

«Ведомственный» порядок медицинских осмотров работников сферы федерального железнодорожного транспорта устанавливают следующие нормативные правовые документы: приказ МПС РФ от 29.03.1999 № 6Ц «Об утверждении Положения о порядке проведения обязательных предварительных, при поступлении на работу, и периодических медицинских осмотров на федеральном железнодорожном транспорте», постановление Правительства РФ от 08.09.1999 № 1020 «Об утверждении перечня профессий и должностей работников, обеспечивающих движение поездов, подлежащих обязательным предварительным, при поступлении на работу, и периодическим медицинским осмотрам», приказ Минздравсоцразвития России от 19.12.2005 № 796 «Об утверждении Перечня медицинских противопоказаний к работам, непосредственно связанным с движением поездов и маневровой работой». Указанные документы имеют значительную давность и нуждаются в обновлении. Работа по пересмотру перечисленных приказов в настоящий момент ведется Министерством транспорта РФ совместно с Министерством здравоохранения РФ.

Приказ Минздрава СССР от 06.09.1989 № 511 «Об улучшении организации медико-санитарного обеспечения работников морского, речного флота и рыбного хозяйства» в 2012 г. утратил свою силу. Федеральным медико-биологическим агентством подготовлен проект регламента медицинских осмотров

лиц, выполняющих работы на судах, однако для его утверждения требуется осуществить ряд мероприятий по гармонизации законодательства Российской Федерации с ратифицированной Конвенцией 2006 г. о труде в морском судоходстве.

«Ведомственный» порядок медицинских осмотров работников сферы гражданской авиации регламентируется приказом Минтранса РФ от 22.04.2002 № 50 «Об утверждении Федеральных авиационных правил «Медицинское освидетельствование летного, диспетчерского состава, бортпроводников, курсантов и кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации», который также имеет значительную давность и нуждается в обновлении. Работа по пересмотру порядка медицинских осмотров работников сферы гражданской авиации в настоящий момент ведется Министерством транспорта РФ совместно с Министерством здравоохранения РФ.

Таким образом, развитие нормативной базы в области профпатологии и охраны здоровья работников является неотъемлемой частью системы современного и своевременного медицинского обеспечения работающего населения в условиях воздействия вредных и опасных производственных факторов. Данная система нуждается в постоянном контроле и своевременном обновлении действующих регламентов, что позволит качественно проводить профилактику несчастных случаев и профессиональных заболеваний на производстве.

УДК 614.2

Оригинальная статья

### АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ОРГАНИЗАЦИОННЫМИ ФОРМАМИ ПРОВЕДЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*Т. В. Шаповаленко — ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Министерства здравоохранения России, заместитель директора по медицинской части, кандидат медицинских наук.*

### ANALYSIS OF MEDICAL INSTITUTIONS WITH VARIOUS ORGANIZATIONAL FORMS OF REHABILITATION TREATMENT AND OUTPATIENT DEPARTMENTS

*T. V. Shapovalenko — Treatment and Rehabilitation Center of the Ministry of Health of Russia, Deputy Medical Director, Candidate of medical sciences.*

Дата поступления — 11.12.2013 г.

Дата принятия в печать — 16.12.2013 г.

**Шаповаленко Т. В. Анализ деятельности медицинских учреждений с различными организационными формами проведения восстановительного лечения и реабилитации в амбулаторных условиях // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 4. С. 990–994.**

*Цель:* проведение анализа деятельности двух медицинских учреждений, оказывающих услуги по реабилитации и восстановительному лечению взрослому населению, имеющих различные организационные формы. *Материал и методы.* Изучен практический опыт оказания медицинской помощи по восстановительному лечению и реабилитации взрослому населению на основе медико-статистической обработки отчетной документации центра восстановительной медицины и реабилитации, функционирующего на базе крупной многопрофильной медицинской организации — ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России за пять лет и межрайонного центра восстановительного лечения, работающего на базе городской поликлиники Санкт-Петербурга. *Результаты.* Установлена целесообразность оказания данного вида специализированной медицинской помощи медицинскими учреждениями с разными организационными формами. *Заключение.* Межрайонные центры реабилитации, функционирующие в составе городских поликлиник, несомненно необходимы, как наиболее приближенные к месту жительства пациентов, однако такие функции, как диагностика функционального состояния организма и объективная оценка состояния здоровья пациентов с использованием скрининговых методик; обследование организованных коллективов и групп населения с целью выявления групп риска; установление степени влияния на состояние здоровья факторов внешней среды; активное наблюдение за лицами с факторами повышенного риска заболеваний и коррекция выявленных функциональных нарушений и т.д., могут выполняться лишь в центрах, организованных на базе современных многопрофильных лечебно-профилактических учреждений, оснащенных современным диагностическим оборудованием, позволяющим дополнять традиционные методы медикаментозной терапии новыми эффективными методиками лечения.

