 году на -1,2% и 2020 году на -2,8%.

Для коечного фонда Чуйского областного специализированного центра медицинской реабилитации «Максат» характерно максимальное снижение в 2020 году на -15,1%, на -2,6% в 2015 году, на -4,3% в 2019 году. В Джалал-Абадском областном детском центре медицинской реабилитации «Бакыт» в динамике наблюдалась убыль числа коек в 2017 и 2018 году составила -0,6% в эти годы соответственно, 2020 году на -13,0% и 2021 году на -2,3%. Динамика числа коечного фонда в Ошском городском детском центре восстановительного лечения имела волнообразную динамику увеличения и снижения, снижение в 2015 году на -0,3%, 2018 году на -4,0%, 2020 году на -18,8% и 2021 году на -7,6%. В Базар-Коргонском межрайонном детском центре коечный фонд преимущественно снижался в динамике на -2,0% в 2014 году, на -7,3% в 2016

году, на -2,7% в 2017 году, на -1,8% в 2019 году и значительная убыль в 2020 году на -15,2%. Для детского психоневрологического санатория «Родничок» в основном характерна тенденция снижения на -7,3% в 2016 году, -3,1% в 2018 году и существенное снижение в 2020 году на -23,2%. В Ак-Суйском специализированном детском отделении восстановительного лечения коечный фонд в динамике значительно снизился в 2016 году на -16,4%, 2018 году резкое убыль на -89,3%, 2019 году на -5,3% и 2020 году на -31,2%. Кочкорский спелео центр имел тенденцию убыли в 2015 году на -1,3%, 2018 году на -3,4%, значительную в 2020 году на -8,8%, 2021 году на -8,3%. В целом, по СК и ЛОУ реабилитационного профиля в КР наблюдается тенденция снижения числа коечного фонда, особенно с 2015 года. Это объясняется падением реальных доходов, платежеспособного спроса населения на санаторно-курортные и лечебно-оздоровительные услуги и фактической ликвидацией широкой системы соцстраховых путевок в республике.

Наибольшее снижение показателя работы коечного фонда в учреждениях реабилитационного профиля по показателю наглядности отмечалось в Южном региональном центре медицинской реабилитации «Кочкор-Ата» снизилось на 40,5%, Ошском городском детском центре восстановительного лечения на 27,0%, Кочкорском спелео центре медицинской реабилитации на 26,7%, Базар-Коргонском межрайонном детском центре медицинской реабилитации на 18,9%, Джалал-Абадском областном детском центре медицинской реабилитации «Бакыт» на 18,6%.

По данному анализу текущей ситуации наибольшее количество СК и ЛОУ приходится на Иссык-Кульскую область, что составляет 30,0% от общего числа СК и ЛОУ в Кыргызской Республике, затем на город Бишкек (26,0%) и Чуйскую область (15,0%). Наименьшее количество СК и ЛОУ располагается в Нарынской (2,0%) и Таласской областях (3,0%).

В динамике по республике наблюдается тенденция прироста зарегистрированных СК и ЛОУ, оказывающих медицинскую реабилитацию, во все годы с +5,6% в 2016 году до +3,5% в 2021 году. Аналогичная ситуация отмечена в регионах с наибольшим расположением данных учреждений, то есть Иссык-Кульской области, г. Бишкек, Чуйской области.

В КР существуют следующие виды СК и ЛОУ, оказывающие реабилитационные мероприятия: санатории; детские санатории; санатории-профилактории; дома отдыха; пансионат отдыха; пансионат с лечением; база отдыха; спортивно-оздоровительный лагерь и детский оздоровительный комплекс. По республике наблюдается положительная динамика в увеличении числа СК и ЛОУ во все годы, за исключением 2018 года (убыль на -21,6%). Рост в 2021 году по отношению к 2015 году составил 3,5% (показатель наглядности – 103,5%). Характерна динамика прироста функционирующих детских санаториев, пансионатов отдыха, спортивно-оздоровительных лагерей.

В зависимости от периода функционирования из общего числа $56,1 \pm 3,6$ санаторно-курортных учреждений и учреждений отдыха круглогодичные составляют - $13,4 \pm 2,5$ и сезонные - $86,6 \pm 2,5$, $p < 0,001$. Достоверно больше сезонных пансионатов отдыха ($55,5 \pm 3,7$), чем круглогодичных ($0,5 \pm 0,5$), $p < 0,001$. Также высока частота детских оздоровительных комплексов ($13,4 \pm 2,5$) и спортивно-оздоровительных лагерей ($5,0 \pm 1,6$), $p < 0,01$. Большинство круглогодичных санаторно-курортных учреждений было таких типов, как санатории ($5,0 \pm 1,6$), детские санатории ($2,8 \pm 1,3$). Из сезонных санаторно-курортных учреждений преобладали санатории профилактории ($2,3 \pm 1,0$), дома отдыха ($2,3 \pm 1,0$), пансионаты с лечением ($1,6 \pm 0,9$) и базы отдыха ($2,8 \pm 1,2$).

В 2017 году среди обследованных 180 санаторно-курортных учреждений и учреждений отдыха преобладающими были учреждения с частной формой собственности ($77,8 \pm 3,0$), чем государственных ($22,2 \pm 3,0$), $p < 0,001$.

Среди санаторно-курортных учреждений и учреждений отдыха большинство составляют пансионаты отдыха с частной формой собственности ($51,7 \pm 3,7$), чем государственные ($4,5 \pm 1,5$), $p < 0,001$. Довольно-таки высока и одинакова частота детских оздоровительных комплексов обеих форм собственности (по $6,6 \pm 1,8$, соответственно), $p > 0,05$. Преобладают с частной формой собственности санатории ($5,0 \pm 1,6$), санатории профилактории ($4,5 \pm 1,5$), дома отдыха ($2,3 \pm 1,0$), базы отдыха ($3,9 \pm 1,4$).

Сравнительный анализ абсолютного числа максимального развертывания коек в месяц в СК и ЛОУ КР для реализации медицинской реабилитации 2015-2021 годы показал снижение по темпу убыли по годам на -10,7% в 2016 году, -1,1% в 2017 году, -4,2% в 2018 году, -5,6% в 2019 году, -24,3% в 2020 году и на -20,6% в 2021 год. Резкое снижение в динамике отмечено в 2020-2021 годы, что связано с пандемией COVID-19. В целом, число коек снизилось с 31476 в 2015 году до 25619 в 2021 году на 18,7% (показатель наглядности - 81,3%).

Из 180 санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений 79,4% ($n=143$) не имели категории, лишь 20,6% ($n=37$) учреждений получили категорию. Не имеют профильности 84,0% ($n=151$) санаторно-курортных учреждений и учреждений отдыха, и лишь небольшая часть из них имеют общетерапевтический - 7,7% ($n=14$), урогинекологический - 2,8% ($n=5$) и костно-мышечный - 5,5% ($n=10$) профили.

Анализ частоты применения реабилитационных методов лечения показал, что минеральные воды используются для наружного применения в $17,2 \pm 2,8$ учреждениях ($n=31$), а для внутреннего приема лишь в $3,9 \pm 1,4$ учреждениях ($n=7$), $p < 0,001$ (на 100 СК и ЛОУ). Местная лечебная грязь применяется только в $5,0 \pm 1,6$ учреждениях ($n=9$), грязелечение (грязевые аппликации, грязевые ванны, внутримышечное грязелечение) в $12,7 \pm 2,4$ ($n=23$) СК и ЛОУ, $p < 0,01$.

В основном используются минеральные воды наружно ($17,2 \pm 2,8$ учреждений), грязелечение ($12,7 \pm 2,4$), $p > 0,05$, бальнеотерапия ($71,6 \pm 3,3$), $p < 0,001$, и аппаратная физиотерапия ($27,2 \pm 3,3$), $p < 0,001$. Следует отметить, что в $23,3 \pm 3,1$ СК и ЛОУ КР проводятся общеклинические, биохимические, рентгенологические, бактериологические, цитологические и микробиологические методы лабораторной диагностики, а также в $43,8 \pm 3,6$ учреждениях используются методы функциональной диагностики, $p < 0,001$.

Проведено анкетирование по изучению мнения врачей-реабилитологов ($n=180$) СК и ЛОУ КР о лечебно-оздоровительных мероприятиях медицинской реабилитации. Следует отметить, что получены не полные ответы о показаниях и противопоказаниях к пребыванию больных в высотных условиях лечения от $30,5 \pm 3,4$ респондентов и $69,4 \pm 3,4$ респондентов представили хорошие знания по данному вопросу, $p < 0,001$. Выявлена высокая достоверность в знаниях о климатотерапии у $72,2 \pm 3,3$ врачей-реабилитологов и лишь $27,7 \pm 3,3$ респондентов не дали полного ответа, $p < 0,001$. Большинство респондентов используют лечебную ходьбу в лечении ($77,7 \pm 3,1$), тогда как $22,2 \pm 3,0$ реабилитологов не придают значения данному виду реабилитации, $p < 0,001$. Не выявлено существенной разницы в знаниях врачей-реабилитологов о высотном месторасположении СКУ ($48,3 \pm 3,7$ и $51,7 \pm 3,7$), $p > 0,05$. Хорошие знания по использованию физических упражнений и массажа в медицинской реабилитации показало большинство врачей-реабилитологов ($71,6 \pm 3,3$) и $28,3 \pm 3,3$ респондентов дали неполные ответы, $p < 0,001$. Большое значение придают природным лечебным факторам и физиотерапии при проведении медицинской реабилитации $67,2 \pm 3,4$ врачей-реабилитологов и $32,7 \pm 3,4$ респондентов отмечают их маловажную роль, $p < 0,001$. Высокая оценка дана роли мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению при заболеваниях и травмах $58,3 \pm 3,6$ респондентами и $41,6 \pm 3,6$ врачей реабилитологов удовлетворительно относились к данным мероприятиям, $p < 0,001$. К анализу медико-статистической информации, ведению медицинской документации положительное отношение было у $56,1 \pm 1,7$ врачей реабилитологов и $43,8 \pm 3,6$ респондентов отрицательное, $p < 0,001$. Положительное отношение к участию в оценке состояния пациентов с ограничением активности вследствие заболеваний и травм имеют $76,1 \pm 3,1$ врачей и $23,8 \pm 3,1$ врачей отрицательное, $p < 0,001$.

На 1 января 2021 года в республике насчитывалось около 198 тыс. лиц с ограниченными возможностями здоровья, или около 3% от общей численности населения. Анализ динамики удельного веса детей в возрасте до 18 лет с инвалидностью в КР за 2013-2021 годы показал характерную тенденцию прироста в 2014 году на +2,9%, 2015 году на +2,3%, 2016 году на +3,9%, 2017 году на +2,1%, 2019 году на +7,3%, 2020 году на +1,9%, 2021 году на +4,7% и лишь в 2018 году убыль на -0,3%. Среди взрослого населения наблюдалась в основном

тенденция снижения впервые признанных инвалидами из общего числа инвалидов, в 2014 году на -2,9%, 2015 году на -6,9%, 2017 году на -2,7%, 2018 году на -2,2%, 2020 году на -2,0%, но следует обратить внимание на прирост в 2016 году на +2,4%, 2019 году на +3,1% и увеличение в 2021 году на +24,3%.

Вышеизложенное обусловило проведение анализа обращаемости за медицинской реабилитацией в СК и ЛОУ. Снижение частоты пациентов, получивших реабилитационное лечение, в 2021 году ($16,7 \pm 0,1$), по сравнению с 2015 годом ($18,9 \pm 0,1$) было на 11,7%, $p < 0,001$. Высокая частота пролеченных пациентов наблюдалась по детскому отделению ($1,7 \pm 0,05$ и $1,2 \pm 0,04$, $p < 0,001$), санаторному ($1,6 \pm 0,05$ и $2,1 \pm 0,05$, $p < 0,001$), ортопедии ($1,6 \pm 0,05$ и $1,3 \pm 0,04$, $p < 0,001$), а также отделению внебюджетной деятельности ($3,0 \pm 0,07$ и $3,0 \pm 0,06$, $p > 0,05$).

