

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ»

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА
И РЕАБИЛИТАЦИЯ**

Сборник научных статей

Под общей редакцией доктора медицинских наук,
профессора В.Б. Смычка

Выпуск 18



УДК 616-036.86
ББК 51.1(2)3
М42

Р е ц е н з е н т ы:

д-р мед. наук, проф., заведующий кафедры медицинской реабилитации
и немедикаментозной терапии Гродненского государственного медицинского
университета *Л.А. Пирогова*;
канд. мед. наук, заместитель академика-секретаря отделения медицинских наук
Национальной академии наук Беларуси *А.А. Гракович*.

М 42

Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. / под общ. ред. В.Б.
Смычка. – Минск : УП «Энциклопедикс» 2016. – 356 с.

ISBN 978-985-7090-92-1

В сборнике отражены результаты научных исследований и практической деятельности организаций здравоохранения и других организаций по проблемам медико-социальной экспертизы, реабилитации, профилактики, эпидемиологии, а также другим вопросам, косвенно освещающим названные проблемы.

Материал систематизирован в трех крупных разделах.

Опубликованные материалы представляют научный и практический интерес для широкого круга специалистов, занимающихся проблемами медико-социальной экспертизы и реабилитации.

*За точность и достоверность изложенного материала несет
ответственность автор(ы) статьи.*

ISBN 978-985-7090-92-1

УДК 616-036.86
ББК 51.1(2)3

© ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы
и реабилитации», 2016
© Оформление. УП «Энциклопедикс»

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы в большинстве стран мира, в том числе на постсоветском пространстве при оценке социально-экономической ситуации и разработке прогнозов развития наряду с макроэкономическими показателями все шире стали использовать показатели, характеризующие развитие человеческого потенциала, в частности, показатели рождаемости, заболеваемости, смертности, инвалидности. Так, в Республике Беларусь на протяжении последних двух десятилетий интенсивные показатели смертности населения превышали аналогичные показатели рождаемости, а естественный прирост населения составлял отрицательную величину, т.е. имела место естественная убыль, а не прирост населения. И только к концу 2015 года удалось добиться значительного снижения смертности населения и роста рождаемости. Вместе с тем, уровень общей заболеваемости имеет тенденцию к росту не только в Республике Беларусь, но и в других странах. При этом основную долю составляют социально значимые болезни. Разработка и применение новых лекарственных препаратов, методик физиотерапевтического лечения, методов оперативного вмешательства, безусловно, позволяют оказать человеку достойную медицинскую помощь, спасти его жизнь. Однако, очень часто такие пациенты имеют те или иные дефекты, выраженные нарушения функций органов и систем, значительные ограничения жизнедеятельности, что приводит к инвалидности.

Люди с дефектами здоровья есть в любой, даже в самой благополучной стране. Опубликованные данные свидетельствуют о том, что в большинстве стран мира один человек из десяти страдает от физических, умственных или сенсорных дефектов. В общем же различные расстройства здоровья, которые могут привести к инвалидности, имеют не менее 25% населения. О масштабности и серьезности данной проблемы свидетельствует принятие Генеральной Ассамблеи ООН таких основополагающих документов, как Декларация о правах инвалидов, Декларация о правах умственно отсталых, Всемирная программа действий о правах инвалидов, Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, Конвенция о правах инвалидов, принятая на 61 сессии Генеральной ассамблеи ООН резолюцией №61/106 от 13 декабря 2006 года, в которой сказано, что «Конвенция о правах инвалидов – это реакция международного сообщества на длившуюся веками дискриминацию, социальную изоляцию и дегуманизацию инвалидов. Этот исторический документ будет иметь эпохальное значение во многих отношениях, в частности, потому, что в области прав человека ни один международный договор не заключался так быстро, а также потому, что он является первым документом XXI века. Конвенция представляет собой результат длившихся три года переговоров, в которых принимали участие гражданское общество, правительства, национальные учреждения по защите прав человека и международные организации. После принятия Конвенции Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в декабре 2006 года беспрецедентное число стран продемонстрировали свое

твердое стремление соблюдать права инвалидов, подписав Конвенцию о правах инвалидов и Факультативный протокол к ней сразу после того, как они были открыты для подписания в марте 2007 года.

Цель Конвенции заключается в том, чтобы гарантировать самому многочисленному меньшинству в мире те же права и возможности, что и остальной части человечества. Она охватывает многие области, в которых инвалиды являются объектом дискриминации, в том числе доступ к правосудию, участие в политической и общественной жизни, образование, занятость, право не подвергаться пыткам, эксплуатации и насилию, а также свобода передвижения.

Международные подходы к решению проблемы инвалидности носят комплексный характер и включают в себя две основные составляющие: социальную и профилактическую. Социальная составляющая - это мероприятия по интеграции лиц с инвалидностью в социальную микро- и макросреду, мероприятия по кардинальному улучшению положения неполно функционирующих граждан в системе общественных отношений, в том числе с частичным или полным решением проблем экономической независимости.

Профилактическая составляющая направлена на создание и совершенствование профилактических и реабилитационных технологий, позволяющих уменьшить риск возникновения инвалидизирующих заболеваний и их последствий, предупредить наступление инвалидности, снизить тяжесть инвалидности, преодолеть имеющиеся нарушения и ограничения жизнедеятельности.

Обе составляющие неразрывно связаны с объективным проведением медицинской экспертизы (прежде всего медико-социальной экспертизы инвалидности) с целью своевременного выявления нуждающихся в проведении медицинской и иной реабилитации и нуждающихся в мерах социальной защиты.

Таким образом, в современном мире усилия специалистов должны быть направлены не только на повышение качества лечения пациента, но и на повышение его качества жизни путем научной разработки и практического применения новых подходов в медико-социальной экспертизе и реабилитации. Именно цели ознакомления специалистов с новыми направлениями и подходами в медико-социальной экспертизе и реабилитации посвящен этот, уже 18-й по счету сборник научных статей ученых и врачей-практиков Республики Беларусь, Украины, России.

Мы признательны всем авторам за представленные материалы и выражаем надежду на дальнейшее плодотворное научное сотрудничество.