**Ключевые слова:** организация восстановительного лечения и реабилитации, центр восстановительной медицины и реабилитации.

**Shapovalenko T. V. Analysis of medical institutions with various organizational forms of rehabilitation treatment and outpatient departments // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 4. P. 990–994.**

*The study aimed* organization of the analysis of activity of two medical institutions rendering services in rehabilitation and recovery treatment to adult population, having various organizational forms. *Material and Methods.* For five years there had been studied practical experience of rendering medical care on recovery treatment and rehabilitation to adult population on the basis of medico-statistical processing of reporting documentation of the Medicine Recovery Center and the rehabilitation, Ministry of Health of Russia functioning on the basis of the "Medical and Rehabilitation Center" — large versatile medical center and the interdistrict center of recovery treatment on the basis of city polyclinic of St. Petersburg. *Results.* As a result it had been established an advisability of rendering this type of specialized medical care by medical institutions with different organizational forms. *Conclusion.* The interdistrict centers of rehabilitation functioning as a part of city polyclinics, are undoubtedly necessary, as the closest medical setting for patients' homes, however such functions as diagnostics of a functional condition of an organism and an objective assessment of a state of health of patients with use of screening techniques; inspection of the organized collectives and groups of the population for the purpose of identification of groups of risk, establishment of extent of influence of environmental factors on a state of health, active supervision over persons with factors of the increased risk of diseases and correction of the revealed functional violations, etc. can be performed only in the centers organized on the basis of modern versatile treatment-and-prophylactic establishments, equipped with the modern diagnostic devices, allowing to supplement traditional methods of drug therapy with new effective techniques of treatment.

**Key words:** organization of rehabilitation treatment and rehabilitation center of different forms.

**Введение.** Социальные и экономические перемены последних лет обусловили возникновение серьезных проблем в здравоохранении (недофинансирование, устаревшая материально-техническая база, износ медицинского оборудования и зданий, низкая заработная плата, неэффективные методы управления лечебными учреждениями) и, как следствие, ухудшение демографической ситуации и показателей здоровья населения [1–3].

Слабая профилактическая направленность системы здравоохранения является существенным недостатком. Особую значимость данное направление приобретает в связи с переходом отечественного здравоохранения от системы, ориентированной преимущественно на лечение заболеваний, к системе охраны здоровья граждан, основанной на повышении адаптационных возможностей организма и профилактики заболеваний [4, 5].

Медицинская помощь по восстановительной медицине в соответствии с пунктом 5.2.101 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 321, осуществляется посредством оценки (диагностики) функциональных резервов организма, комплексного применения лекарственной и немедикаментозной (технологий физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа, лечебного и профилактического питания, мануальной терапии, психотерапии, рефлексотерапии, других технологий традиционной медицины) терапии и может осуществляться как в крупных центрах восстановительной медицины и реабилитации (действующих в т.ч. на базе многопрофильных медицинских лечебно-профилактических учреждений), так и в отделениях (центрах) восстановительного лечения на базе городских амбулаторно-поликлинических учреждений [6–8].

**Цель:** анализ деятельности двух медицинских учреждений, оказывающих услуги по реабилитации и восстановительному лечению взрослому населению, имеющих различные организационные формы.