Большую долю пациентов, получающих реабилитационное лечение, составляет сельское население. В 2015 году от общего числа пациентов, прошедших реабилитацию ($n=11264$) сельское население составило 63,6%, а в 2021 году ($n=11178$) - 42,8%. В 2021 году наблюдалось незначительное снижение обращаемости ($1,6 \pm 0,001$) пациентов в КНИИКиВЛ по отношению к 2013 году ($2,0 \pm 0,01$) на 20,0% (показатель наглядности - 80,0%), $p < 0,001$. В основном для реабилитационного лечения обращаются пациенты с г. Бишкек, Чуйской и Иссык-Кульской областей. В 2020 году преобладали пациенты г. Бишкек ($3,9 \pm 0,06$) и Чуйской области ($4,4 \pm 0,06$), $p < 0,001$. В 2021 году при спаде заболеваемости COVID-19, увеличилась обращаемость пациентов с Нарынской ($3,2 \pm 0,1$), Джалал-Абадской ($0,9 \pm 0,02$), Ошской ($0,5 \pm 0,01$), Таласской ($3,0 \pm 0,1$) и Баткенской ($1,2 \pm 0,04$) областей, $p < 0,001$.

Высокая обращаемость наблюдалась по болезням костно-мышечной системы, болезням органов кровообращения, органов мочеполовой системы, органов дыхания (табл. 3.4.5). В 2020 году при убыли обращаемости по другим классам болезней был резкий скачок обращаемости пациентов с болезнями органов дыхания (+137,5%). В 2021 году наблюдалось увеличение обращений по болезням органов кровообращения на +33,3%, в том числе с цереброваскулярными заболеваниями на +44,4%, болезням нервной системы на +40,0%, органов пищеварения на +33,3%, костно-мышечной системы на +10,7%, мочеполовой системы на +42,8%, травмами и отравлениями на +33,3%. Только по болезням органов дыхания резкая убыль составила -68,4%.

В 2015 году наблюдалось перевыполнение работы койки целом (100,4%), но и по детскому отделению (105,3%), отделениям ангионеврологии 1 (100,4%) и ангионеврологии 2 (100,7%), ортопедии (107,4%), кардиологии (102,0%), нейроортопедии (105,3%). В других отделениях наблюдалось невыполнение работы койки.

В 2021 году наблюдалось невыполнение работы койки по всем отделениям в связи с закрытием отделений и открытием красной зоны на базе стационара.

Таблица 3.4.5 - Обращаемость пациентов в Кыргызский НИИ курортологии и восстановительного лечения в 2013-2021 годы

№ пп	Класс болезней	Анализируемые годы								
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Болезни органов кровообращения	3,2±0,07	2,9±0,07	3,1±0,07	3,1±0,07	3,3±0,07	3,5±0,07	3,4±0,07	2,1±0,05	2,8±0,06
	темп прироста	-	-9,3	+6,8	0	+6,4	+6,0	-2,8	-38,2	+33,3
	Цереброваскулярные болезни	1,5±0,05	1,3±0,04	1,5±0,05	1,5±0,04	1,5±0,04	1,5±0,04	1,6±0,04	0,9±0,03	1,3±0,04
	темп прироста	-	-13,3	+15,3	0	0	0	+6,6	-43,7	+44,4
2.	Болезни нервной системы	0,8±0,03	0,7±0,03	0,7±0,03	0,8±0,03	0,8±0,03	0,8±0,03	0,8±0,03	0,5±0,02	0,7±0,03
	темп прироста	-	-12,5	0	+14,2	0	0	0	-37,5	+40,0
3.	Болезни органов дыхания	1,1±0,04	1,1±0,04	1,0±0,04	0,9±0,03	0,9±0,03	1,1±0,04	0,8±0,03	1,9±0,05	0,6±0,03
	темп прироста	-	0	-12,5	-10,0	0	+22,2	-27,2	+137,5	-68,4
4.	Болезни органов пищеварения	0,8±0,03	0,7±0,03	0,7±0,03	0,7±0,03	0,8±0,03	0,7±0,03	0,7±0,03	0,3±0,02	0,4±0,02
	темп прироста	-	-12,5	0	0	+14,2	-12,5	0	-57,1	+33,3
5.	Болезни костно-мыш. системы и соединит. ткани	11,7±0,1	5,1±0,09	11,0±0,1	9,0±0,1	7,8±0,1	9,0±0,1	11,1±0,1	6,5±0,09	7,2±0,1
	темп прироста	-	-56,4	+115,6	-18,1	-13,3	+15,3	+23,3	-41,4	+10,7
6.	Болезни мочеполовой системы	1,2±0,04	1,3±0,04	1,3±0,04	1,4±0,04	1,5±0,04	1,3±0,04	1,1±0,1	0,7±0,03	1,0±0,03
	темп прироста	-	+8,3	0	+7,7	+7,1	-13,3	-15,3	-36,3	+42,8
7.	Травмы и отравления	0,9±0,03	0,7±0,03	0,7±0,03	0,6±0,03	0,6±0,03	0,5±0,02	0,4±0,02	0,3±0,02	0,4±0,02
	темп прироста	-	-22,2	0	-14,2	0	-16,6	-20,0	-25,0	+33,3
8.	Другие нозологии	1,2±0,04	0,4±0,02	0,7±0,03	0,9±0,03	0,8±0,03	0,6±0,03	0,1±0,01	7,4±0,1	2,1±0,05
	темп прироста	-	-66,6	+75,0	+28,5	-11,1	-25,0	-83,3	+7300,0	-71,6

на 10 000 населения (P±m)

Примечание - P±m – показатель обращаемости и ошибка репрезентативности.

Анализ эффективности использования коечного фонда КНИИКиВЛ показал, что в 2021 году в сравнении с 2015 годом произошло снижение койко-дней, проведенных пациентом в стационаре в 1,1 раз, снижение выполнения койко-дней в 1 раз, увеличение оборота койки в 1,3 раза, снижение среднегодовой занятости койки в 1,4 раза.

Глава 4 «Кадровый потенциал и удовлетворенность населения медицинской реабилитацией в КНИИКиВЛ». Численность врачей-реабилитологов в государственных СК и ЛОУ КР за 2015-2021 годы в основном имела тенденцию снижения, за исключением 2017 года (+8,6%). Убыль числа реабилитологов была в 2016 году на -12,3%, 2018 году на -7,1%, 2019 году на -15,9%, 2020 году на -1,4% и 2021 году на -1,8%. В 2021 году их число снизилось в 1,4 раз относительно 2015 года. В частных СК и ЛОУ КР за 2015-2021 годы выявлена положительная динамика в 2017 году (+23,9%), 2018 году (+8,6%), 2019 году (+8,9%). Снижение специалистов наблюдалось в 2016 году (-30,6%), 2020 году (-16,8%) и 2021 году (-9,6%). В 2021 году их число снизилось в 1,3 раз относительно 2015 года. Несмотря на положительную динамику в численности врачей-реабилитологов в частных учреждениях, в целом, отмечается убыль по годам на -20,0%, -0,3%, -4,0%, -9,7%, -5,7%, кроме 2017 года (+13,7%). Динамика численности кадрового состава КНИИКиВЛ, в целом, за 2015-2021 годы согласно штатному расписанию имела тенденцию снижения в 2016 году (-5,1%), 2017 году (-0,3%) и 2020 годы (-2,2%), приростом в 2018 (+1,2%) и 2019 годы (+1,2%). Число врачей, провизоров, логопедов в основном было стабильным. Лишь в кадровом составе средних и младших медицинских работников наблюдается волнообразная динамика, связанная с низкой заработной платой.

Изучено мнение пациентов об отношении врачей и медицинских сестер по специальной разработанной анкете, пятибалльной шкале. Большая часть пациентов, вежливость и внимательность врачей оценили «хорошо» - 40,0%, «отлично» - 29,2%, «удовлетворительно» - 25,0%. Были и пациенты, которые недовольны отношением врачей, 5,2% оценили, как плохое и 0,6% - крайне плохим. Большая часть пациентов считают отношение медицинских сестер вежливым и внимательным («хорошо» - 38,0%, «удовлетворительно» - 34,0%, «отлично» - 21,0%). Отношение медицинских сестер 6,0% оценили плохим и крайне плохим - 1,0% пациентов. Из общего числа опрошенных 24,0% пациентов считают, что врачи дают «хорошее» разъяснение по назначаемым методам исследования и лечения, «отличное» - 18,2%, «удовлетворительное» - 51,4%. Лишь 3,4% и 3,0% оценивают «плохим» и «крайне плохим», соответственно. Почти половина опрошенных (40,8%) придерживаются мнения, что врачи представляют данные о состоянии здоровья в динамике и с учетом жалоб на боли, недомогание и прочие ощущения. Данный вопрос

оценили, как «удовлетворительно» - 38,4%, «отлично» - 12,8%, «плохо» - 4,2%, «крайне плохо» - 3,8% пациентов.

Пациентами высоко оценено качество работы медицинского персонала КНИИКиВЛ. Определена высокая достоверность между пациентами удовлетворенными квалификацией врачебного и среднего медицинского персонала ($98,4 \pm 0,5$) и не удовлетворенными ($1,6 \pm 0,5$), $p < 0,001$ (таблица 4.7). Большинство пациентов полагают, что медицинский персонал соблюдает этические и деонтологические нормы ($96,0 \pm 0,8$) и лишь $4,0 \pm 0,8$ пациентов считают не всегда уважительными взаимоотношениями с медицинским персоналом. В целом пациенты в большинстве случаев удовлетворены оснащенностью и материально-технической базой учреждения ($84,0 \pm 1,6$).

Тем не менее, $16,0 \pm 1,6$ пациентов высказались отрицательно по данному вопросу, $p < 0,001$. Респонденты не удовлетворены тем, что отсутствует современное медицинское оборудование. Статистически значимо выше частота пациентов, удовлетворенных санитарно-гигиеническими условиями учреждения ($99,0 \pm 0,4$), нежели неудовлетворенными ($1,0 \pm 0,4$), $p < 0,001$. По вопросу обеспеченности лекарственными препаратами высока частота удовлетворенных пациентов ($54,0 \pm 2,2$), так и неудовлетворенных ($46,0 \pm 2,2$), но тем не менее больше тех, кто доволен лекарственным обеспечением, $p < 0,001$.

Важно отметить, что подавляющее большинство пациентов высоко оценивают качество получаемого реабилитационного лечения. Удовлетворены $96,0 \pm 0,8$ пациентов и лишь $4,0 \pm 0,8$ не удовлетворены качеством оказываемой реабилитационной помощи в учреждении, $p < 0,001$. Пациенты в целом удовлетворены качеством питания, о чем свидетельствует частота удовлетворенных ($65,0 \pm 2,1$) и неудовлетворенных ($35,0 \pm 2,1$) пациентов, $p < 0,001$. Внутренним распорядком, режимом удовлетворено большинство пациентов ($99,4 \pm 0,3$), не устраивает - $0,6 \pm 0,3$ пациентов, $p < 0,001$. Организация культурно-массовых мероприятий устраивает $64,0 \pm 2,1$ пациентов и $36,0 \pm 2,1$ пациентов критически относятся к данным мероприятиям, $p < 0,001$. В целом, полученные данные свидетельствуют о высокой удовлетворенности пациентов медицинской реабилитацией в санаторно – курортном учреждении.

По всем составляющим качества жизни выявлено улучшение, включая жизнеспособность ($99,4 \pm 0,3$ и $99,6 \pm 0,2$), $p > 0,05$, социального функционирования ($86,4 \pm 1,5$ и $97,0 \pm 0,7$), $p < 0,01$.

Снижение критериев после лечения наблюдалось по физическому функционированию ($51,2 \pm 2,2$ и $39,6 \pm 2,1$), $p < 0,001$, ролевому функционированию ($67,6 \pm 2,0$ и $36,2 \pm 2,1$), $p < 0,001$, боли ($84,4 \pm 1,5$ и $54,0 \pm 2,2$), общему здоровью ($67,6 \pm 2,0$ и $36,2 \pm 2,1$), $p < 0,001$, эмоциональному функционированию ($73,4 \pm 1,9$ и $22,4 \pm 1,8$), $p < 0,01$, психологическому здоровью ($40,8 \pm 2,1$ и $36,4 \pm 2,1$), $p > 0,05$.

Глава 5 «Оценка эффективности медицинской реабилитации в КНИИКиВЛ». Нами оценена эффективность медицинской реабилитации в основной группе наблюдения и группе сравнения пациентов с коронарной болезнью сердца, деформирующим остеоартрозом и хронической обструктивной болезнью легких.

Реабилитационное лечение пациентов с коронарной болезнью сердца в КНИИКиВЛ. В КНИИКиВЛ наблюдалось увеличение числа обратившихся с болезнями органов кровообращения с 1877 в 2015 году до 2221 в 2019 году, снижение в 2020 году было до 1420 случаев и рост до 1909 случаев в 2021 году. От общего числа случаев болезней органов кровообращения удельный вес пациентов с КБС ($n=3716$) составлял в разные годы от 24,0% до 32,3%. В динамике прирост доли КБС наблюдался в 2016 году на +4,1%, 2017 году на +3,6%, резкий прирост в 2019 году на +34,5%, убыль в 2018 году на -7,3%, 2020 году на -4,9% и 2021 году на -2,9%.