Директор
ГУ «Республиканский научно-практический
центр медицинской экспертизы и реабилитации»
доктор медицинских наук, профессор
В.Б. Смычек

I. ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Показатели первичной инвалидности вследствие рака бронхов и легкого в Республике Беларусь (2010-2015 гг.)

Е.В. Богомазова, О.А. Воронец

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

В настоящее время онкологические заболевания занимают одно из лидирующих позиций в структуре заболеваемости, смертности и инвалидности населения. Среди злокачественных новообразований особого внимания заслуживают новообразования бронхов и легкого.

В Беларуси злокачественные новообразования легкого занимают первое место в структуре онкологической заболеваемости и смертности у мужчин. Ежегодно раком легкого в стране заболевают около 4 тыс. человек. [3]. На протяжении последних десятилетий ежегодный прирост заболеваемости раком легкого в мире составляет около 1,5 % [1]. Данная онкопатология занимает одно из первых мест среди причин смертности населения планеты. Ежегодно от рака легких во всем мире умирает больше 1 миллиона человек (в 2012 г. – 1,6 миллион случаев смерти) [2].

Характеризуя рак бронхов и легкого как одну из важнейших медицинских и социальных проблем, наряду с оценкой показателей заболеваемости и смертности необходимой представляется оценка первичной инвалидности вследствие данной патологии.

Материал и методы. Было проведено исследование по изучению показателей первичной инвалидности (ПИ) взрослого населения вследствие злокачественных новообразований бронхов и легкого за 2010-2015 гг. Анализировались материалы базы данных информационной системы «Инвалидность», функционирующей в ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации». Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel.

Результаты исследования. По данным информационной системы «Инвалидность» за последние 6 лет (2010-2015 гг.) в Республике Беларусь впервые признано инвалидами среди взрослого населения 7886 человек (мужчин – 6982 человека, женщин – 904 человека) В среднем в год инвалидность устанавливалась 1314 пациентам (таблица 1).

Таблица 1

Распределение первичной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований бронхов и легкого с учетом пола и места проживания (2010-2015 гг.)

Год	Всего	В том числе							
		мужчины		женщины		город		село	
		Абс.	% ($p \pm m_p$)	Абс.	% ($p \pm m_p$)	Абс.	% ($p \pm m_p$)	Абс.	% ($p \pm m_p$)
2010	1318	1174	89,1 $\pm$ 0,9	144	10,9 $\pm$ 0,9	889	67,5 $\pm$ 1,3	429	32,5 $\pm$ 1,3
2011	1239	1112	89,7 $\pm$ 0,9	127	10,3 $\pm$ 0,9	845	68,2 $\pm$ 1,3	394	31,8 $\pm$ 1,3
2012	1294	1144	88,4 $\pm$ 0,9	150	11,6 $\pm$ 0,9	905	69,9 $\pm$ 1,3	389	30,1 $\pm$ 1,3
2013	1238	1093	88,3 $\pm$ 0,9	145	11,7 $\pm$ 0,9	887	71,6 $\pm$ 1,3	351	28,4 $\pm$ 1,3
2014	1360	1197	88,0 $\pm$ 0,9	163	12,0 $\pm$ 0,9	978	71,9 $\pm$ 1,2	382	28,1 $\pm$ 1,2
2015	1437	1262	87,8 $\pm$ 0,9	175	12,2 $\pm$ 0,9	1012	70,4 $\pm$ 1,2	425	29,6 $\pm$ 1,2
Средне- годовой показатель	1314	1164	88,6 $\pm$ 0,9	151	11,4 $\pm$ 0,9	919	69,9 $\pm$ 1,3	395	30,1 $\pm$ 1,3

В контингенте инвалидов взрослого населения вследствие рака бронхов и легкого значительно преобладают мужчины – 88,6%, женщины составляют 11,4% (среднегодовой показатель) ($p < 0,001$). Большинство признанных инвалидов проживали в городах – 69,9%, в сельской местности – 30,1% ($p < 0,001$).

Среднегодовой уровень первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований бронхов и легкого составил 17,0 на 100 тыс. населения (таблица 2). Наибольший уровень ПИ за исследуемый период отмечен в 2015 г. (18,7 на 100 тыс. населения), а наименьший – в 2011 г. и 2013 г. (16,0 на 100 тыс. населения). Среднегодовой уровень первичного выхода на инвалидность среди мужского населения составил 33,2 на 100 тыс. мужского населения, а женского – 3,6 на 100 тыс. женского населения ($p < 0,001$); городского – 15,6 на 100 тыс. городского населения, сельского – 21,4 на 100 тыс. сельского населения ($p < 0,001$).

При анализе интенсивных показателей за последние 6 лет (2010-2015 гг.) отмечено увеличение первичной инвалидности с 17,0 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 18,7 на 100 тыс. населения в 2015 г. ($p < 0,05$). Среди мужчин наблюдалось увеличение с 33,4 на 100 тыс. мужского населения в 2010 г. до 36,1 на 100 тыс. мужского населения в 2015 г. Среди женщин отмечено увеличение показателей с 3,4 на 100 тыс. женского населения в 2010 г. до 4,2 на 100 тыс. женского населения в 2015 г. Среди городского населения наблюдается увеличение показателей с 15,4 на 100 тыс. городского населения в 2010 г. до 17,1 на 100 тыс. городского населения в 2015 г. ($p < 0,05$). Среди сельского населения отмечено увеличение показателей с 21,9 на 100 тыс. сельского населения в 2010 г. до 24,0 на 100 тыс. сельского населения в 2015 г. (таблица 2).