**Материал и методы.** Для достижения поставленной цели изучен практический опыт оказания медицинской помощи по восстановительному лечению и реабилитации взрослому населению мегаполисов на основе медико-статистической обработки отчетной документации центра восстановительной ме-

дицины и реабилитации, действующего в структуре крупного многопрофильного медицинского центра, и межрайонного центра восстановительной медицины, действующего на базе городской поликлиники (отчетные формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении за \_\_\_ г.», а также Ф № 039/у-02 «Ведомости учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому») за пять лет (2007-2011). Кроме того, исследовались медицинские карты пациентов межрайонного центра восстановительного лечения на базе городской поликлиники за 2007 и 2011 гг. Всего изучено 5900 документов.

Статистический анализ результатов проводился с применением традиционных статистических методов: расчет относительных величин (экстенсивных и интенсивных показателей) (%), показателей динамического ряда (абсолютного прироста, показателей пророста, темпов роста, прироста). Расчеты произведены на персональном компьютере с использованием прикладной программы Excel-2007.

**Результаты.** В межрайонный центр восстановительного лечения, функционирующий в составе амбулаторно-поликлинического учреждения «Городская поликлиника № 51», направляются на реабилитацию и получение восстановительного лечения пациенты, проживающие в пяти районах Санкт-Петербурга. Общее число прикрепленного к центру на 01.12.2012 г. взрослого населения составляет 1 147 169 чел.

В межрайонном центре на фоне поддерживающей медикаментозной терапии осуществляется использование различных физических методов лечения, для проведения которых используются соответствующие помещения, а включение в состав центра кабинета традиционных методов лечения и отделения психотерапевтических методов лечения позволяет оказывать квалифицированную амбулаторную реабилитационную помощь с использованием не только физических методов (ЛФК, физиотерапии (электролечение; светолечение; лечение ультразвуком; лечение искусственной воздушной средой; водолечение; теплелечение, массаж)), но и мануальной терапии, рефлексотерапии, фитотерапии, современных методов психокоррекции и психотерапии.

В связи с тем что восстановительное лечение включено в Программу государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи, основным источником финансирования межрайонного центра являются средства территориального фонда ОМС. Кроме того, ввиду расширения функций меж-

**Ответственный автор** — Шаповаленко Татьяна Владимировна  
Адрес: 125367, Москва, Ивановское шоссе, д. 3.  
Тел.: (495) 730-98-89  
E-mail: shapovalenkotv@mail.ru

районных центров восстановительного лечения с возложением на него функций по скрининговым исследованиям, выявлению преморбидных состояний и заболеваний на ранних стадиях, а также в связи с установкой нового медицинского оборудования с 2011 г. центр стал активно оказывать медицинские услуги как в рамках системы добровольного медицинского страхования, так и за счет личных средств граждан. Так, если в 2010 г. (согласно данным «Ведомости учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому») (Ф 039/у-02) к врачам центра было осуществлено только 56 посещений в рамках программы ДМС и 26 — в рамках оказания платных услуг, то в 2011 г. число врачебных посещений по ДМС возросло более чем в одиннадцать раз, составив 666 посещений, во столько же раз возросло число посещений к врачам центра, оплаченных за счет личных средств пациентов, составив 299 посещений.

Фактическая обеспеченность населения амбулаторной реабилитационной помощью характеризуется числом пациентов, получивших медицинскую помощь в центре восстановительного лечения.

В целом можно отметить постоянный рост абсолютного числа пролеченных в базовом центре пациентов (+77,6%) с 1570 чел. в 2007 г. до 2433 чел. в 2011 г. В расчете на 1000 взрослого населения, проживающего на территории обслуживания базового межрайонного центра, в 2011 г. восстановительное лечение в нем получили 1,94 пациента (для сравнения: в 2002 г. данный вид лечения получили 1,16 пациента), т.е. уровень данного показателя за 10 лет несколько увеличился.

Более половины из пациентов, обратившихся в базовый центр, составляют лица с заболеваниями костно-мышечной системы и травмами. Однако, если в 2007 г. доля таких пациентов составляла почти 2/3 (72,3%) от всех поступивших в центр, то к 2011 г. она составляла только 56,1%. Соответственно значительно возросла доля больных с заболеваниями системы кровообращения (+63,2%). Данная тенденция является характерной для такого мегаполиса, как Санкт-Петербург, где в целом по классу БСК наблюдался однозначный рост показателей общей и первичной заболеваемости [9, 10]

Основными методами восстановительного лечения в межрайонном центре восстановительного лечения являются немедикаментозные методы лечения, и в первую очередь лечебная физкультура и физиотерапия. Число физиотерапевтических процедур в расчете на 1 пациента, закончившего лечение в базовом центре, существенно возросло с 32,0 физиотерапевтической процедуры в 2007 г. до 45,0 процедуры в 2011 г., что объясняется вводом в действие в центре новых видов медицинского оборудования для физиотерапии. Число занятий ЛФК в расчете на 1 пациента, закончившего лечение, за прошедшие годы снизилось с 15,0 занятия в 2007 г. до 12,6 занятия в 2011 г.