В 2015-2021 годы получили реабилитационное лечение по специальной программе 500 пациентов с КБС. Среди пациентов преобладали лица женского пола (72,0%), чем мужского пола (28,0%). В основном реабилитационное лечение получали пациенты возрастных групп 51-60 лет (37,4%), 61-70 лет (33,4%) и 41-50 лет (13,8%). По полу в данных возрастных группах 51-60 лет (27,6% и 9,8%, соответственно), 61-70 лет (24,8% и 10,4%, соответственно) преобладали пациенты женского пола, чем мужского, кроме возрастной группы 41-50 лет (7,0% и 6,8%, соответственно). Основной контингент были работающие больные (53,4%, $n=262$), из них умственным трудом были заняты - 39,1% ($n=192$), физическим - 14,3% ($n=70$) и пенсионеры составили - 46,6% ($n=229$) человек.

В группе наблюдения пациентов с КБС, средняя длительность ангинозного приступа $0,87 \pm 0,06$ миллисекунд до проведения реабилитационной программы наблюдалась в $35,6 \pm 2,1$ случаях ($n=178$), а после реабилитации длительность снизилась в среднем до $0,16 \pm 0,02$ миллисекунд у $22,0 \pm 1,8$ пациентов ($n=110$), $p < 0,001$. В группе сравнения не выявлено существенных различий в длительности ангинозного приступа у пациентов до лечения - $0,85 \pm 0,07$ миллисекунд ($38,2 \pm 2,1$ пациентов, $n=178$) и после лечения - $0,51 \pm 0,08$ миллисекунд ($34,2 \pm 2,1$ пациентов, $n=159$), $p > 0,05$.

Продолжительность интенсивных боли продолжалась $0,45 \pm 0,02$ миллисекунд в группе наблюдения до реабилитационных программы у $30,0 \pm 2,0$ пациентов с коронарной болезнью сердца ($n=150$), после реабилитации интенсивность боли снизилась до $0,07 \pm 0,01$ миллисекунд у $22,0 \pm 1,8$ пациентов ($n=110$), $p < 0,001$. В группе сравнения не выявлено достоверной разницы в продолжительности боли до лечения - $0,44 \pm 0,03$ миллисекунд ($32,2 \pm 2,1$ пациентов, $n=150$) и после лечения - $0,20 \pm 0,04$ миллисекунд ($28,1 \pm 2,0$ пациентов, $n=131$), $p > 0,05$.

В группе наблюдения, средняя длительность ангинозного приступа при ее частоте более 1 раза в неделю составила – $0,59 \pm 0,06$ миллисекунд в $30,0 \pm 2,0$ случаях ($n=150$), а после реабилитации длительность снизилась в среднем до $0,23 \pm 0,05$ миллисекунд у $22,0 \pm 1,8$ пациентов ($n=110$), $p < 0,001$. В группе сравнения не выявлено существенных различий в длительности ангинозного приступа при частоте более 1 раза в неделю у пациентов до лечения – $0,53 \pm 0,05$ миллисекунд ($32,2 \pm 2,1$ пациентов, $n=150$) и после лечения – $0,37 \pm 0,04$ миллисекунд ($28,1 \pm 2,0$ пациентов, $n=131$), $p > 0,05$.

Анализ клинических показателей у пациентов с коронарной болезнью сердца показал, достоверное их снижение в группе наблюдения, чем в группе сравнения. В среднем, по таким показателям как длительность ангинозных приступов и дискомфорт в грудной клетке, интенсивность боли в грудной клетке, частота возникновения болевых приступов, по нашим клиническим наблюдениям в группе наблюдения по окончании реабилитационного лечения были в 2-3 раза реже, чем в группе сравнения, что обусловлено положительным влиянием реабилитационных программ, разработанных на основе патогенеза коронарного (ишемического) синдрома.

В группе наблюдения одышка беспокоила $73,4 \pm 1,9$ пациентов ($n=367$) с КБС до реабилитационного лечения, после реабилитации число пациентов с одышкой уменьшилось в 1,5 раза до $48,0 \pm 2,2$ пациентов ($n=240$), $p < 0,001$ (таблица 5.4). В группе сравнения в 1,3 раза стало меньше пациентов с одышкой, исходно была у $19,3 \pm 1,8$ пациентов ($n=90$), после лечения у $15,0 \pm 1,6$ пациентов ($n=70$), $p > 0,05$, но различия не существенны.

В 4,7 раз уменьшилось число пациентов с учащенным сердцебиением в группе наблюдения, с $18,8 \pm 1,7$ случаев ($n=94$) до $4,0 \pm 0,8$ случаев ($n=20$), $p < 0,001$. Почти в три раза стало меньше пациентов в группе сравнения до ($20,2 \pm 1,8$, $n=94$) и после лечения ($6,8 \pm 1,1$, $n=32$), $p < 0,001$.

Быстрая утомляемость беспокоила пациентов в группе наблюдения до реабилитации в $76,0 \pm 1,7$ случаях ($n=380$) и после реабилитации в $50,0 \pm 2,2$ случаях ($n=250$), что меньше в 1,5 раза, $p < 0,001$. Различия не существенны в быстрой утомляемости пациентов в группе сравнения до ($43,0 \pm 2,2$, $n=200$) и после лечения ($38,2 \pm 2,2$, $n=178$), $p > 0,05$.

Таким образом, в группе наблюдения после реабилитационного лечения наблюдалось достоверное снижение пациентов с одышкой в 1,5 раза, учащенным сердцебиением в 4,7 раз, быстрой утомляемостью в 1,5 раза, а в группе сравнения до и после лечения не выявлено существенных различий в частоте пациентов с одышкой и быстрой утомляемостью, за исключением пациентов с учащенным сердцебиением (в 3 раза).

По таким показателям как выраженность одышки, учащенное сердцебиение и быстрая утомляемость по нашим клиническим наблюдениям, в

группе наблюдения по окончании реабилитационного лечения были ниже, чем в группе сравнения, что обусловлено положительным влиянием реабилитационных программ.

Таким образом, пациентами, которые получали реабилитационное лечение в КНИИКиВЛ отмечена более положительная динамика клинических показателей по сравнению с пациентами, получавшими лечение без учета требований реабилитационных программ.

Проведен анализ средних показателей толерантности к физическим нагрузкам у пациентов с КБС по результатам 6-ти минутного теста ходьбы. В группе наблюдения систолическое артериальное давление на высоте нагрузки достоверно снизилось с $203,7 \pm 1,3$ мм.рт.ст. до $192,1 \pm 1,6$ мм.рт.ст., $p < 0,001$. В группе сравнения не выявлено достоверных различий в уровне систолического артериального давления до $(197,1 \pm 2,0)$ и после лечения $(195,9 \pm 1,9)$, $p > 0,05$.

Частота сердечных сокращений на высоте нагрузки составила $144,4 \pm 0,9$ ударов в минуту до реабилитации, после реабилитации снизилось до $121,4 \pm 0,9$ ударов в минуту, $p < 0,001$. В группе сравнения различия не существенны в частоте сердечных сокращений до $(140,1 \pm 1,3)$ и после лечения $(139,0 \pm 1,2)$ на высоте нагрузки, $p > 0,05$.

В группе наблюдения через 5 минут отдыха частота сердечных сокращений составила $89,2 \pm 0,8$ ударов в минуту и после реабилитации наблюдалось снижение до $78,9 \pm 0,7$ ударов в минуту, $p < 0,001$. В группе сравнения не выявлено достоверных различий в частоте сердечных сокращений до $(92,1 \pm 1,1)$ и после лечения $(90,6 \pm 1,1)$, $p > 0,05$.

Изучены параметры суточного ЭКГ - мониторингирования больных до и после медицинской реабилитации. В группе наблюдения эпизоды ишемии до реабилитации составили в среднем $1,1 \pm 0,08$ миллисекунды, после реабилитации наблюдалось укорочение по длительности до $0,9 \pm 0,04$ миллисекунд, $p < 0,01$. В группе сравнения не выявлено существенных различий в длительности эпизодов ишемии до $(1,1 \pm 0,1$ миллисекунды) и после лечения $(1,1 \pm 0,08$ миллисекунды), $p > 0,05$.

Реабилитационное лечение позволило снизить длительность ишемии в группе наблюдения с $2,9 \pm 0,1$ до $2,0 \pm 0,06$ миллисекунда, $p < 0,001$. Различия не существенны в длительности ишемии в группе сравнения до $(3,1 \pm 0,1$ миллисекунда) и после лечения $(2,9 \pm 0,1$ миллисекунда), $p > 0,05$.

Пороговая частота сердечных сокращений в группе наблюдения не имела существенных различий до $(115,0 \pm 2,1)$ и после реабилитационного лечения $(117,0 \pm 2,0)$, $p > 0,05$. Аналогичная картина выявлена и в группе сравнения $(113,0 \pm 3,1$ и $115,0 \pm 3,4)$, $p > 0,05$.

Проведенная реабилитация достоверно снижает нарушения ритма до $1,3 \pm 0,05$ миллисекунд по сравнению с исходным уровнем ($1,9 \pm 0,05$ миллисекунд), $p < 0,001$. В группе сравнения нет достоверных различий в нарушениях ритма до ($1,8 \pm 0,08$ миллисекунд) и после лечения ($1,7 \pm 0,09$ миллисекунда), $p > 0,05$.

Изучение параметров суточного ЭКГ - мониторингирования показало, что в группе наблюдения после лечения значительно снизились длительность и число эпизодов ишемии за последние сутки, показатель нарушений ритма сердца уменьшился и возросла пороговая ЧСС ишемии, что характеризует значимое антиишемическое и антиаритмическое действие реабилитационных программ в группе наблюдения. В группе сравнения также значительно снизились показатели числа и длительности ишемии, а также количество желудочковых экстрасистол, которые, однако, не достигли значений, выявленных после лечения в группе наблюдения.

Достижение целевых уровней факторов риска установлено у 500 пациентов из общего числа ($n=3716$) пациентов с КБС, находившихся на реабилитационном лечении в КНИИКиВЛ в период 2015-2021 годы (таблица 5.1.7). Одним из основных факторов риска КБС является артериальная гипертензия, которая встречалась в $8,1 \pm 0,6$ случаев на 100 пациентов ($n=301$) до реабилитации, после медицинской реабилитации число случаев снизилось до $7,0 \pm 0,4$ случаев на 100 пациентов ($n=260$), целевые уровни достигнуты у 86,3% пациентов, $p < 0,001$.

Пациенты курили в $4,4 \pm 0,3$ случаях ($n=165$) до реабилитации и после в $1,0 \pm 0,1$ случаях ($n=39$), цель достигнута на 23,6%, $p < 0,001$. Гиперхолестеринемия исходно выявлена в $4,0 \pm 0,3$ случаях ($n=148$), реабилитация позволила снизить уровень холестерина в $2,4 \pm 0,2$ случаях ($n=92$), достижение целевых уровней по данному фактору риска составила 62,1%, $p < 0,01$. До реабилитации у пациентов избыточный вес определен в $1,1 \pm 0,1$ случаях ($n=43$), после получения медицинской реабилитации вес снизился в $2,4 \pm 0,6$ случаях ($n=12$), целевые уровни достигнуты у 27,9% пациентов, $p < 0,01$. Дислипидемия у пациентов с КБС до реабилитации выявлена в $3,0 \pm 0,2$ случаях ($n=114$), снижение после проведения реабилитации было в $1,7 \pm 0,2$ ($n=65$), достижение целевых уровней по данному фактору риска составила 57,0%, $p < 0,001$. Выявлено нарушение толерантности к глюкозе у пациентов до реабилитации в $2,7 \pm 0,2$ случаях ($n=103$), медицинская реабилитация позволила достичь целевой уровень на 78,6% в $2,1 \pm 0,2$ случаях ($n=81$), $p < 0,01$. У больных с сахарным диабетом уровень сахара был повышенным до медицинской реабилитации в $2,6 \pm 0,2$ ($n=98$), после реабилитации в $2,0 \pm 0,2$ случаях ($n=77$), достижение целевого уровня было на 78,5%, $p < 0,01$.