Таблица 2

Интенсивные показатели первичной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований бронхов и легкого с учетом пола и места проживания за 2010-2015 гг. (на 100 тыс. населения)

Год	Всего ($p \pm m_p$)	В том числе			
		мужчины ($p \pm m_p$)	женщины ($p \pm m_p$)	город ($p \pm m_p$)	село ($p \pm m_p$)
2010	17,0 $\pm$ 0,5	33,4 $\pm$ 1,0	3,4 $\pm$ 0,3	15,4 $\pm$ 0,5	21,9 $\pm$ 1,1
2011	16,0 $\pm$ 0,5	31,7 $\pm$ 0,9	3,0 $\pm$ 0,3	14,5 $\pm$ 0,5	20,7 $\pm$ 1,0
2012	16,7 $\pm$ 0,5	32,6 $\pm$ 1,0	3,6 $\pm$ 0,3	15,4 $\pm$ 0,5	21,0 $\pm$ 1,1
2013	16,0 $\pm$ 0,5	31,2 $\pm$ 0,9	3,4 $\pm$ 0,3	15,0 $\pm$ 0,5	19,4 $\pm$ 1,0
2014	17,7 $\pm$ 0,5	34,3 $\pm$ 1,0	3,9 $\pm$ 0,3	16,5 $\pm$ 0,5	21,5 $\pm$ 1,1
2015	18,7 $\pm$ 0,5	36,1 $\pm$ 1,0	4,2 $\pm$ 0,3	17,1 $\pm$ 0,5	24,0 $\pm$ 1,2
Среднегодовой показатель	17,0 $\pm$ 0,5	33,2 $\pm$ 1,0	3,6 $\pm$ 0,3	15,6 $\pm$ 0,5	21,4 $\pm$ 1,1

Тяжесть первичной инвалидности вследствие рака бронхов и легкого составила 93,9%. В структуре преобладает II группа инвалидности – 53,8%, I группа установлена в 40,1% случаях, а III группа – в 6,1% (таблица 3).

Таблица 3

Тяжесть первичной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований бронхов и легкого (2010-2015 гг.)

Год	Группа инвалидности						Всего	
	I		II		III			
	Абс.	% (p±m _p)	Абс.	% (p±m _p)	Абс.	% (p±m _p)	Абс.	%
2010	519	39,4±1,3	723	54,9±1,4	76	5,8±0,6	1318	100
2011	495	40,0±1,4	672	54,2±1,4	72	5,8±0,7	1239	100
2012	528	40,8±1,4	687	53,1±1,4	79	6,1±0,7	1294	100
2013	500	40,4±1,4	650	52,5±1,4	88	7,1±0,7	1238	100
2014	566	41,6±1,3	711	52,3±1,4	83	6,1±0,6	1360	100
2015	556	38,7±1,3	797	55,5±1,3	84	5,8±0,6	1437	100
Среднегодовой показатель	527	40,1±1,4	707	53,8±1,4	80	6,1±0,7	1314	100

Анализ структуры тяжести показал, что удельный вес инвалидов I группы снизился с 39,4% в 2010 г. до 38,7% в 2015 г., при этом увеличился удельный вес инвалидов II группы с 54,9% в 2010 г. до 55,5% в 2015 г., удельный вес инвалидов III группы остался на прежнем уровне 5,8% в 2010 г и 2015 г. (таблица 3).

В структуре тяжести ПИ мужского населения вследствие рака бронхов и легкого преобладает II группа инвалидности – 55,4%, I группа установлена в 38,5% случаях, а III группа – в 6,1%. В структуре тяжести ПИ женского населения преобладает I группа инвалидности – 52,4%, II группа установлена в 41,3% случаях, а III группа – в 6,1% (таблица 4).

Таблица 4

Тяжесть первичной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований бронхов и легкого с учетом пола (среднегодовой показатель 2010-2015 гг.)

Категория населения	Группа инвалидности						Всего	
	I		II		III			
	Абс.	% (p+m _p)	Абс.	% (p+m _p)	Абс.	% (p+m _p)	Абс.	%
Мужское	448	38,5±1,4	645	55,4±1,5	70	6,1±0,7	1164	100
Женское	79	52,4±4,1	62	41,3±4,0	10	6,3±2,0	151	100
Все население	527	40,1±1,4	707	53,8±1,4	80	6,1±0,7	1314	100

Выводы. В Республике Беларусь наблюдается тенденция к увеличению показателей первичной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований бронхов и легкого в период с 2010 г. по 2015 г. В контингенте инвалидов вследствие рака бронхов и легкого значительно преобладают мужчины (88,6%) и городские жители (69,9%). В структуре тяжести первичной инвалидности женского населения преобладает I группа инвалидности (52,4%), в структуре тяжести первичной инвалидности мужского населения – II группа (55,4%).

Литература

1. Иванов, С. А. Рак легкого: учеб.-метод. пособие / С. А. Иванов, Ю. В. Нагла, Д. Ю. Коннов. - Гомель: учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2011. - 32 с.
2. Рак. Информационный бюллетень ВОЗ № 297. [Электронный ресурс]. – 2015. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ru/>
3. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2003-2012)/ А.Е. Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин, под. ред. О.Г. Суконко. – Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2013. – 373с.

Современная система экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органа (печени, почек, сердца)

Е.В. Власова-Розанская

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Введение. В соответствии с Национальной программой демографической безопасности Республики Беларусь на 2011 - 2015 годы и программой мероприятий по укреплению здоровья населения и увеличению ожидаемой продолжительности жизни (п.п. 34, 36) приоритетными направлениями в политике сохранения здоровья нации в настоящее время считаются «обеспечение проведения трансплантации органов и тканей в РНПЦ трансплантации органов и тканей», «разработка и внедрение в стационарных и амбулаторно-

поликлинических организациях современных технологий медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях различных профилей, а так же пациентов, перенесших трансплантацию органов» [1].

Трансплантационная хирургия в мире развивается настолько быстро, что в год в мире выполняется более 100 тысяч операций по трансплантации органов: более 21 тыс. пересадки печени, около 60-70 тыс. – почек, примерно 6-8 тыс. – сердца. В Европе только почки, печень и сердце пересаживали более 50 тысяч раз [2,3,4].

Потребность в трансплантации органов и тканей во всем мире значительно больше, чем выполняется сегодня. Группа американских экспертов теоретически рассчитала, сколько необходимо проводить трансплантаций на 1 млн. населения. Получилась статистика: потребность в пересадке почки на 1 млн. населения составляет 74,5, сердца – 67,4, печени – 59,1, поджелудочной железы – 13,7, легкого – 13,7, в комплексе сердце-легкое – 18,5 [2,3,4].

Цель исследования: разработка системы экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов (печени, почек, сердца).