В отличие от межрайонного, центр восстановительной медицины и реабилитации (ЦВМР) действует на базе крупного многопрофильного стационара «Лечебно-реабилитационном центре» МЗ РФ (ЛРЦ), который является интегрированным медицинским учреждением, имеющим все возможности для оказания высококвалифицированной медицинской помощи населению. Достаточная материально-техническая база (включающая как имеющиеся здания и сооружения, так и необходимую для качественной

диагностики и лечения медицинскую аппаратуру) позволяет оказывать медицинскую помощь (амбулаторную и стационарную) по многим профилям патологии.

В состав ЦВМР входят десять отделений: лечебно-диагностическое; кардиопульмонологической реабилитации; нейрореабилитации; реабилитации больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата; функциональной диагностики; спортивной реабилитации; вертебрологии и мануальной терапии; репродуктивных технологий; лечебной физкультуры; физиотерапии.

В ЦВМР работают врачи следующих специальностей: врач ЛФК, физиотерапевт, невролог, вертебролог, кардиолог, терапевт, травматолог, психотерапевт, нейропсихолог, врач функциональной диагностики и врач ИРТ.

Сравнительный анализ каналов направления первичных пациентов, прошедших реабилитационные программы в ЦВМР, показал, что большинство из них (как и следовало ожидать) были направлены стационарными отделениями ЛРЦ, и доля таких пациентов увеличилась в течение пяти лет почти в 2,5 раза: с 25,5% в 2007 г. до 60,8% в 2011 г. Абсолютное число таких пациентов увеличилось с 1821 в 2007 г. до 3787 в 2011 г. (+207,9%). Можно отметить значительное увеличение доли пациентов, направленных из: травматологического отделения (в 30,3 раза), хирургических отделений (в 8,5 раза), гинекологического отделения (в 15,3 раза), нейрохирургического отделения (в 10,5 раза). Доля пациентов, направленных из амбулаторно-поликлинического отделения ЛРЦ, за пять лет постепенно снизилась почти в два раза: с 31,8% в 2007 г. до 16,6% в 2011 г. Абсолютное число таких пациентов снизилось с 3778 в 2007 г. до 1641 в 2011 г. (-56,6%). В структуре каналов направления снизилась почти в 3 раза доля пациентов, направленных страховыми компаниями, с 9,0% в 2007 г. до 3,3% в 2011 г. Доля пациентов, обратившихся без направления, также снизилась почти в 2 раза с 31,8% в 2007 г. до 19,1% в 2011 г. Абсолютное число пациентов, обратившихся в ЦВМР без направления, уменьшилось с 4009 чел. в 2007 г. до 1887 чел. в 2011 г. (-52,9%) (таблица).

В целом в течение пяти лет нозологический состав пациентов, прошедших реабилитационные программы, практически не менялся, и большинство составили пациенты с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани. В структуре заболеваний доля пациентов с данным диагнозом возросла с 33,0% в 2007 г. до 47,2% в 2011 г. (темпы прироста составил +22,9%).

Общее количество процедур при проведении реабилитационных программ в ЦВМР имеет общую тенденцию к росту (с 186438 в 2007 г. до 267296 в 2011 г. (+43,3%)).

Среднее число процедур в расчете на 1 пациента, прошедшего реабилитационную программу, возросло с 15,9 до 27,1 процедуры на 1 пациента, закончившего лечение, т.е. почти в 2 раза, что связано с внедрением и усовершенствованием новых технологий в 2011 г., приобретением нового медицинского оборудования, и, несомненно, сказывается на улучшении качества оказания данного вида медицинской помощи.