Таблица 5.1.7 - Достижение целевых уровней факторов риска у пациентов с КБС на 100 пациентов (n=500)

№ п п	Фактор риска	До реабилитации		После реабилитации		Достижение целевых уровней (%)
		n	P±m	n	P±m	
1.	Артериальная гипертензия	301	8,1±0,6	260	7,0±0,4**	86,3
2.	Курение	165	4,4±0,3	39	1,0±0,1**	23,6
3.	Гиперхолестеринемия	148	4,0±0,3	92	2,4±0,2*	62,1
4.	Избыточный вес	43	1,1±0,1	12	2,4±0,6 *	27,9
5.	Дислипидемия	114	3,0±0,2	65	1,7±0,2**	57,0
6.	Нарушение толерантности к глюкозе	103	2,7±0,2	81	2,1±0,2*	78,6
7.	Сахарный диабет	98	2,6±0,2	77	2,0±0,2*	78,5

Примечание: n – число наблюдений, P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * - p<0,01, ** - p<0,001.

Таким образом, реабилитационное лечение показало, что целевые уровни артериального давления достигнуты у 86,3%, прекратили курить 23,6%, нормализовали холестерин 62,1%, нарушение толерантности к глюкозе нормализовали 78,6%, сахар крови 78,5% пациентов. Нормализация веса достигнута у 27,9% пациентов.

Высокая эффективность медицинской реабилитации пациентов с КБС отмечена в группе наблюдения (70,2±2,0), чем в группе сравнения (33,7±2,1), p<0,001 (таблица 5.1.8).

Таблица 5.1.8 - Оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов с КБС в КНИИКиВЛ

№ пп	Эффективность	Группа			
		наблюдения, n=500		сравнения, n=465	
		абс. число	P±m	абс. число	P±m
1.	Высокая эффективность	351	70,2±2,0	157	33,7±2,1**
2.	Умеренная эффективность	116	23,2±1,8	198	42,5±2,2**
3.	Низкая эффективность	27	5,4±1,0	93	18,6±1,7**
4.	Неблагоприятные исходы	6	1,2±0,4	17	3,4±0,8*

Примечание: P±m – показатель эффективности и ошибка репрезентативности, * - p<0,01, ** - p<0,001.

Умеренная эффективность выявлена в большинстве случаев в группе сравнения ($42,5 \pm 2,2$) нежели в случаях группы наблюдения ($23,2 \pm 1,8$), $p < 0,001$. Аналогично эффективность была низкой в группе сравнения ($18,6 \pm 1,7$), чем в группе наблюдения ($5,4 \pm 1,0$), $p < 0,001$. Неблагоприятные исходы отмечались у большинства пациентов группы сравнения ($3,4 \pm 0,8$), в группе наблюдения в $1,2 \pm 0,4$ случаях, $p < 0,01$.

Проведенная оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов с КБС показала, что в группе наблюдения $70,2 \pm 2,0$ пациентов завершили реабилитационное лечение с высокой эффективностью, $23,2 \pm 1,8$ с умеренной и $5,4 \pm 1,0$ с низкой эффективностью, $p < 0,001$.

Применение реабилитационных программ у пациентов с КБС позволяет повысить медицинскую эффективность реабилитации на санаторно – курортном этапе, а также снижает долю возникновения неблагоприятных исходов.

При оценке качества лечебно-диагностических услуг, проведенной на основе экспертизы историй болезни были выявлены следующие типы дефектов: диагностические – $7,0 \pm 1,1$ случаев ($n=35$); дефекты лечебных мероприятий – $5,0 \pm 0,9$ случаев ($n=25$); дефекты организационных мероприятий – $8,0 \pm 1,2$ случаев ($n=40$); дефекты оформления истории болезни – $6,2 \pm 1,0$ случаев ($n=31$), $p > 0,05$.

Результаты проведенного анализа обосновывают использование оценки качества и эффективности реабилитационных услуг в СКУ для улучшения медицинской реабилитации в СК и ЛОУ. Применение реабилитационных программ в СКУ формирует у пациентов с КБС выраженные антиишемический, антиаритмический, кардиотонический и вегетокорригирующий лечебные эффекты, характеризующиеся снижением субъективной и объективной клинической симптоматики, повышением толерантности пациентов к физической нагрузке. Специализированная кардиологическая реабилитация больных, в условиях КНИИКиВЛ является эффективной, так как позволяет достичь целевые уровни основных факторов риска КБС в значительно большей степени.

Реабилитационное лечение пациентов с опорно-двигательными заболеваниями в КНИИКиВЛ. В отделении артрологии КНИИКиВЛ в 2015-2021 годы получили реабилитационное лечение 1091 пациента с диагнозом: Деформирующий остеоартроз крупных суставов. Пациенты были разделены на 2 группы: группа наблюдения – 500 пациентов, получавшие лечение по специальной реабилитационной программе для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и группа сравнения - 465 пациента, получавшие лечение по стандартной программе. Проведенное до начала лечения обследование подтвердило клиническую однородность основной группы и группы сравнения.

В структуре пациентов по полу мужчины составили 20,4% (n=102), женщины – 79,6% (n=398). Наибольший удельный вес приходился на возрастную группу 51-60 лет (44,8%). Среди мужчин (10,0%) и женщин (34,8%) высока доля пациентов в данной возрастной группе. Основной контингент пациентов были работающие (53,4%, n=262), из них умственным трудом заняты - 39,1% (n=192), физическим - 14,3% (n=70) и пенсионеры составили - 46,6% (n=229) человек.

Деформирующий остеоартроз в основной группе составил $45,8 \pm 2,2$ случаев на 100 больных (n=500), контрольной группе сравнения – $42,6 \pm 1,4$ случаев (n=465) на 100 больных, $p > 0,05$, без существенных различий в сравниваемых группах.

По локализации большинство случаев приходилось на деформирующий остеоартроз коленного сустава, как в основной группе наблюдения ($23,1 \pm 1,2$ случаев, n=252), так и в группе сравнения ($27,7 \pm 1,3$, n=302), $p < 0,01$. Не выявлено достоверных различий в частоте случаев деформирующего остеоартроза плечевого сустава в основной группе наблюдения ($12,3 \pm 0,9$, n=134) и основной группе ($12,7 \pm 1,0$, n=139), $p > 0,05$. Частота деформирующего остеоартроза тазобедренной локализации составила в основной группе – $10,4 \pm 0,9$ случаев (n=114) и контрольной группе – $2,2 \pm 0,4$ (n=24), $p < 0,001$.

В основной группе наблюдения достоверно наибольшую частоту составили больные с деформирующим остеоартрозом женского пола ($79,6 \pm 4,8$, n=398), чем мужского ($20,4 \pm 9,1$, n=102), $p < 0,001$. Достоверно чаще коленная локализация встречалась у больных женского ($36,6 \pm 4,6$, n=183), нежели мужского пола ($13,8 \pm 1,5$), $p < 0,001$. Выявлены существенные различия между женщинами и мужчинами в деформирующем остеоартрозе плечевого ($23,0 \pm 1,8$, n=115 и $3,8 \pm 0,8$, n=19), $p < 0,001$, и тазобедренного суставов ($20,0 \pm 1,7$, n=100 и $2,8 \pm 0,7$, n=14), $p < 0,001$.

В контрольной группе сравнения подобно основной группе, больше случаев выявлено среди больных женского пола ($62,0 \pm 2,2$, n=288), чем мужского пола ($38,0 \pm 2,2$, n=177), $p < 0,001$. По локализациям, как коленного ($34,8 \pm 2,2$, n=162 и $30,1 \pm 2,1$, $p > 0,05$), плечевого ($25,2 \pm 2,0$, n=117 и $4,7 \pm 0,9$, $p < 0,001$) также больше встречались случаи у женского пола по сравнению у мужского пола. Деформирующий остеоартроз тазобедренного суставов наоборот, большинство случаев составили пациенты мужского пола, чем женского ($3,2 \pm 0,8$, n=15 и $2,0 \pm 0,6$, n=9, $p > 0,05$), при этом не выявлено существенных отличий.

В целом, деформирующий остеоартроз в основной группе составил $15,4 \pm 1,0$ случаев на 100 больных, контрольной группе сравнения - $12,4 \pm 0,9$ случаев, $p < 0,01$. Наибольшую группу составили пациенты с деформирующим остеоартрозом коленного сустава, как в основной группе ($23,1 \pm 1,2$ случаев,

n=252), так и в группе сравнения ($27,7 \pm 1,3$, n=302), $p < 0,01$. Как в основной группе наблюдения, так и контрольной группе достоверно наибольшую частоту составили больные женского пола при всех локализациях деформирующего остеоартроза.

В основной группе выявлено достоверное снижение боли по ВАШ (с $3,4 \pm 0,5$ до $1,2 \pm 0,5$, $p < 0,001$) в 2,8 раза, кратности приема нестероидных противовоспалительных стероидных средств (с $10,2 \pm 0,9$ до $2,7 \pm 0,4$, $p < 0,001$) в 3,7 раза, боли (с $11,1 \pm 0,9$ до $3,0 \pm 0,5$, $p < 0,001$) в 3,7 раза, чувства скованности в суставе (с $9,4 \pm 0,8$ до $4,6 \pm 0,6$, $p < 0,001$) в 2,0 раза, сохранность ограничения движения в суставе (с $10,5 \pm 0,9$ до $6,1 \pm 0,7$, $p < 0,001$) в 1,7 раза после реабилитации.

В контрольной группе в снижении в 1,1 раза боли по ВАШ не выявлено достоверных различий (с $3,0 \pm 0,5$ до $2,6 \pm 0,4$, $p > 0,05$), при этом достоверное снижение отмечается в кратности приема нестероидных противовоспалительных стероидных средств (с $7,2 \pm 0,7$ до $2,2 \pm 0,4$, $p < 0,001$) в 3,2 раза, боли (с $7,8 \pm 0,8$ до $2,8 \pm 0,4$, $p < 0,001$) в 2,7 раза, чувства скованности (с $8,8 \pm 0,8$ до $6,0 \pm 0,7$, $p < 0,001$) в 1,4 раза, ограничения движения в суставе (с $9,0 \pm 0,8$ до $5,5 \pm 0,6$, $p < 0,001$) в 1,6 раза после лечения.

Таким образом, по таким показателям как боль по шкале ВАШ, скованности в суставе показатели в основной группе наблюдения по окончании лечения были в 2,1 и 1,3 раза, соответственно, ниже, чем в контрольной группе сравнения, что обусловлено, влиянием реабилитационных программ. Более выраженная положительная динамика клинических показателей по сравнению с пациентами, получавшими лечение без учета реабилитационных программ, проявилась в уменьшении болевой симптоматики, скованности в суставах, а также частоты и дозы приема анальгетиков.

В основной группе наблюдения после лечения значительно уменьшилась активность дегенеративно-дистрофических процессов по таким показателям, как объем внутрисуставной жидкости (с $1,0 \pm 0,06$ до $0,6 \pm 0,05$, $p < 0,001$) и окружность сустава (с $21,5 \pm 0,3$ до $19,1 \pm 0,3$, $p < 0,001$). В контрольной группе сравнения также наблюдали значимое снижение указанных показателей, однако по окончании лечения они не достигали значений группы наблюдения, а показатель рентгенологической стадии ОА по Kellgren-Lawrence даже имел тенденцию к ухудшению по сравнению с исходными значениями (с $1,4 \pm 0,1$ до $1,5 \pm 0,2$, $p > 0,05$).

Высокая эффективность в большинстве случаев установлена у пациентов в группе наблюдения ($45,6 \pm 2,2$), чем в группе сравнения ($32,2 \pm 2,1$), в 1,4 раза меньше, $p < 0,001$ (таблица 5.2.5). Эффективность реабилитационных программ была умеренной у $35,0 \pm 2,1$ пациентов в группе наблюдения и в 1,3 раза меньше у пациентов в группе сравнения ($25,3 \pm 2,0$), $p < 0,001$. Низкая эффективность в

большинстве случаев выявлена в группе сравнения ($41,3 \pm 2,2$), что в 2,4 раза ниже по сравнению с пациентами группы наблюдения ($17,0 \pm 1,6$), $p < 0,001$. Нет существенной разницы в неблагоприятных исходах у пациентов группы наблюдения ($2,4 \pm 0,6$) и пациентов группы сравнения ($1,0 \pm 0,4$), $p > 0,05$.

Медицинская реабилитация на основе реабилитационной программы позволила повысить общую эффективность лечения на санаторном этапе у пациентов с деформирующим остеоартрозом показала на 75,5%, увеличивая частоту пациентов, у которых достигнуты критерии высокой эффективности лечения.