Материалы и методы. Проведено обследование 194 пациентов после пересадки органов, из них 61 (31,4%) – после пересадки почки, 57 (29,4%) – после пересадки печени, 76 (39,2%) – пересадки сердца.

Для решения поставленных в исследовании задач сформирована целевая выборка, состоящая из 61 пациента, перенёсшего трансплантацию почек. Среди обследуемых лиц было 39 (63,9%) мужчин и 22 (36,1%) женщин. Средний возраст обследованного контингента составил $45,3 \pm 1,4$ лет. В структуре инвалидности можно отметить следующее. До трансплантации первая группа инвалидности установлена 52,5% пациентов, вторая группа – 47,6%. После трансплантации 1 группа была определена 70,5% пациентов, 2 группа – 29,5%. Через 2 года наблюдения преобладает вторая группа (60,8%), первая группа у 23 пациентов (39,2%).

Для решения поставленных в исследовании задач сформирована целевая выборка, состоящая из 57 пациентов, перенёсших трансплантацию печени. Среди обследуемых лиц было 29 (50,9%) мужчин и 28 (49,1%) женщин. Средний возраст обследованного контингента составил $44,4 \pm 1,6$ лет. В структуре инвалидности до трансплантации печени 3 и 2 группа инвалидности установлена у одинакового числа пациентов – 46,5%, 1 группа – 7%. После трансплантации: 1 группа – 26,3% пациентов, 2 группа – 73,7%. Через 1 и 2 года после трансплантации структура инвалидности оставалась та же.

Проведен анализ результатов обследования 76 пациентов после пересадки сердца. Из них 68 (89,5%) мужчин и 8 (10,5%) женщины. Средний возраст составил $55,2 \pm 3,6$ года. Вторая группа инвалидности до трансплантации определялась у 64 (84,2%) человек, 1 группа – у 12 (15,8%) пациентов. После трансплантации и через 2 года 100% пациентов устанавливалась 1 группа инвалидности.

Обследование пациентов проводилось в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь протоколами диагностики и лечения.

Математическая обработка полученных материалов проводилась методом вариационной статистики с вычислением средней арифметической (M), стандартной ошибки средней арифметической (m), достоверности разницы (p) по критерию Стьюдента, коэффициента корреляции. Обработка осуществляется с помощью пакета программ статистической обработки материала Microsoft Excel, Statistika 6.0.

Результаты и обсуждение. Система экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов создается с целью обеспечения оптимальных условий для организации и проведения экспертных мероприятий, направленных на определение групп инвалидности, формирование программ реабилитации, мероприятий по реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов с целью восстановления их социального статуса и интеграции реабилитанта в жизнь общества. Она представляет собой совокупность управленческих структур, экспертных, реабилитационных служб и учреждений различной ведомственной принадлежности, которые на основе единых методологических подходов, целей и задач осуществляют комплекс мероприятий по медико-социальной экспертизе, медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов.

Система экспертно-реабилитационной помощи пациентам, перенесшим трансплантацию органов, включает в себя следующие стадии: реабилитационно-экспертная диагностика; оценка ограничений жизнедеятельности; определение реабилитационного потенциала; проведение реабилитации на лечебно-реабилитационном этапе, стационарном этапе ранней медицинской реабилитации, амбулаторно-поликлиническом, домашнем этапах; определение критериев инвалидности; проведение первичной медико-социальной экспертизы (МСЭ); определение клинико-реабилитационных групп; составление индивидуальной программы реабилитации; реализация индивидуальной программы реабилитации; проведение повторной МСЭ; оценка эффективности проведенной реабилитации.

Экспертно-реабилитационная помощь пациентам после трансплантации органов начинается со стационарного лечебно-реабилитационного этапа. Реабилитация проводится в отделениях интенсивной терапии и реанимации и специализированных отделениях центров трансплантологии, РНПЦ трансплантология органов и тканей, РНПЦ «Кардиологии». В соответствии с программами реабилитации на данном этапе проводятся мероприятия лечебной физической культуры (дыхательная гимнастика, массаж, тренировки малых мышечных групп, дыхательные тренировки вдоха и выдоха с использованием спирометров), физиотерапевтические методы и методы психологической реабилитации, лечебное питание.

Следующий этап – стационарный этап ранней медицинской реабилитации. Проводится в стационарных отделениях ранней медицинской реабилитации по соответствующим программам. На данном этапе используется психотерапия, методы лечебной физкультуры, дозированная ходьба, массаж, эрготерапия, велотренировки, тренировки на тредмиле, физиотерапевтические методы, «школы пациентов».

Далее следует амбулаторно-поликлинический этап, где наряду с проведением реабилитации, осуществляется экспертиза трудоспособности пациентов после пересадки органов. Назначаются лечебная гимнастика, дозированная ходьба, терренкур, велотренировки, тренировки на тредмиле, используются элементы спортивных игр, физиотерапевтические, психологические реабилитационные мероприятия.

Кроме того, существует домашний этап реабилитации и этап поздней медицинской реабилитации, где реабилитационные мероприятия проводятся по соответствующим программам.

У всех пациентов, перенесших трансплантацию, развиваются инвалидизирующие проявления, возникает необходимость проведения экспертной оценки степени выраженности ограничений жизнедеятельности. Медико-реабилитационные экспертные комиссии являются следующим звеном системы. На данном этапе осуществляется экспертиза стойкой утраты трудоспособности, определяются группы инвалидности, меры социальной защиты, составляются индивидуальные программы реабилитации.

Проведение МСЭ пациента после трансплантации органа осуществляет на основании комплексной оценки состояния здоровья пациента, нарушений функций органов и систем организма, нарушений жизнедеятельности, в том числе ограничений жизнедеятельности и степени их выраженности; анализа результатов медицинского осмотра, клинических, функциональных и лабораторных методов исследования, с использованием классификаций основных видов нарушений функций органов и систем организма и основных категорий жизнедеятельности; профессиографического анализа (условий и характера труда, профессии); информации, содержащейся в медицинских и иных документах.