В настоящее время ФГБУ ЛРЦ не включен в систему оказания медицинской помощи гражданам РФ по обязательному медицинскому страхованию (ОМС). Основными источниками финансирования

**Динамика числа и структуры пациентов ЦВМП, прошедших реабилитационные программы по различным каналам направления? за 2007–2011 гг. (в абсолютных числах и процентах к итогу)**

Канал направления в ЦВМП	2007		2008		2009		2010		2011	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отделения ЛРЦ										
Ортопедическое	1012	8,5	1364	9,9	1112	10,6	920	10,9	1008	10,2
Травматологическое	32	0,3	987	7,1	37	0,3	713	8,4	897	9,1
Урологическое	76	0,6	169	1,2	75	0,7	327	3,9	285	2,9
Гинекологическое	37	0,3	168	1,2	41	0,4	176	2,1	460	4,6
Лечебно-диагностическое	46	0,4	204	1,5	46	0,5	218	2,6	159	1,6
Хирургическое	94	0,8	118	0,9	85	0,8	300	3,5	602	6,8
Неврологическое	524	4,4	1065	7,7	726	6,9	964	11,4	941	9,5
Нейрохирургическое	51	0,4	48	0,3	51	0,6	52	0,6	420	4,2
Кардиологическое	198	1,7	298	2,2	198	1,9	170	2,0	250	2,5
Терапевтическое	964	8,1	764	5,5	764	7,3	1011	11,9	819	8,3
Дерматоонкология и пластическая хирургия	-	-	-	-	-	-	-	-	136	1,4
Амбулаторно-поликлиническое	3778	31,8	3583	25,9	2827	26,9	1551	18,3	1641	16,6
Страховые компании	1072	9,0	983	7,1	1160	11,0	312	3,7	328	3,3
Без направления	4009	33,7	4070	29,5	3369	32,1	1744	20,7	1887	19,1
Итого	11893	100,0	13821	100,0	10491	100,0	8458	100,0	9903	100,0

ФГУ ЛРЦ, а следовательно, и ЦВМП являются: средства из федеральных бюджетов (как федерального, так и региональных), средства, полученные за оказание населению платных медицинских услуг, а также оказание медицинских услуг в системе ДМС. Кроме того, за счет средств федерального бюджета на основании государственного задания в Центре оказывается высокотехнологичная медицинская помощь и специализированная медицинская помощь.

Приобретение дорогостоящего оборудования, проведение капитального ремонта, медико-социальные программы по реабилитации финансируются из бюджета федерального уровня и платных медицинских услуг.

В ЦВМП разработаны и используются программы ранней медицинской реабилитации пациентов после тотального эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей. Количество пациентов, прошедших указанный курс медицинской реабилитации, составило 3002 человека в 2011 г.

В целом в течение четырех лет нозологический состав пациентов, прошедших реабилитационные программы, практически не менялся, и большинство составили пациенты с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани. Минимальное число пациентов, входящих в данную нозологическую группу, выявлено в 2010 г. (3389 чел.) а максимальное (5054 чел.) в 2008 г. Однако в структуре заболеваний доля пациентов с данным диагнозом возросла с 33,0% в 2007 г. до 47,2% в 2011 г. (темпы прироста составил +22,9%).

Можно отметить существенный рост пациентов с заболеваниями системы кровообращения, как в абсолютных числах, так и в структуре заболеваний (второе место в структуре заболеваний: 2011 г. — 15,1% (2010 г. — 15,4%)). Третье место (13,9% в 2011 г.) в структуре пациентов, получивших реабили-

тационные программы, занимают больные с травмами. Довольно большую долю в структуре пациентов, прошедших реабилитационные программы, занимали больные с болезнями мочеполовой системы (их удельный вес в разные годы составлял от 17,0% в 2007 г. до 10,9% в 2011 г. (-35,9%)). Необходимо отметить, что в 2010 г. реабилитацию прошли 65 пациентов с новообразованиями, однако их доля составила в общей структуре только 0,8%, а в 2011 г. доля таких пациентов выросла почти в 2 раза, составив уже 1,4%.