Таблица 5.2.5 - Эффективность лечения пациентов с деформирующим остеоартрозом на 100 пациентов

№ пп	Критерий эффективности	Группа			
		наблюдения (n=500)		сравнения (n=465)	
		абс. число	P±m	абс. число	P±m
1.	Высокая эффективность	228	$45,6 \pm 2,2$	150	$32,2 \pm 2,1^{**}$
2.	Умеренная эффективность	175	$35,0 \pm 2,1$	118	$25,3 \pm 2,0^{**}$
3.	Низкая эффективность	85	$17,0 \pm 1,6$	192	$41,3 \pm 2,2^{**}$
4.	Неблагоприятный исход	12	$2,4 \pm 0,6$	5	$1,0 \pm 0,4^{*}$

Примечание - P±m – показатель эффективности лечения и ошибка репрезентативности, * - $p > 0,05$, ** - $p < 0,001$.

Реабилитационное лечение пациентов с бронхолегочными заболеваниями в КНИИКиВЛ. Высокая распространенность ХОБЛ, угрожающая тенденция ее роста, громадный экономический ущерб от заболевания требуют дальнейшего совершенствования лечебных и реабилитационных программ. За период с 2015 по 2021 годы в отделении пульмонологии КНИИКиВЛ поступили 4777 больных с заболеваниями дыхательной системы, из них 2715 больных с хроническим обструктивным заболеванием легких.

От общего числа получивших лечение с заболеваниями дыхательной системы пациенты с ХОБЛ составили значительную долю во все годы от 47,7% до 68,4%. Самый высокий прирост удельного веса пациентов с ХОБЛ от всех получивших лечение с болезнями органов дыхания отмечался в 2017 году на +43,3%, в 2019 году прирост составил +19,4%. Несмотря на значительную долю пациентов с ХОБЛ, убыль наблюдалась в 2016 году на -5,1%, 2018 году на -19,5%, 2020 году на -11,4% и 2021 году на -13,5%. В целом, доля пациентов ХОБЛ от общего числа получивших лечение с болезнями органов дыхания составила значительную долю во все годы от 47,7% до 68,4%.

Наибольшую долю составили пациенты женского (56,2%), чем мужского пола (43,8%). Больше всего было пациентов возрастной группы 51-60 лет (37,4%) и 61-70 лет (33,4%), на возраст 41-50 лет пришлось 13,8%, до 40 лет пациентов было 7,8%, 71-80 лет – 6,8% и более 81 года – 0,8%. Среди пациентов мужского пола преобладали пациенты 51-60 лет (20,0%) и 61-70 лет (10,4%), а среди женщин 61-70 лет (23,0%) и 51-60 лет (17,4%).

В группе наблюдения наиболее характерной жалобой пациентов с ХОБЛ до реабилитации явился кашель (сухой или с мокротой) в $90,8 \pm 1,2$ случаях на 100 пациентов ($n=454$), после реабилитации случаи кашля уменьшились и кашель наблюдался в $15,6 \pm 1,6$ случаях ($n=78$), $p<0,001$ (таблица 5.18). Если одышка до реабилитационного лечения проявлялась в большинстве случаев ($64,6 \pm 2,1$, $n=323$), то после реабилитации случаи одышки уменьшились до $20,2 \pm 1,7$ ($n=101$), $p<0,001$. Аналогично достоверное снижение наблюдалось и по следующим жалобам. Приступы удушья уменьшились с $8,0 \pm 1,2$ случаев ($n=40$) до $1,4 \pm 0,5$ ($n=7$), $p<0,001$. Боль в груди до реабилитации предъявляли в $13,4 \pm 1,5$ случаях ($n=67$), после - в $6,2 \pm 1,0$ случаях ($n=31$), $p<0,001$.

Пациенты предъявляли жалобы на слабость, до реабилитации, в большинстве случаев ($43,8 \pm 2,2$, $n=219$), после реабилитации в $12,6 \pm 1,4$ случаях ($n=63$), $p<0,001$.

Потливость беспокоила пациентов с частотой $7,8 \pm 1,2$ ($n=39$), после случаи уменьшились до $1,0 \pm 0,4$ ($n=5$), $p<0,001$. Жалобы на лихорадку пациенты предъявляли только до реабилитации ($8,4 \pm 1,2$ на 100 пациентов, $n=42$).

Таким образом, в группе наблюдения практически все пациенты отмечали улучшение самочувствия, которое особенно проявилось в снижении частоты кашля в 5,8 раз, уменьшении выраженности одышки в 3,2 раза, слабости в 3,4 раза. При этом выявлены достоверные различия снижения частоты симптомов до и после медицинской реабилитации по специальной программе. С лихорадкой после реабилитации не было ни одного пациента.

В группе сравнения с ХОБЛ аналогично наиболее преобладающей жалобой пациентов до реабилитации был кашель (сухой или с мокротой) в $93,9 \pm 1,1$ случаях на 100 пациентов ($n=437$), после реабилитации случаи кашля уменьшились и кашель наблюдался в $36,7 \pm 2,2$ случаях ($n=171$), $p<0,001$. Одышка до реабилитационного лечения проявлялась в $45,8 \pm 2,3$ случаях ($n=213$), то после реабилитации случаи одышки уменьшились до $29,9 \pm 2,1$ случаев ($n=139$), $p<0,001$. Приступы удушья уменьшились с $4,5 \pm 0,9$ случаев ($n=21$) до $2,5 \pm 0,7$ ($n=12$), $p<0,001$. Боль в груди до реабилитации предъявляли в $7,0 \pm 1,1$ случаях ($n=33$), после - в $3,4 \pm 0,8$ случаях ($n=16$), $p<0,01$. Пациенты предъявляли жалобы на слабость, до реабилитации, в большинстве случаев ($50,9 \pm 2,3$, $n=237$), после реабилитации в $18,9 \pm 1,8$ случаях ($n=88$), $p<0,001$. Потливость беспокоила пациентов с частотой $6,0 \pm 1,1$ ($n=28$), после случаи

уменьшились до $0,6 \pm 0,3$ ($n=3$), $p<0,001$. Жалобы на лихорадку пациенты предъявляли только до реабилитации ($6,6 \pm 1,1$ на 100 пациентов, $n=31$).

Таким образом, в группе сравнения практически все пациенты отмечали улучшение самочувствия, которое особенно проявилось в снижении частоты кашля в 2,5 раз, уменьшении выраженности одышки в 1,5 раза, слабости в 2,7 раза. При этом выявлены достоверные различия снижения частоты симптомов до и после медицинской реабилитации по специальной программе. С лихорадкой после реабилитации не было ни одного пациента.

В целом, сравнительный анализ частоты жалоб с ХОБЛ до и после медицинской реабилитации в сравниваемых группах показал высокую эффективность в группе наблюдения.

Для оценки выраженности одышки применялась Модифицированная шкала одышки, позволяющая определить в какой степени одышка ограничивает активность пациента. Из 500 пациентов у 323 была одышка, у которых определена выраженность одышки по степеням.

При нулевой степени одышка возникает только при очень интенсивной нагрузке. До проведения реабилитационных программы одышка возникала при очень сильной нагрузке в $10,2 \pm 1,3$ случаях на 100 пациентов ($n=51$), после реабилитации в $3,6 \pm 0,8$ случаях ($n=18$), $p<0,001$. Оценка выраженности одышки позволила выявить степень тяжести одышки у пациентов до и после проведения реабилитационной программы. Наибольшую частоту составили пациенты со второй степенью одышки ($48,0 \pm 2,2$ и $20,4 \pm 1,8$ на 100 пациентов, $p<0,001$), первой ($20,6 \pm 1,8$ и $6,6 \pm 1,1$ на 100 пациентов, $p<0,001$) и третьей степенью ($18,6 \pm 1,7$ и $5,8 \pm 1,0$ на 100 пациентов, $p<0,001$).

Пациенты с ХОБЛ, получившие реабилитационное лечение ($n=500$), составили с легкой степенью тяжести – 43,4%, средней степени тяжести - 38,6%, тяжелой степенью тяжести - 16,4% и крайне тяжелой степенью тяжести 1,6%.

У пациентов с ХОБЛ снижается физическая активность, а отсутствие физической активности служит предиктором повышенной летальности. Физическая активность снижает риск смерти и госпитализаций, поэтому следует стимулировать выполнение пациентами физических упражнений. Курсы легочной реабилитации необходимы больным ХОБЛ с постоянной одышкой, несмотря на использование бронходилататоров, а также физически неактивным больным с частыми обострениями или непереносимостью физической нагрузки.

Прекращение курения является наиболее действенным и экономически эффективным отдельно взятым способом сократить риск возникновения ХОБЛ.

Следует отметить, что из общего числа курящих пациентов ($n=165$) в ходе реабилитационного лечения отказались от этой привычки и бросили курить 47,8% пациентов ($n=79$).

Применение глюкокортикостероидов позволяет сократить время наступления ремиссии, улучшить функцию легких и уменьшить гипоксемию, снизить риск раннего рецидива и длительность пребывания в стационаре. До начала реабилитационного лечения глюкокортикостероиды принимали $6,2 \pm 0,4$ пациентов с ХОБЛ ($n=170$), после реабилитации их число уменьшилось в 3,8 раз, составляя $1,6 \pm 0,2$ пациентов ($n=45$), $p < 0,001$. Назначение ингаляционных бронходилататоров является одним из основных звеньев терапии обострения ХОБЛ. Использовали в лечении бронходилататоры в $9,5 \pm 0,5$ случаях ($n=259$) до реабилитации, а после реабилитационного лечения в $7,4 \pm 0,5$ случаях, то есть в 1,2 раза меньше пациентов ($n=45$), $p < 0,001$. В 1,9 раз уменьшилась частота пациентов, получающих антибактериальную терапию после реабилитации ($3,5 \pm 0,3$, $n=95$), чем до реабилитационного лечения ($6,7 \pm 0,4$, $n=183$), $p < 0,001$. Также наблюдалось снижение частоты пациентов, использующих антибактериальную терапию, в 1,8 раз, с $12,0 \pm 0,6$ ($n=325$) до $6,4 \pm 0,4$ ($n=174$), $p < 0,001$.

По данным исследования наблюдалось значительное снижение частоты применения кислородотерапии (4,3 раз) после реабилитационного лечения ($3,8 \pm 0,3$, $n=103$), нежели до реабилитации ($16,4 \pm 0,7$, $n=447$), $p < 0,001$.

Показатели респираторных функций по результатам спирографии и ежедневной 3-х кратной записи пикфлоуметрии показали в основном улучшение после медицинской реабилитации. Выявлена прямая сильная корреляционная связь между степенью тяжести ХОБЛ и параметрами респираторной функции до и после реабилитации ($r_{xy} = +0,9$). Чем тяжелее степень тяжести, тем выше показатели респираторной функции.

Анализ результатов помощью 6-минутного шагового теста показал достоверную связь пройденного расстояния с возрастом. При этом, не выявлено существенных различий в пройденных дистанциях, но по частоте пациентов различия достоверны. Выявлена обратная корреляционная связь средней силы ($r_{xy} = -0,5$). Чем больше возраст пациентов, тем меньше пройденные дистанции.

Значительная положительная динамика клинических симптомов проявляется уменьшением интенсивности кашля, одышки, частоты обострений хронических заболеваний органов дыхания в 2-2,5 раз, и увеличением толерантности к физической нагрузке, улучшением качества жизни. Результаты комплексного метода лечения в условиях среднегорного стационара показала значительную эффективность на 86% у больных ХОБЛ.

Глава 6 «Экономическая результативность санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений Кыргызской Республики». В КНИИКиВЛ финансирование по заработной плате увеличилось в 1,4 раза, при этом, соответственно возросли отчисления в Соцфонд в 2,0 раза и значительно увеличилась плата за коммунальные услуги в 6,2 раза. По реабилитационным учреждениям

финансирование по заработной плате увеличилось в 1,4-2,8 раз, отчисления в Соцфонд в 1,8-4,9 раз, плата за коммунальные услуги в 1,7-2,5 раз. Сопоставляя результаты анализа по всей сети бюджетных учреждений, можно делать выводы о результативности деятельности данной бюджетной организации и эффективности использования бюджетных средств.