Литература

1. Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы / Указ Президента Республики Беларусь 11 августа 2011 г. № 357 Изменения и дополнения: Указ Президента Республики Беларусь от 12 сентября 2012 г. № 406 (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 14.09.2012, 1/13752)
2. Данович Габриэль М. Трансплантация почки / Габриэль М. Донович; пер. с англ.; под. ред. Я.Г. Мойсюка. – М. ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 848 с.
3. Авундук К. Трансплантация печени / К. Авундук // Гастроэнтерология: пер. с англ.; под. ред. Е.Л. Никонова, Н.В. Первуховой. – М.: изд-во Практика, 2013. – 700 с.
4. Шумаков В.И. Трансплантация сердца / В.И. Шумаков. – М.: изд-во МИА, 2006. – 404 с.

Первичная инвалидность вследствие рака щитовидной железы в Республике Беларусь

О.А. Воронец, Е.В. Богомазова

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

В настоящее время онкологические заболевания занимают одно из лидирующих мест среди причин выхода на инвалидность взрослого населения Республики Беларусь. При этом наблюдается рост уровня первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований.

Рак щитовидной железы представляет довольно серьезную медико-социальную проблему в Республике Беларусь. В структуре всех вновь выявленных злокачественных новообразований в Республике Беларусь частота рака щитовидной железы в 2013 г. составила 2,5% [1]. Наша страна входит в тройку европейских стран с высоким уровнем заболеваемости. Ежегодно злокачественные новообразования щитовидной железы диагностируются более чем у тысячи человек.

Цель исследования: изучить динамику показателей первичной инвалидности вследствие рака щитовидной железы в Республике Беларусь в период с 2010 г. по 2014 г.

При проведении исследования анализировались данные информационной системы «Инвалидность», функционирующей в ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» за период с 2010 г. по 2014 г. Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel.

По данным информационной системы «Инвалидность» за последние 5 лет (2010-2014 гг.) в Республике Беларусь впервые признано инвалидами среди взрослого населения 3068 человек. В среднем в год инвалидность устанавливалась 614 человекам (таблица 1). Среди инвалидов взрослого населения по причине злокачественных новообразований удельный вес злокачественных новообразований щитовидной железы варьировал от 3,8% до 6,7%.

В контингенте инвалидов взрослого населения вследствие рака щитовидной железы значительно преобладают женщины – 84,7%, мужчины составляют 15,3% (среднегодовой показатель) ($p < 0,001$). Подавляющее большинство признанных инвалидов проживали в городах – 80,9%, а в сельской местности – 19,1% ($p < 0,001$).

Таблица 1

**Распределение инвалидов взрослого населения вследствие
злокачественных новообразований щитовидной железы
с учетом пола и места проживания (2010-2014 гг.)**

Год	Всего	В том числе							
		мужчины		женщины		город		село	
		Абс.	% ($p \pm m_p$)	Абс.	% ($p \pm m_p$)	Абс.	% ($p \pm m_p$)	Абс.	% ($p \pm m_p$)
2010	722	113	15,7 $\pm$ 1,4	609	84,3 $\pm$ 1,4	617	85,5 $\pm$ 1,3	105	14,5 $\pm$ 1,3
2011	616	101	16,4 $\pm$ 1,5	515	83,6 $\pm$ 1,5	480	77,9 $\pm$ 1,7	136	22,1 $\pm$ 1,7
2012	643	87	13,5 $\pm$ 1,4	556	86,5 $\pm$ 1,4	524	81,5 $\pm$ 1,5	119	18,5 $\pm$ 1,5
2013	619	88	14,2 $\pm$ 1,4	531	85,8 $\pm$ 1,4	476	76,9 $\pm$ 1,7	143	23,1 $\pm$ 1,7
2014	468	80	17,1 $\pm$ 1,7	388	82,9 $\pm$ 1,7	388	82,9 $\pm$ 1,7	80	17,1 $\pm$ 1,7
Средне- годовой показа- тель	614	94	15,3 $\pm$ 1,5	520	84,7 $\pm$ 1,5	497	80,9 $\pm$ 1,6	117	19,1 $\pm$ 1,6

Среднегодовой уровень первичной инвалидности (ПИ) вследствие злокачественных новообразований рака щитовидной железы составил 7,9 на 100 тыс. населения (таблица 2). Наибольший уровень ПИ за исследуемый период отмечен в 2010 г. (9,3 на 100 тыс. населения), а наименьший – в 2014 г. (6,1 на 100 тыс. населения). Среднегодовой уровень первичного выхода на инвалидность среди женского населения составил 12,3 на 100 тыс. женского населения, а мужского – 2,7 на 100 тыс. мужского населения ($p < 0,001$); городского – 8,5 на 100 тыс. городского населения, сельского – 6,3 на 100 тыс. сельского населения ($p < 0,01$).

При анализе интенсивных показателей за последние 5 лет (2010-2014 гг.) отмечено снижение первичной инвалидности с 9,3 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 6,1 на 100 тыс. населения в 2014 г. ($p < 0,001$). Среди женщин наблюдалось уменьшение с 14,4 на 100 тыс. женского населения в 2010 г. до 9,2 на 100 тыс. женского населения в 2014 г. ($p < 0,001$).

Таблица 2

**Интенсивные показатели первичной инвалидности взрослого населения
вследствие злокачественных новообразований щитовидной железы с
учетом пола и места проживания за 2010-2014 гг. (на 100 тыс. населения)**

Год	Всего ($p \pm m_p$)	В том числе			
		мужчины ($p \pm m_p$)	женщины ($p \pm m_p$)	город ($p \pm m_p$)	село ($p \pm m_p$)
2010	9,3 $\pm$ 0,4	3,2 $\pm$ 0,3	14,4 $\pm$ 0,6	10,7 $\pm$ 0,4	5,4 $\pm$ 0,5
2011	8,0 $\pm$ 0,3	2,9 $\pm$ 0,3	12,2 $\pm$ 0,5	8,2 $\pm$ 0,4	7,2 $\pm$ 0,6
2012	8,3 $\pm$ 0,3	2,5 $\pm$ 0,3	13,2 $\pm$ 0,6	8,9 $\pm$ 0,4	6,4 $\pm$ 0,6
2013	8,0 $\pm$ 0,3	2,5 $\pm$ 0,3	12,6 $\pm$ 0,6	8,1 $\pm$ 0,4	7,9 $\pm$ 0,7
2014	6,1 $\pm$ 0,3	2,3 $\pm$ 0,3	9,2 $\pm$ 0,5	6,5 $\pm$ 0,3	4,5 $\pm$ 0,5
Среднегодовой показатель	7,9 $\pm$ 0,3	2,7 $\pm$ 0,3	12,3 $\pm$ 0,5	8,5 $\pm$ 0,4	6,3 $\pm$ 0,6

Анализ тяжести ПИ вследствие рака щитовидной железы выявил, что в структуре преобладает III группа инвалидности – 90,7%, II группа установлена в 8,5% случаях, а I группа – в 0,8% (таблица 3).