Как уже отмечалось, базовый Центр оснащен современным диагностическим оборудованием, позволяющим дополнять традиционные методы диагностики новыми, более эффективными методиками, позволяющими проводить комплексное обследование всех систем организма человека. Доля диагностических исследований, в расчете на 100 пациентов, получивших реабилитационные программы, составляет 98,9%, т.е. практически всем реабилитантам были проведены те или иные виды исследований.

Общее количество процедур при проведении реабилитационных программ в ЦВМП имеет общую тенденцию к росту (с 186438 в 2007 г. до 267296 в 2011 г. (+43,3%)), при этом наибольшее число проведенных процедур пришлось на 2008 г. (наибольшее число посещений в ЦВМП), в 2009 г. и в 2010 г. наблюдался некоторый спад (-7,9 и -19,3% соответственно), по сравнению с 2008 г., принятым за 100%, затем в 2011 г. обозначился прирост общего числа проведенных процедур, темпы прироста составил +2,7%.

Среднее число процедур в расчете на 1 пациента, прошедшего реабилитационную программу, возросло за пятилетний период деятельности центра с 15,9 в 2007 г. до 27,1 процедуры на 1 пациента, закончившего лечение, в 2011 г., т.е. почти в 2 раза, что связано с внедрением и усовершенствованием

новых технологий, приобретением ультрасовременного медицинского оборудования, что, несомненно, сказалось на улучшении качества оказания данного вида медицинской помощи.

**Обсуждение.** Тот факт, что трудности в работе своего учреждения одна треть опрошенных врачей связывают с недостаточным финансированием, указывает на наличие проблем в этой области. В настоящее время следует признать, что положение с финансированием всех ЛПУ несколько улучшилось, однако еще далеко не достигает оптимального уровня и требует дальнейших активных поисков путей ее улучшения. Опрошенные врачи видят перспективы улучшения качества и доступности восстановительного лечения и реабилитации также в принятии оптимальных управленческих решений в области мотивации медицинского персонала и маркетинговой деятельности.

Восстановительное лечение в условиях поликлиники должно охватывать всех лиц со сниженной в результате травм, острых и хронических заболеваний трудоспособностью. Целесообразность создания отделений восстановительного лечения при базовых поликлиниках, а не самостоятельного центра при специализированных межрайонных диспансерах обусловлена рядом объективных обстоятельств. Во-первых, близость поликлиники к месту жительства больного расширяет возможности частых посещений центра. Во-вторых, больной отделения восстановительного лечения в условиях крупной поликлиники обеспечен всеми необходимыми консультациями узких специалистов.

При этом такие особенности работы профилактических учреждений, как этапность и преемственность между амбулаторно-поликлиническим и стационарным звеном (замкнутый цикл лечения пациентов в соответствии с рекомендациями ВОЗ: поликлиника — стационар — реабилитация — поликлиника), удастся реализовать в центрах, действующих на базе крупных многопрофильных медицинских учреждений.

**Заключение.** Таким образом, по результатам проведенного нами анализа деятельности двух различных структурных организаций центров восстановительного лечения, оказывающих амбулаторную специализированную помощь населению мегаполисов, можно сделать выводы о том, что межрайонные центры реабилитации, функционирующие в составе городских поликлиник, несомненно, необходимы как наиболее приближенные к месту жительства пациентов, но такие функции, как диагностика функционального состояния организма и объективная оценка состояния здоровья пациентов с использованием скрининговых методик; обследование организованных коллективов и групп населения с целью выявления групп риска, установления степени влияния на состояние здоровья факторов внешней среды; активное наблюдение за лицами с факторами повышенного риска заболеваний и коррекция выявленных функциональных нарушений и т.д., выполняются как раз в центрах, организованных на базе современных многопрофильных лечебно-профилактических учреждений, оснащенных современным диагностическим оборудованием, позволяющим дополнять традиционные методы медикаментозной терапии новыми эффективными методиками лечения.