В КНИИКиВЛ финансирование лекарственного обеспечения в 2021 году (76000,0 млн. сом) уменьшилось на 26,4% (показатель наглядности – 73,6%) по сравнению с 2015 годом (10322,5 млн. сом), но по питанию увеличилось в 2021 году (7950,5 млн. сом) по отношению к 2015 году (6244,3 млн. сом) на 27,3% (показатель наглядности – 127,3%). Следует отметить увеличение финансирования лекарственного обеспечения в Южном региональном центре медицинской реабилитации Кочкор-Ата на 12,5%, Джалал-Абадском областном детском центре медицинской реабилитации «Бакыт» на 100,0%, Ошском городском детском центре на 150,2%, Базар-Коргонском межрайонном детском центре медицинской реабилитации на 19,0%, Детском психоневрологическом санатории «Родничок» на 12,5%, Ак-Сууйском специализированном детском отделении восстановительного лечения на 6,5%. Рост финансирования питания отмечался в КНИИКиВЛ на 27,3%, Чуйском областном специализированном центре медицинской реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями «Максат» на 21,7%, Жалалабатском областном детском центре медицинской реабилитации «Бакыт» на 39,4%, Ошском городском детском центре восстановительного лечения на 49,4%, Базар-Коргонском межрайонном детском центре медицинской реабилитации на 25,2%, Детском психоневрологическом санатории «Родничок» на 140,6% и Ак-Сууйском специализированном детском отделении восстановительного лечения на 5,8%.

Анализ экономических расчетов по расходам по питанию показал, что по бюджету и спецсчету наблюдался прирост выделенных средств, причем по спецсчету больше, чем по бюджету. По выделенным средствам на медикаменты установлена тенденция снижения, но при расходах на 1 день наблюдалась положительная тенденция увеличения. На основе экономического анализа оценивалась эффективность использования материальных, трудовых и финансовых ресурсов учреждения. За последние 2015-2021 годы количество поступлений пациентов возросло на 25%, финансовый доход возрос на 1,9% от общего количества бюджетных средств. Прирост финансовых поступлений по спецсчету по КНИИКиВЛ наблюдался по отделению общей неврологии на +65,3% и отделению общей терапии на +37,6% по темпу прироста, убыль в целом на -68,8%, а также по санаторному отделению на -80,5%, отделению артрологии на -78,9%.

По отчетам об исполнении сметы расходов, кассовые расходы, по фактическим расходам по документам не выявлены. По статье медикаменты предусмотренные по смете денежные эквиваленты выделяются недостаточно.

Анализ затрат фактических расходов из консолидированного бюджета на 1 койко-дней израсходованы медикаменты в сумме 5,25 сомов. По статье «приобретение продуктов питания» по смете предусмотрено 32,6 сом на 1 койко-дней. Фактические расходы продуктов питания на 1 койко-дней составили в сумме 27,80 сом, что говорит о том, что на питание выделяется недостаточно средств.

Анализ поступлений финансовых средств от платных услуг в динамике показал значительный прирост по всем видам оказываемых услуг. В целом увеличение поступлений денежных средств в 2021 году составило 419,9%. Наибольшее увеличение поступлений финансовых средств при оказании платных услуг установлено при оперативном лечении на 393,4%, проведении электрокардиографии на 347,2%, ФЗО на 233,8%, дополнительном питании на 207,6%, гастроскопии на 195,9%, ИРТ на 145,4%, бассейн и душ на 113,4%, лечебной физкультуры на 100,0%. На поступления финансовых средств от других платных услуг (ультрафиолетовое облучение крови, суточное мониторирование, ультразвуковое исследование, стоматология, прочие услуги) приходилось от 50,0 % до 94,6%.

Выручка от реализации путевок в 2019 году имела тенденцию прироста на +26,8%, а в 2021 году убыль на -27,7%. Себестоимость реализации путевок возросла в 2019 году на +12,4%, и в последующие годы была стабильной. Для стоимости основных фондов была характерна тенденция прироста в 2019 году на +2,6% и 2021 убыли на -33,0%. Годовой фонд оплаты увеличился в 2019 году на +19,5% и в 2021 году снизилась на -21,3%.

Валовой доход, полученный с 2015 по 2021 годы существенно не снижался, нулевой прирост был в 2017 году, незначительное снижение в 2019 году на -1,3% и увеличение в 2021 году на +4,6%.

В динамике прибыль отчетного года снизилась в 2017 году на -4,5%, в последующем был прирост в 2019 году на +3,3% и 2021 году резкое увеличение на +22,8%. Затраты учреждения в динамике снижались во все изучаемые годы, в 2017 году на -12,4%, 2019 году на -0,5% и 2021 году на -18,0%. При этом, материальные затраты в динамике увеличивались на +20,1% в 2017 году, +26,0% в 2019 году и для 2021 года была характерна тенденция резкого прироста на +234,8%. Оборотные средства по заработной плате работников в 2016 и 2017 годы не изменялись, снижение наблюдалось в 2019 году на -6,9% и в 2021 увеличились на +15,1%. Тенденция убыли наблюдалась в отчисления в фонды социального страхования в годы наблюдения, нулевой прирост в 2017 году, в последующие годы снижение на -11,3% и -72,8%, соответственно. В динамике отмечался резкий скачок использования финансовых средств на амортизацию на +166,6% в 2017 году, +90,2% в 2019 году и +4,3% в 2021 году.

Установлено увеличение расходования средств, предназначенные на прочие расходы, в динамике на +134,6% в 2017 году и 2021 году на +39,0%, снижение в 2019 году на -6,7%.

В целом, прибыль в 2019-2021 годы возросла в динамике на +3,3% и +122,8%, соответственно. Тенденция прироста наблюдалась по затратам учреждения, использованию финансовых средств на амортизацию. В 2018-2019 годы произведен капитальный ремонт учреждения, приобретено новое медицинское оборудование, обновлены сооружения, физиоаппаратуры, твердый и мягкий инвентарь. Кроме этого, в 2021 году прирост установлен по валовому доходу, заработной плате и прочих расходов. Анализ основных показателей финансового состояния учреждения заключается в соответствии сумм финансирования сметным назначениям, а также фактических расходов - сметным назначениям и кассовым расходам.

Глава 7 «Научное обоснование медицинской реабилитации и пути ее оптимизации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики». Организация оказания санаторно-курортной помощи в СК и ЛОУ КР нами изучена по следующим видам индикаторов: индикаторы структуры (техническая оснащенность и эффективность использования оборудования, численность и квалификация кадров и прочие); медицинских процессов (ведение пациента) и результатов лечения.

Основополагающим документом на предстоящий среднесрочный период должна стать утвержденная Стратегия развития санаторно-курортной и лечебно-оздоровительной отрасли. Представляется актуальным создание системы классификации для СК и ЛОУ, которая должна предусматривать точное описание требований и норм, в соответствии с которыми присваивается или подтверждается та или иная категория в зависимости от уровня, объема и качества оказываемых медицинских услуг.

Медицинская реабилитация осуществляется в специализированных отделениях реабилитации СК и ЛОУ соответствующего профиля, где отрабатывается определенный алгоритм деятельности. Медико-социальный анализ качества и эффективности медицинской реабилитации является основанием для оценки результативности деятельности санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений Кыргызской Республики. Однако доступность медицинской реабилитации в большинстве субъектов остается на низком уровне, эффективность её недостаточна. Во многом это связано с неразвитой инфраструктурой реабилитационной помощи в регионах страны, слабой материально-технической базой реабилитационных учреждений, их недостаточной мощностью, как на стационарном этапе, так и на амбулаторном, недостатком кадров как в целом по отрасли, так и специально подготовленных по специализации медицинской реабилитации.

В целом система медицинской реабилитации в стране требует серьезной реорганизации, приведения в комплексную систему, обеспечивающую доступность, непрерывность и преемственность оказания помощи по медицинской реабилитации для лиц с ограниченными возможностями здоровья, неинфекционными заболеваниями и т.д.

Нами определены недостатки в развитии SKU и ЛОУ:

- достижения в развитии медреабилитации достигнуты в условиях ограниченности ресурсов. Основной аспект был акцентирован на массовом оздоровлении населения, которое привело к снижению качества медреабилитации и не соответствию международным стандартам.

- Недостаточный государственный контроль деятельности организаций медреабилитации.

Необходимость государственного контроля в санаторно-курортный рынок с экономических позиций оправдана в силу нескольких причин:

1. Санаторно-курортные услуги являются социально-значимыми, и граждане должны их получать независимо от их доходов.

2. Политика государства должна заключаться в простом гарантировании гражданам данных услуг, независимо от того в государственных или негосударственных организациях они работают.

3. Нетрудоспособным членам общества и некоторым категориям населения, нуждающимся в санаторно-курортной и лечебно-оздоровительной помощи необходимо из государственного бюджета и внебюджетных фондов постоянно гарантировать бесплатную санаторно-оздоровительную помощь.

4. В современных условиях для обеспечения дальнейшего расширения санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений, сохранения их диагностической базы и кадров необходимо совершенствование законодательства о курортах.

6. В современных условиях политика государства должна быть направлена на пропаганду здорового уровня жизни и центром общественного здоровья должны стать SKU и ЛОУ.

Нами разработаны и апробированы реабилитационные программы для пациентов с КБС, деформирующим остеоартрозом и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, ХОБЛ.

Реабилитационная программа для пациентов с коронарной болезнью сердца:

- I. Диетическое питание. Гиполипидемическая диета (ограничение жиры животного происхождения).

- II. Базисная поддерживающая медикаментозная терапия проводилась в соответствии с международными рекомендациями и включала в себя: антигипертензивную, липидоснижающую и антиагрегантную терапию.

III. Лечебная физкультура в сочетании с климатотерапией:

1. Утренняя гигиеническая гимнастика от 5 до 15 мин.

2. Лечебная гимнастика назначалась в течение дня в виде аэробных упражнений в свободном темпе на основные группы мышц - шея, спина, живот, конечности, начиная с 5 повторов, затем постепенно доводили до 10-12 повторов за 1 процедуру. Обязательно включались дыхательные упражнения и упражнения на вытяжение позвоночника.

3. Специальные физические тренировки проводились на кардиореабилитационном комплексе, фирмы «Schiller» с компьютерным контролем электрокардиографии, артериального давления, пульса.

4. Ходьба использовалась также как средство физической тренировки – ходьба по ровной поверхности от 500 м постепенно увеличивая до 3 км в день, затем в дальнейшем по мере освоения в виде терренкура. Назначались прогулки в свободном режиме по территории санатория и сон на открытой веранде. Занятия проводились индивидуально со специалистом по лечебной физкультуре с учетом индивидуальной переносимости физических нагрузок, тяжести заболевания и сопутствующей патологии.

IV. Психологическая реабилитация осуществлялась врачом-психотерапевтом и проводилась, как в индивидуальном порядке, так и в виде групповой психотерапии. При необходимости назначалось психофармакотерапия.

После прохождения реабилитационных программ в группах наблюдения и сравнения отмечена значимая положительная динамика всех исследуемых показателей клинического статуса пациентов, однако в группе наблюдения после завершения лечения выявлены достоверно более низкие значения всех исследуемых клинических показателей, за исключением параметра учащенного сердцебиения, что характеризует более выраженный лечебный эффект в группе пациентов, получавших лечение по специальной программе.

Реабилитационная программа для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата: общий вариант диеты; щадяще-тренирующий режим двигательной активности; физические методы лечения; плавание в бассейне; ЛФК; щадяще-тренирующий режим + дополнительно низкочастотная магнитотерапия; медикаментозная терапия (нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), миорелаксанты, витаминные комплексы, препараты Ca, Mg + дополнительно внутрисуставное ведение препарата алфлутопа; лечебные эффекты - уменьшение боли; купирование воспаления, отека, спазма; нормализация лимфооттока; улучшение двигательных функций опорно-двигательного аппарата. В ходе лечения у пациентов группы наблюдения, получавших внутрисуставное ведение препарата, положительная динамика отмечена у 97,0% после 2-й процедуры

(снижение болевого синдрома, отека, улучшение двигательных функций), а у пациентов группы сравнения, получавших низкочастотную магнитотерапию, положительная динамика наблюдалась после 5-й процедуры. Выраженная положительная динамика клинических показателей характеризовалась уменьшением болевой симптоматики, скованности в суставе, а также частоты и дозы приема анальгетиков. Применение рекомендованных реабилитационных программ формирует у пациентов с остеоартрозами суставов выраженные лечебные эффекты, характеризующиеся регрессом субъективной и объективной клинической симптоматики, снижением выраженности дегенеративно-дистрофических процессов в суставе

Реабилитационная программа для пациентов с хронической болезнью легких: изменение среды обитания пациента; возможность использования климатических факторов (климатотерапия), терренкур, пешие прогулки; базистое медикаментозное лечение; немедикаментозные методы (лечебная физкультура, дыхательная гимнастика, физиолечение по стандартной методике); психологическая реабилитация; обучение больных с заболеваниями бронхолегочной системы. Всем пациентам с ХОБЛ рекомендуется отказ от курения.