Таблица 3

Тяжесть первичной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований щитовидной железы (2010-2014 гг.)

Год	Группа инвалидности						Всего	
	I		II		III			
	Абс.	% (p+m _p)	Абс.	% (p+m _p)	Абс.	% (p+m _p)	Абс.	%
2010	10	1,4±0,4	47	6,5±0,9	665	92,1±1,0	722	100
2011	7	1,1±0,4	58	9,4±1,2	551	89,5±1,2	616	100
2012	2	0,3±0,2	55	8,6±1,1	586	91,1±1,1	643	100
2013	3	0,5±0,3	68	11,0±1,3	548	88,5±1,3	619	100
2014	2	0,4±0,3	31	6,6±1,2	435	93,0±1,2	468	100
Среднегодовой показатель	5	0,8±0,4	52	8,5±1,1	557	90,7±1,2	614	100

Анализ структуры тяжести показал, что удельный вес инвалидов I группы снизился с 1,4% в 2010 г. до 0,4% в 2014 г., при этом увеличился удельный вес инвалидов II группы с 6,5% в 2010 г. до 6,6% в 2014 г., и инвалидов III группы с 92,1% в 2010 г. до 93,0% в 2014 г. (см. таблицу 3).

В структуре тяжести ПИ мужского населения вследствие рака щитовидной железы преобладает III группа инвалидности – 87,2%, II группа установлена в 10,6% случаях, а I группа – в 2,1%. В структуре тяжести ПИ женского населения преобладает III группа инвалидности – 91,3%, II группа установлена в 8,1% случаях, а I группа – в 0,6% (таблица 4).

Таблица 4

Тяжесть первичной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований щитовидной железы с учетом пола и места проживания (среднегодовой показатель 2010-2014 гг.)

Категория населения	Группа инвалидности						Всего	
	I		II		III			
	Абс.	% (p±m _p)	Абс.	% (p±m _p)	Абс.	% (p±m _p)	Абс.	%
Мужское	2	2,1±1,5	10	10,6±3,2	82	87,2±3,5	94	100
Женское	3	0,6±0,3	42	8,1±1,2	475	91,3±1,2	520	100
Все население	5	0,8±0,4	52	8,5±1,1	557	90,7±1,2	614	100

Среди взрослого населения впервые признанными инвалидами подавляющее большинство находится в трудоспособном возрасте: мужчин – 85,1%, женщин – 73,7% (p<0,001).

За последние 5 лет (2010-2014 гг.) в Республике Беларусь впервые признано инвалидами среди населения трудоспособного возраста 2315 человек. В среднем в год инвалидность устанавливалась 463 человекам трудоспособного возраста (таблица 5).

Таблица 5

Распределение инвалидов трудоспособного населения вследствие злокачественных новообразований щитовидной железы с учетом пола (2010-2014 гг.)

Год	Всего	В том числе			
		мужчины		женщины	
		Абс.	% (p±m _p)	Абс.	% (p±m _p)
2010	552	97	17,6±1,6	455	82,4±1,6
2011	511	90	17,6±1,7	421	82,4±1,7
2012	448	67	15,0±1,7	381	85,0±1,7
2013	450	77	17,1±1,8	373	82,9±1,8
2014	354	67	18,9±2,1	287	81,1±2,1
Среднегодовой показатель	463	80	17,3±1,8	383	82,7±1,8

В контингенте инвалидов трудоспособного возраста населения вследствие рака щитовидной железы значительно преобладают женщины – 82,7%, мужчины составляют 17,3% (среднегодовой показатель).

Среднегодовой уровень первичной инвалидности (ПИ) трудоспособного населения вследствие злокачественных новообразований рака щитовидной железы составил 8,4 на 100 тыс. населения (таблица 6). Наибольший уровень ПИ за исследуемый период отмечен в 2010 г. (9,9 на 100 тыс. населения), а наименьший – в 2014 г. (6,5 на 100 тыс. населения). Среднегодовой уровень первичного выхода на инвалидность среди женского населения трудоспособного возраста составил 14,4 на 100 тыс. женского населения, а мужского – 2,8 на 100 тыс. мужского населения (p<0,001).

Таблица 6

Интенсивные показатели первичной инвалидности трудоспособного населения вследствие злокачественных новообразований щитовидной железы с учетом пола за 2010-2014 гг. (на 100 тыс. населения)

Год	Всего, (p±m _p)	В том числе	
		мужчины, (p±m _p)	женщины, (p±m _p)
2010	9,9±0,4	3,4±0,3	16,8±0,8
2011	9,2±0,4	3,1±0,3	15,7±0,8
2012	8,1±0,4	2,3±0,3	14,4±0,7
2013	8,2±0,4	2,7±0,3	14,2±0,7
2014	6,5±0,4	2,4±0,3	11,1±0,6
Среднегодовой показатель	8,4±0,4	2,8±0,3	14,4±0,7

В структуре тяжести ПИ трудоспособного возраста вследствие рака значительно преобладает III группа инвалидности – 92,9%, II группа установлена в 6,9% случаях, а I группа – в 0,4%. Анализ структуры тяжести показал, что снизился удельный вес инвалидов I группы с 0,9% в 2010 г. до 0,3% в 2014 г. и удельный вес инвалидов III группы с 95,5% в 2010 г. до 92,4% в 2014 г, при этом увеличился удельный вес инвалидов II группы с 3,6% в 2010 г. до 7,3% в 2014 г. (таблица 7).

Таблица 7

Тяжесть первичной инвалидности трудоспособного населения вследствие злокачественных новообразований щитовидной железы (2010-2014 гг.)