**Конфликт интересов.** Работа выполнена в рамках диссертационного исследования на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

#### Библиографический список

1. Гусев А.О. Некоторые аспекты развития восстановительного лечения в стационарах крупного города // Пробл. управления здравоохранением. 2010. № 6. С. 23–25.
2. Миняев В.А., Поляков И.В., Шестакова Н.А. Формы и методы работы крупной городской поликлиники (опыт работы поликлиники № 51 Ленинграда). Л.: Медицина, 1980. 207 с.
3. Скворцова В.И., Гудкова В.В., Иванова Г.Е. Принципы ранней реабилитации больных с инсультом // Инсульт. 2002. № 7. С. 28–33.
4. Лядов К.В., Шаповаленко Т.В., Беганова Т.В. Научно-методологические подходы к организации центров восстановительной медицины и медицинской реабилитации. М.: Медпрактика, 2010. 232 с.
5. Макаридзе А.О., Гусев А.О. Анализ некоторых показателей работы отделения восстановительного лечения кардиологического профиля // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр. / под ред. Н.И. Вишнякова. СПб., 2011. Вып. 16. С. 174–177.
6. Новосельский А.В., Васильева Т.П., Поляков Б.А. К вопросу совершенствования службы восстановительного лечения в условиях крупного областного центра // Проблемы городского здравоохранения. СПб., 1998. Вып. 3. С. 285–289.
7. Михеева Л.В. Вопросы формирования сети учреждений восстановительного лечения // Формирование сети амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений. М., 1980. С. 146–149.
8. Щегольков А.М., Аничкин А.А. Актуальные проблемы медицинской реабилитации // Воен.-мед. журн. 2004. Т. 325, № 2. С. 93–95.
9. Гайдаров Г.М., Кицун И.С., Кулеш Д.В. Оптимизация больничной помощи населению в условиях крупного города // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. № 4. С. 27–30.
10. Васин В.А. Восстановительное лечение и реабилитация в условиях лечебно-профилактических учреждений (организационные вопросы) // Здравоохранение. 2004. № 9. С. 41–47.

#### Translit

1. Gusev A. O. Nekotorye aspekty razvitiya vosstanovitel'nogo lechenija v stacionarah krupnogo goroda // Probl. upravlenija zdavoohranenijem. 2010. № 6. S. 23–25.
2. Minjaev V. A., Poljakov I. V., Shestakova N. A. Formy i metody raboty krupnoj gorodskoj polikliniki (opyt raboty polikliniki № 51 Leningrada). L.: Medicina, 1980. 207 s.
3. Skvortcova V. I., Gudkova V. V., Ivanova G. E. Principy rannej rehabilitacii bol'nyh s insul'tom // Insul't. 2002. № 7. S. 28–33.
4. Ljadov K. V., Shapovalenko T. V., Beganova T. V. Nauchno-metodologicheskie podhody k organizacii centrov vosstanovitel'noj mediciny i medicinskoj rehabilitacii. M.: Medpraktika, 2010. 232 s.
5. Makaridze A. O., Gusev A. O. Analiz nekotoryh pokazatelej raboty otdelenija vosstanovitel'nogo lechenija kardiologicheskogo profila // Problemy gorodskogo zdavoohranenija: sb. nauch. tr. / pod red. N. I. Vishnjakova. SPb., 2011. Vyp. 16. S. 174–177.
6. Novosel'skij A. V., Vasil'eva T. P., Poljakov B. A. K voprosu sovershenstvovaniya sluzhby vosstanovitel'nogo lechenija v uslovijah krupnogo oblastnogo centra // Problemy gorodskogo zdavoohranenija. SPb., 1998. Vyp. 3. S. 285–289.
7. Miheeva L. V. Voprosy formirovanija seti uchrezhdenij vosstanovitel'nogo lechenija // Formirovanie seti ambulatorno-poliklinicheskijh i stacionarnyh uchrezhdenij. M., 1980. S. 146–149.
8. Shhegol'kov A. M., Anichkin A. A. Aktual'nye problemy medicinskoj rehabilitacii // Voен.-med. zhurn. 2004. T. 325, № 2. S. 93–95.
9. Gajdarov G. M., Kicul I. S., Kulesh D. V. Optimizacija bol'nichnoj pomoshhi naseleniju v uslovijah krupnogo goroda // Probl. social. gigieny, zdavoohranenija i istorii mediciny. 2003. № 4. S. 27–30.
10. Vasin V. A. Vosstanovitel'noe lechenie i rehabilitacija v uslovijah lecebno-profilakticheskijh uchrezhdenij (organizacionnye voprosy) // Zdravoohranenie. 2004. № 9. S. 41–47.