Медицинская эффективность медицинской реабилитации пациентов с ХОБЛ заключалась в улучшении переносимости физических упражнений, уменьшении чувства одышки, улучшении качества жизни, уменьшение тревоги и депрессии, улучшении общего состояния здоровья, улучшенное действие препаратов с бронхолитическим действием. Реабилитация включает в себя психологическую поддержку и борьбу с депрессией, обучение, нутритивную поддержку и физическую тренировку.

Деятельность КНИИКиВЛ представлена на основе распространенного в управлении метода, анализирующего в комплексе внутренние и внешние факторы, влияющие на развитие организации - SWOT-анализа, с разделением её на четыре категории: Strengths (сильные стороны), Weaknesses (слабые стороны), Opportunities (возможности) и Threats (угрозы, риски). Данный анализ позволили определить сильные и слабые стороны организации, возможность в структурированном виде оценить возможности и угрозы деятельности КНИИКиВЛ.

Сильная сторона - выгодное месторасположение (санаторий расположен в экологически безупречной зоне предгорий-среднегорный пояс); высокая рентабельность КНИИКиВЛ; круглогодичная работа учреждения; собственная прилегающая территория: зона терренкура, автостоянка (паркинг); наличие хорошей лечебной базы; значительный опыт работы на рынке курортных услуг; комплекс дополнительных услуг; высокий уровень квалификации медицинского персонала.

Слабая сторона - слабая рекламная компания; невысокий уровень сервиса со стороны обслуживающего персонала; отсутствие маркетинговой службы и, как следствие, отсутствие ясной стратегии поведения на рынке санаторно-курортных и реабилитационных услуг; потребность в обновлении существующих объектов учреждения и строительство новых объектов.

К возможностям относятся повышение уровня сервиса и качества предоставляемых услуг; возможность совершенствования и расширения ассортимента предоставляемых услуг; привлечение дополнительных потенциальных групп потребителей санаторных услуг; возможность модернизации технического оснащения номеров и служебных помещений; обучение и повышение потенциала медицинских работников (Категории, сертификация. Владения медицинскими навыками. Язык, компьютерные технологии. Медицинское оборудование).

Угрозы – это низкий уровень доходов большей части населения; обострение конкурентной борьбы за счет использования новых методов реализации услуг; изменение цен на сырье и услуги, используемые санаторием; изменение законодательства (в частности, налоговое); рост числа частных реабилитационных центров.

Для экономической эффективности работы SKU и ЛОУ необходимо создание системы курортного маркетинга и менеджмента, которая осуществляла бы изучение конъюнктуры рынка услуг, их рекламу, создавала каналы их реализации, а также определяла экономические оптимальные направления развития и виды курортной деятельности.

Разработанная в ходе исследования система обеспечения удовлетворенности пациентов медицинской реабилитацией в санаторно-курортных условиях направлена на создание условий, позволяющих получить ожидаемый результат, в данном случае, высокую удовлетворенность пациента процессом и результатом медицинской реабилитации.

Нами определены основные проблемы в деятельности санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений: снижение государственного финансирования санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений; появление частных санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений, не входящих в систему ведомственного контроля лечебно-реабилитационной службы; прекращение централизованного распределения путевок и переход к свободной реализации. Эти изменения требуют создания *реестра санаторно-курортной и лечебно-оздоровительной системы*, обеспечивающего государственный контроль за деятельностью СК и ЛОУ, экономическую эффективность деятельности учреждений и юридическую защиту. При этом, задачами государственного контроля являются: лицензирование и аккредитации; аттестация медицинских

работников; экологический и санитарно-гигиенический контроль всех субъектов хозяйственной деятельности СК и ЛОУ.

Нами научно обосновано проведение медицинской реабилитации в СК и ЛОУ КР и разработаны пути их оптимизации на примере КНИИКиВЛ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. На фоне исторического развития санаторно-курортного и лечебно-оздоровительного дела показаны становление и развитие самого массового вида специализированной реабилитационной помощи населению, на примерах деятельности организаторов реабилитационной службы в республике, развития и подготовке научных кадров, исследования курортных ресурсов Кыргызстана с разработкой рекомендаций по их рациональному использованию.

2. Снижение числа максимального развертывания коек в месяц отмечалось в 2021 году по отношению к 2015 году в санаториях на 4,3% (показатель наглядности – 95,7%), домах отдыха на 60,3% (показатель наглядности – 39,7%), пансионатах отдыха на 29,4% (показатель наглядности – 70,6%), пансионатах с лечением на 15,9% (показатель наглядности – 84,1%), базах отдыха на 40,5% (показатель наглядности – 59,5%), детских оздоровительных комплексах на 10,6% (показатель наглядности – 89,4%).

Высокая частота пролеченных пациентов наблюдалась по детскому отделению ($1,7 \pm 0,05$ и $1,2 \pm 0,04$, $p < 0,001$), санаторному отделению ($1,6 \pm 0,05$ и $2,1 \pm 0,05$, $p < 0,001$), отделению ортопедии ($1,6 \pm 0,05$ и $1,3 \pm 0,04$, $p < 0,001$, а также отделению внебюджетной деятельности ($3,0 \pm 0,07$ и $3,0 \pm 0,06$, $p > 0,05$). Выявлена высокая обращаемость по болезням костно-мышечной системы, болезням органов кровообращения, органов мочеполовой системы, органов дыхания. В основном для реабилитационного лечения обращаются пациенты с г. Бишкек, Чуйской и Иссык-Кульской областей. В 2020 году преобладали пациенты г. Бишкек ($3,9 \pm 0,06$) и Чуйской области ($4,4 \pm 0,06$), $p < 0,001$. Относительно обращаемости 2020 года, в 2021 году при спаде заболеваемости COVID-19, увеличилось обращаемость пациентов с Нарынской ($3,2 \pm 0,1$), Джалал-Абадской ($0,9 \pm 0,02$), Ошской ($0,5 \pm 0,01$), Таласской ($3,0 \pm 0,1$) и Баткенской ($1,2 \pm 0,04$) областей, $p < 0,001$.

3. Численность врачей-реабилитологов в государственных СК и ЛОУ КР за 2015-2021 гг. в основном имела тенденцию снижения во все годы, за исключением 2017 года, когда темп прироста составил +8,6%. Убыль числа реабилитологов была в 2016 году на -12,3%, 2018 году на -7,1%, 2019 году на -15,9%, 2020 году на -1,4% и 2021 году на -1,8%. В 2021 году их число снизилось в 1,3 раз относительно 2015 года. В тенденции численности врачей - реабилитологов в частных СК и ЛОУ КР выявлена снижение специалистов в 2016 году (-30,6%), 2020 году (-16,8%) и 2021 году (-9,6%).

Наибольшая удовлетворенность пациентов медицинской реабилитацией в КНИИКиВЛ установлена санитарно-гигиеническими условиями ($99,0 \pm 0,4$ на 100 пациентов), квалификацией медицинского персонала ($98,4 \pm 0,5$), $p > 0,05$, качеством реабилитационного лечения ($96,0 \pm 0,8$), $p < 0,01$, отношением медицинского персонала ($96,0 \pm 0,8$), $p > 0,05$.

4. Внедрение специальной реабилитационной программы по коронарной болезни сердца, деформирующем остеоартрозе, хронической болезни легких показала высокую эффективность в группе наблюдения, чем в группе сравнения.

5. Примененный метод SWOT-анализа позволил выявить факторы, влияющие на качество и эффективность реабилитационных технологий, разработку управленческих решений по перспективному развитию медицинской реабилитации, как составной части системы здравоохранения.

6. Научно обоснованы пути оптимизации медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях, предусматривающих создание условий для качественной, доступной реабилитационной помощи, эффективного использования и увеличения коечного фонда, совершенствования реабилитации специальными разработанными программами, укрепления материально-технической базы, внедрения современных технологий и стандартов, что позволит проводить полноценное оздоровление и охрану здоровья населения республики.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

I. На уровне Правительства Кыргызской Республики

1. Создать при Кабинете министров Кыргызской Республики рабочую группу, в составе представителей Министерства здравоохранения, Ассоциации курортов Кыргызстана, Федерации профсоюзов и руководителей центров реабилитации для разработки «Стратегии развития санаторно-курортного и лечебно-оздоровительного комплекса в Кыргызской Республике» и плана реализации интеграционного проекта на долгосрочные периоды.

2. Введение государственного реестра санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений Кыргызской Республики.

3. Координация реабилитационных программ санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений Кыргызской Республики.

4. Организовать научные исследования республиканского масштаба в целях развития и повышения эффективности медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики.

5. Создать резерв кадров санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений Кыргызской Республики.

6. Санаторно-курортным и лечебно-оздоровительным учреждениям Кыргызской Республики в обязательном порядке проходить государственную аккредитацию и международный стандарт качества с присвоением категорий качества.

7. Разработать нормативно-правовые акты по обеспечению функционирования санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждений Кыргызской Республики с точки зрения медицинской реабилитации, рационального использования и охраны природных лечебных ресурсов, лечебно-оздоровительных местностей.

II. На уровне Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

1. Кыргызский НИИ курортологии и восстановительного лечения определить ведущую роль в разработке и реализации реабилитационных программ.

2. Проводить мероприятия, направленные на интегрирование реабилитационной помощи в первичное звено здравоохранения. Организовать в областях республики реабилитационных кабинетов, отделений, разворачивания в районных больницах реабилитационных коек.

3. Внедрить клинические протоколы по медицинской реабилитации во всех санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях, что позволит значительно улучшить эффективность медицинской реабилитации по всей Кыргызской Республике.

4. Предложить санаторно-курортным и лечебно-оздоровительным учреждениям Кыргызской Республики и реабилитационным учреждениям ЕАЭС присоединиться и продвигать санаторно-курортный и лечебно-оздоровительный туризм с единой системой сопровождения пациентов. В рамках реализации проекта осуществлять оптимизацию внутренних ресурсов и выявления объектов санаторно-курортного лечения, привлечение новых клиентов, реализация инвестиционных программ развития объектов (в форме модернизации нового строительства объектов оздоровительной инфраструктуры, обновление медицинского оборудования).

III. На уровне местного самоуправления регионов Кыргызской Республики

1. Необходим общественный контроль за санаторно-курортными и лечебно-оздоровительными учреждениями, с учетом специфики отечественной санаторно-курортной отрасли, контроля качества санаторно-курортных услуг государством и профессиональными курортными ассоциациями/объединениями.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Буларкиева, Э. А.** История развития и становления санаторно-курортной и реабилитационной служб в Кыргызской Республике [Текст] / М. Т. Султанмуратов, Э. А. Буларкиева, Г. В. Белов // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2017. - № 3. - С. 4-11; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/contents.asp?id=34534535>
2. **Буларкиева, Э. А.** Современные проблемы развития курортной медицины в Кыргызстане [Текст] / М. Т. Султанмуратов, Э. А. Буларкиева // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2017. - № 3. - С. 12-13; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29987833>
3. **Буларкиева, Э. А.** Реабилитация пациентов с заболеваниями суставов в санаторно курортных условиях [Текст] / А.К. Буларкиев, Э. А. Буларкиева // Медицина Кыргызстана. - 2017. - № 3. - С. 41-43; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=30017092>
4. **Буларкиева, Э. А.** 60 лет на службе народу [Текст] / Э. А. Буларкиева. - Юбилейная книга. – Бишкек, 2017. - 136 с.
5. **Bularkieva, E. A.** Scientific substantiation of the organization of the health stage of rehabilitation of patients with priority diseases of the population of Kyrgyzstan [Text] / Э. А. Буларкиева, М. А. Sagymbayev // European Journal of Education and Applied Psychology. - 2018. - № 1. - P. 17-20.
6. **Bularkieva, E. A.** New paths of development of medical rehabilitation and sanatorium-resort services in the Kyrgyz Republic [Text] / М. А. Sagymbayev // European Journal of Education and Applied Psychology. - 2018. - № 2. - P. 24-27.
7. **Bularkieva, E. A.** Independent ranking assessment of the quality of services at a health resort institution of the Kyrgyz Republic [Text] / М. А. Sagymbayev // European Journal of Education and Applied Psychology. - 2018. - № 2. - P. 28- 30.
8. **Буларкиева, Э. А.** Саламаттык сактоо мекемелериндеги адистештирилген калыбына келтируу шартында ден-соолгунун мумкунчулугу чектелген майыптарга жана онокот оорулуу бейтаптарга топтомдук калыбына келтируунун санатордук этаптарын уюштуруу боюнча [Текст]: усулдук корсотмо / [Э. А. Буларкиева, М. А. Сагымбаев, Ш. Р. Сатыбалдиев и др.]. - Бишкек, 2018. – С 35.
9. **Буларкиева, Э. А.** Санаторно-курортная помощь населению Кыргызстана [Текст] / Э. А. Буларкиева, М. А. Сагымбаев // Медицинская сестра. - Москва, 2019. - № 2. - С. 49-50; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=37156585>
10. **Буларкиева, Э. А.** Реабилитация больных ХОБЛ в Кыргызском НИИ курортологии и восстановительного лечения [Текст] / М. А. Сагымбаев, М. Т.