Год	Группа инвалидности						Всего	
	I		II		III			
	Абс.	% ($p \pm m_p$)	Абс.	% ($p \pm m_p$)	Абс.	% ($p \pm m_p$)	Абс.	%
2010	5	0,9±0,4	20	3,6±0,8	527	95,5±0,9	552	100
2011	1	0,2±0,2	39	7,6±1,2	471	92,2±1,2	511	100
2012	1	0,2±0,2	32	7,1±1,2	415	92,6±1,2	448	100
2013	0	0,0±0,0	42	9,3±1,4	408	90,7±1,4	450	100
2014	1	0,3±0,3	26	7,3±1,4	327	92,4±1,4	354	100
Среднегодовой показатель	2	0,4±0,3	32	6,9±1,2	430	92,9±1,2	463	100

В структуре тяжести ПИ мужского трудоспособного населения вследствие рака щитовидной железы преобладает III группа инвалидности – 87,5%, II группа установлена в 11,3% случаях, а I группа – в 1,3%. В структуре тяжести ПИ женского трудоспособного населения вследствие рака щитовидной железы преобладает III группа инвалидности – 93,7%, II группа установлена в 6,3% случаях, а I группа – в 0,1% (таблица 8).

Таблица 8

Тяжесть первичной инвалидности трудоспособного населения вследствие злокачественных новообразований щитовидной железы с учетом пола (среднегодовой показатель 2010-2014 гг.)

Категория населения	Группа инвалидности						Всего	
	I		II		III			
	Абс.	% (p±m _p)	Абс.	% (p±m _p)	Абс.	% (p±m _p)	Абс.	%
Мужское	1	1,3±1,2	9	11,3±3,5	70	87,5±3,7	80	100
Женское	0,4	0,1±0,1	24	6,3±1,2	359	93,7±1,2	383	100
Все население	2	0,4±0,3	32	6,9±1,2	430	92,9±1,2	463	100

Таким образом, в Республике Беларусь наблюдается положительная динамика по показателям первичной инвалидности взрослого населения и

трудоспособного населения вследствие злокачественных новообразований щитовидной железы в период с 2010 г. по 2014 г. Среди взрослого населения впервые признанными инвалидами подавляющее большинство находится в трудоспособном возрасте. В структуре инвалидности преобладает III группа инвалидности (90,7% инвалидов взрослого населения, 92,9% инвалидов трудоспособного населения). Необходимо заметить, что в контингенте инвалидов вследствие рака щитовидной железы значительно преобладают женщины (84,7% инвалидов взрослого населения, 82,7% инвалидов трудоспособного населения).

Литература

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2004-2013) // Океанов А.Е., Моисеев П.И., Левин Л.Ф. под ред. О.Г. Суконко – Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2014 – 382 с.

Динамика индексов первичной инвалидизации взрослого населения Республики Беларусь при туберкулезе и новообразованиях

Т.Н. Глинская

ГУ «РНПЦ трансфузиологии и медицинских биотехнологий»,
г. Минск, Республика Беларусь

Социальная значимость туберкулеза обусловлена эпидемиологической ситуацией, появлением и ростом удельного веса резистентных к проводимой химиотерапии форм заболевания, высоким риском неблагоприятных исходов, включая инвалидность [1, 2].

Заболеваемость новообразованиями в популяции взрослого населения имеет неуклонную тенденцию к росту, что одновременно сочетается со значимым вкладом патологии в структуру смертности и инвалидности [3, 4, 5].

И туберкулез, и новообразования ведут к значимым социально-экономическим потерям, связанным с трудопотерями работающего населения (временная нетрудоспособность, инвалидность, смертность).

Большие финансовые затраты также связаны с организацией специализированной помощи населению, включая массовые профилактические обследования и скрининг, противоэпидемические мероприятия, расходы на диагностику, лечение, реабилитацию пациентов.

Оценка отрицательных показателей здоровья в связи с данными причинами в динамике, включая показатели инвалидности и риск инвалидизации, позволяет оценить эффективность принимаемых мер, направленных на минимизацию последствий туберкулеза и новообразований, в условиях

меняющейся эпидемической ситуации, корректировать характер и направленность принимаемых управленческих решений.

Материалом для исследования служили данные официальной статистической отчетности Министерства здравоохранения Республики Беларусь о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов в возрасте 18 лет и старше по причинам (новообразования), как всего (общая заболеваемость), так и с диагнозом, установленным впервые в жизни (первичная заболеваемость). Также анализировались данные о числе лиц в возрасте 18 лет и старше, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года по причинам (новообразования), и о числе лиц первично признанных инвалидами. Тот же подход сбора информации был предпринят в отношении пациентов с туберкулезом. Анализировались число зарегистрированных взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза - число первичных случаев заболеваний активным туберкулезом; численность контингента пациентов с активным туберкулезом, состоящих на учете на конец отчетного года, данные о числе лиц первично признанных инвалидами.

Рассчитывались показатели первичной и общей заболеваемости, первичной инвалидности, численности диспансерных контингентов (на конец года и среднегодового), базой сравнения служили данные о численности взрослого населения страны (на конец года и среднегодового). Рассчитывались индексы инвалидизации как отношение показателей первичной инвалидности к заболеваемости или среднегодовой численности диспансерного контингента, выраженные в процентах. Для нивелирования различий в базе сравнения (показатели численности контингента и заболеваемости выражались на 10 тысяч населения, как и показатели первичной инвалидности). Показатели оценивались в динамике.

Установлено, что за период 1993-2014 годы показатель первичной инвалидности взрослого населения при туберкулезе снизился почти в три раза (с 1,5 до 0,56 на 10 тыс. взрослого населения). При этом среднегодовой темп снижения за 21 год составлял – 3,0%.

Эти изменения происходили на фоне роста первичной заболеваемости активным туберкулезом в период 1993-1998 годы в 1,84 раза (с достижением максимального значения - 68,7 на 100 тыс. взрослого населения в 1998 году), затем, с 2000 года наблюдалась тенденция к снижению показателя (достигнутый уровень в 2014 году – 41,7 на 100 тыс. взрослого населения с отрицательным темпом прироста к уровню 1998 года – -39,3%).