Султанмуратов // Актуальные научные исследования в современном мире. - Переяслав. - 2020. - № 5-9 (61). - С. 50-56.

11. **Bularkieva, E. A.** Quality assessment and medical rehabilitation efficiency in the Kyrgyz research institute of balneal therapy and rehabilitation treatment [Text] / [E. A. Bularkieva, M. A. Sagymbaev, E. M. Sagymbaev // Annals of R.S.C.B. - Canada, 2021. - Vol. 25, issue 1. - P. 5763-5774; Same: [Electronic Resource]. - Access mode: <https://www.annalsofrscb.ro/index.php/journal/article/view/743/625>

12. **Bularkieva, E. A.** Comprehensive analysis of the medical and social significance of rehabilitation in health resort institutions of the Kyrgyz Republic [Text] / E. A. Bularkieva, M. A. Sagymbaev, E.M. Sagymbaev // European Journal of Molecular & Clinical Medicine. - London, 2020. - Vol. 7, Issue 9. - P. 1242-1252; Same: [Electronic Resource]. - Access mode https://ejmcm.com/pdf_4910_e4d20b342cd785a8de2e9e1335b00863.html

13. **Bularkieva, E. A.** Medical Efficiency of Cardiological Rehabilitation in Health Resort and Health Facilities on the Example of the Kyrgyz Research Institute of Balneology and Rehabilitation Treatment [Text] / M. A. Sagymbaev // Acta Scientific Medical sciences. - 2022. - Vol. 6, Issue 6. - P. 210-214.

14. **Буларкиева, Э. А.** К вопросу качества оказания реабилитационной помощи в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызстана [Текст] / Э. А. Буларкиева, М. А. Сагымбаев // Бюллетень науки и практики. - Нижневартовск, 2022. - Т. 8, № 1. - С. 169-172; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=47789264>

15. **Буларкиева, Э. А.** Медицинская эффективность кардиологической реабилитации в санаторно-курортных и лечебно – оздоровительных учреждениях на примере КНИИКиВЛ [Текст] / Э. А. Буларкиева // Бюллетень науки и практики. - Нижневартовск, 2022. - Т. 8, № 2. - С. 152-160. То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48033761>

16. **Буларкиева, Э. А.** Анализ состояния больных, получивших реабилитационное лечение в Кыргызском НИИ курортологии и восстановительного лечения [Текст] / Э. А. Буларкиева // Бюллетень науки и практики. - Нижневартовск, 2022. - Т. 8, № 3. - С. 217-226; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48178112>

17. Перспективы развития медицинской реабилитации и курортологии в Киргизской Республике [Текст] / М. А. Сагымбаев, Э. А. Буларкиева // Бюллетень науки и практики. - Нижневартовск, 2022. - Т. 8, № 6. - С. 441-445; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48711606>

18. **Буларкиева, Э. А.** Анализ кадрового ресурса при реализации медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных

учреждениях Кыргызской Республики [Текст] / Э. А. Буларкиева // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2021. - № 9. - С. 55-58; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48219339>

19. Буларкиева, Э. А. Анализ финансового ресурса Кыргызского НИИ курортологии и восстановительного лечения [Текст] / Э. А. Буларкиева // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2022. - № 6. - С. 156-161.

20. Буларкиева, Э. А. Оценка качества и эффективности оказания медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики [Текст] / / Э. А. Буларкиева, М. А. Сагымбаев. – 2022. - № 4. - С. 145-148; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49516441>

Буларкиева Элиза Алымкуловнанын «Кыргыз Республикасынын санаториялык-курорттук жана ден соолукту чыңдоочу мекемелеринде медициналык калыбына келтирүүнүн илимий негиздемеси жана аларды оптималдаштыруунун жолдору» деген темада 14.02.03 – коомдук саламаттык жана саламаттык сактоо адистиги боюнча медицина илимдеринин доктору окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын кыскача

КОРУТУНДУСУ

Негизги сөздөр: медициналык калыбына келтирүү, дарылоо-ден соолукту чыңдоочу мекемелер, калыбына келтирүү, калыбына келтирүүчү кызмат, санаториялык-курорттук мекемелер.

Изилдөөнүн объектиси: Кыргыз Республикасынын санаториялык-курорттук жана дарылоо-ден соолукту чыңдоочу мекемелери.

Изилдөөнүн предмети: калктын оорундуулугу, калктын майыптуулугу, медициналык калыбына келтирүүнүн сапаты жана натыйжалуулугу, калыбына келтирүүчү жардам, каржылык ишкердиктин көрсөткүчтөрү.

Изилдөөнүн максаты: Кыргыз курортология жана калыбына келтирүүчү дарылоо илимий-изилдөө институтунун мисалында Кыргыз Республикасынын санаториялык-курорттук жана ден соолукту чыңдоочу мекемелеринде медициналык калыбына келтирүүнү жакшыртуунун жолдорун илимий жактан негиздөө жана оптималдаштыруу.

Изилдөөнүн ыкмалары: аналитикалык, тарыхый, эксперттик баамдоо ыкмасы, ретроспективдүү, статистикалык, анкеттөө, SWOT-талдоо.

Алынган жыйынтыктар жана алардын жанылыгы. Биринчи жолу санаториялык-курорттук иштин өнүгүү этаптарына талдоо жүргүзүлүп, Кыргыз

Республикасындагы медициналык калыбына келтирүүнүн медициналык-социалдык маанилүүлүгү аныкталган. Калыбына келтирүүчү мекемелердин жатак орундук фондунун иштеринин аткарылышынын салыштырма салмагынын жылдар боюнча өзгөрүүсү белгиленген, ал эми 2020-2021-жылдары кескин төмөндөгөнү белгиленген. Сөөк-булчуң системасынын, кан айлануу, дем алуу органдарынын оорулары менен ооругандардын кайрылуусунун аныкталган жогорку тенденциясы оорулардын бул түрлөрү боюнча атайын калыбына келтирүүчү программаны иштеп чыгууну талап кылды. Биринчи жолу мамлекеттик реабилитолог-дарыгерлердин санынын кыскаруу тенденциясы жана жеке медициналык калыбына келтирүү мекемелеринин көбөйүшү байкалды. Медициналык калыбына келтирүүнүн сапатын баамдоо бейтаптардын медициналык калыбына келтирүүгө жогорку канааттануусун көрсөттү. Коронардык жүрөк оорусу, деформациялоочу остеоартроз, өпкөнүн өнөкөт обструктивдүү оорулары менен ооруган бейтаптарды медициналык калыбына келтирүү боюнча ишке киргизилген жана текшерилген атайын программалар жогорку натыйжалуулукту көрсөттү. SWOT-талдоо ыкмасы уюштуруунун күчтүү жана алсыз жактарын, Кыргыз курортология жана калыбына келтирүү илимий-изилдөө институтунун ишмердүүлүгүндөгү мүмкүнчүлүктөрдү жана тобокелдиктерди аныктады, бул алдын алуучу жана дарылоо технологиялардын атаандаштыкка жөндөмдүүлүгүн, таасирдүүлүгүн, кадрлар менен камсыздалгандыгын баамдоого мүмкүндүк берди. Кыргыз Республикасынын санаториялык-курорттук жана ден соолукту чыңдоочу мекемелеринде медициналык калыбына келтирүүнү оптималдаштыруунун иштелип чыккан жолдору калыбына келтирүүчү дарылоого жана өнөкөт оорулардын күчөп кетишинин алдын алууга багытталган.

Колдонуу тармагы: коомдук саламаттык жана саламаттык сактоо

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Буларкиевой Элизы Алымкуловны на тему: «Научное обоснование проведения медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики и пути их оптимизации», представленной на соискании ученой степени доктора медицинских наук по специальностям 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Ключевые слова: медицинская реабилитация, лечебно-оздоровительные учреждения, реабилитация, реабилитационная служба, санаторно-курортные учреждения.

Объект исследования: санаторно-курортные и лечебно-оздоровительные учреждения Кыргызской Республики.

Предмет исследования: заболеваемость населения, инвалидность населения, качество и эффективность медицинской реабилитации, реабилитационная помощь, показатели финансовой деятельности.

Цель исследования: научное обоснование и оптимизация путей совершенствования медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики на примере Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения.

Методы исследования: аналитический, исторический, метод экспертных оценок, ретроспективный, статистический, анкетирование, SWOT- анализ.

Полученные результаты и их новизна. Впервые проведен анализ этапов развития санаторно-курортного дела и определена медико-социальная значимость медицинской реабилитации в Кыргызской Республике. Установлены колебания удельного веса выполнения работы коечного фонда реабилитационными учреждениями по годам, при этом отмечается резкое снижение в 2020-2021 годы. Выявленная тенденция высокой обращаемости пациентов с болезнями костно-мышечной системы, кровообращения, дыхания обусловило необходимость разработки специальной программы реабилитации по данным классам болезней. Впервые установлена преобладающая тенденция снижения числа врачей-реабилитологов в государственных и увеличения в частных учреждениях медицинской реабилитации. Оценка качества медицинской реабилитации показала высокую удовлетворенность пациентов медицинской реабилитацией. Внедренные и апробированные специальные программы по медицинской реабилитации пациентов с коронарной болезнью сердца, деформирующим остеоартрозом, хронической обструктивной болезнью легких показали высокую эффективность. Методом SWOT-анализа определены сильные и слабые стороны организации, возможности и риски в деятельности Кыргызского НИИ курортологии и восстановительного лечения, позволившие оценить конкурентную способность, эффективность профилактических и лечебных технологий, кадровое обеспечение. Разработанные пути оптимизации медицинской реабилитации в санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных учреждениях Кыргызской Республики направлены на восстановительное лечение и профилактику обострения хронических заболеваний.

Область применения: общественное здоровье и здравоохранение.

SUMMARY

of the dissertation work of Bularkieva Eliza Alymkulovna on the topic «Scientific justification of medical rehabilitation in sanatorium-resort and health-improving institutions of the Kyrgyz Republic and ways to optimize them» for degree of Doctor of Medical Sciences in the specialties of 14.02.03 - public health and health care

Key words: medical rehabilitation, health-improving institutions, rehabilitation, rehabilitation service, sanatorium-resort institutions.

The object of the study: sanatorium-resort and health-improving institutions of the Kyrgyz Republic.

The subject of the study: morbidity of the population, disability of the population, quality and effectiveness of medical rehabilitation, rehabilitation assistance, indicators of financial activity.

The purpose of the study: The purpose of the study: scientific justification and optimization of ways to improve medical rehabilitation in sanatorium-resort and health-improving institutions of the Kyrgyz Republic on the example of the Kyrgyz Research Institute of Balneology and Restorative Treatment.

Research methods: analytical, historical, expert assessment method, retrospective, statistical, questionnaire, SWOT analysis.

The results obtained and their novelty. For the first time, an analysis of the stages of development of the sanatorium-resort business was carried out and the medical and social significance of medical rehabilitation in the Kyrgyz Republic was determined. Fluctuations in the specific gravity of the work of the bed fund by rehabilitation institutions by year have been established, while there is a sharp decrease in 2020-2021. The revealed trend of high circulation of patients with diseases of the musculoskeletal system, blood circulation, respiration led to the need to develop a special rehabilitation program for these classes of diseases. For the first time, the prevailing trend of a decrease in the number of rehabilitation doctors in public and an increase in private medical rehabilitation institutions has been established. Assessment of the quality of medical rehabilitation showed high patient satisfaction with medical rehabilitation. Implemented and tested special programs for medical rehabilitation of patients with coronary heart disease, deforming osteoarthritis, chronic obstructive pulmonary disease showed high effectiveness. The method of SWOT analysis identified the strengths and weaknesses of the organization, opportunities and risks in the activities of the Kyrgyz Research Institute of Balneology and Restorative Treatment, which made it possible to assess the competitive ability, effectiveness of preventive and therapeutic technologies, personnel support. The developed ways to optimize medical rehabilitation in sanatorium-resort and health-improving institutions of the Kyrgyz Republic are aimed at restorative treatment and prevention of exacerbation of chronic diseases.

Field of application: public health and health.

Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы»
720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92.
Тираж 100 экз.