Динамика изменения индекса первичной инвалидизации (по отношению к уровню первичной заболеваемости при туберкулезе – ИИтуб ПИ/ПЗ) характеризовалась снижением показателя в течение периода наблюдения в 3,0 раза, $p \leq 0,05$ (со значения 40,5% до уровня 13,4%). При этом в период до 1998 года было отмечено наиболее резкое падение значе-

ний индекса (в 2,8 раза, $p \leq 0,05$), в дальнейшем колебания показателя были гораздо менее значимы (рисунок).

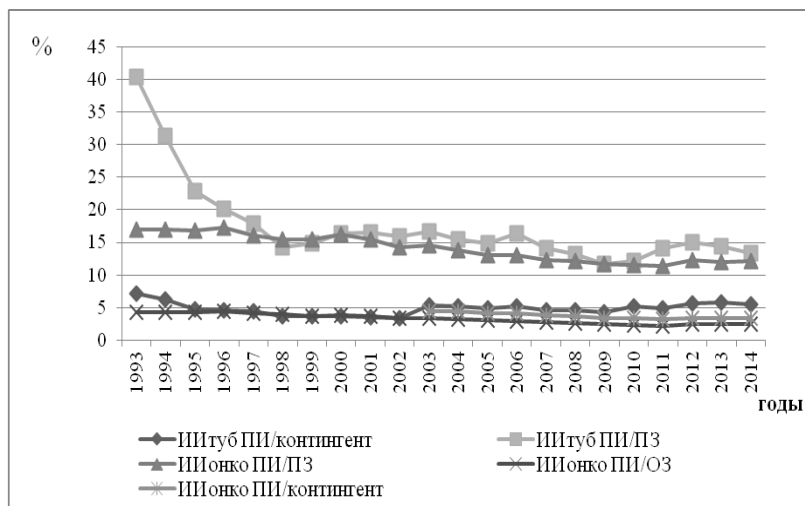


Рисунок. Динамика индексов инвалидизации взрослого населения Республики Беларусь при туберкулезе и новообразованиях (отношение показателя первичной инвалидности (ПИ) к показателям первичной заболеваемости (ПЗ), общей заболеваемости (ОЗ), среднегодовой численности диспансерного контингента, %), 1993-2014 годы

Аналогичные расчеты индекса инвалидизации по отношению к показателю численности среднегодового контингента больных активным туберкулезом (ИИТуб ПИ/контингент) продемонстрировали достоверное снижение по отношению к стартовому уровню 1993 года (7,1%) в 1,3 раза, при этом наиболее низкие значения индекса отмечались в 2001-2002 годах (3,4-3,5% или снижение в 2,0-2,1 раза). Как видно на представленном рисунке, в течение последующих лет (2003-2014) наблюдались более высокие значения показателя в диапазоне 4,2-5,7%.

Установлено, что за период 1993-2014 годы показатель первичной инвалидности взрослого населения при новообразованиях вырос 1,3 раза, достигнув к окончанию периода наблюдения значения 16,3 на 100 тыс. населения. При этом среднегодовой темп прироста показателя ПИ за 21 год составлял – 1,4%.

Эти изменения происходили на фоне роста ПЗ в 1,8 раза ($p \leq 0,05$), данный максимум был достигнут в 2013 году. Рост общей заболеваемости взрослого населения новообразованиями был еще более значимым (в 2,2 раза, $p \leq 0,05$), максимальное значение также было зафиксировано в 2013

году. При этом рост численности контингента пациентов, состоящих на диспансерном учете, был исчислен за период 2002-2014 годы. За указанный отрезок времени показатель вырос в 1,5 раза, достигнув значения 6908,3 на 100 тыс. взрослого населения.

Динамика изменения индекса первичной инвалидизации по отношению к первичной заболеваемости при новообразованиях (ИИонко ПИ/ПЗ) характеризовалась снижением показателя в течение периода наблюдения (рисунок). Максимальный уровень регистрировался на начальном пятилетнем отрезке (1993-1997 годы) со значениями 16,8-17,2%, далее наблюдалась стойкая тенденция к снижению показателя, минимальные значения которого регистрировались в 2009-2011 годах (11,4-11,6%), а степень снижения показателя составила 1,5 раза ($p \leq 0,05$).

В последующие годы, с 2012 по 2014, анализируемый показатель находился в диапазоне 12,0-12,3%. Темп прироста показателя за 21 год наблюдения был отрицательным и составил «минус» 29,7% ($p \leq 0,05$).

Расчет индекса инвалидизации по отношению к показателю общей заболеваемости при новообразованиях (ИИонко ПИ/ОЗ) продемонстрировал аналогичную тенденцию, показатель достоверно снизился в 1,9 раза (с 4,4% до 2,4%). Расчет индекса инвалидизации по отношению к среднегодовой численности контингента пациентов, состоящих на диспансерном учете по причине новообразований (ИИонко ПИ/контингент), был проведен за период 2002-2014 годы. Динамика показателя также продемонстрировала снижение за указанный период в 1,3 раза (с 4,4 до 3,4%).

Таким образом, анализ динамики рисков инвалидизации взрослого населения при изучаемой патологии свидетельствует, что на протяжении всего изучаемого периода риск инвалидизации по отношению к различным среднегодовым контингентам заболевших (впервые заболевшие; с диагнозом, установленным и впервые, и в предыдущие годы; лица, состоящие на диспансерном учете) и при туберкулезе и при новообразованиях имел тенденцию к снижению, наиболее выраженную на начальном этапе периода наблюдения. При этом сохраняется значимость обоих видов патологии (туберкулез и новообразования) в формировании первичной инвалидности взрослого населения, оцениваемая по удельному весу каждой из причин в структуру суммарного показателя первичной инвалидности (в 2014 году вклад туберкулеза составил 0,8%, а новообразований – 23,5%) [6].

Такую динамику индексов инвалидизации можно объяснить, в том числе, результативностью проводимых лечебно-профилактических, противоэпидемических и диспансерных мероприятий, осуществляемых как специализированными службами (противотуберкулезной и онкологической), так и общей лечебной сетью, включая реабилитационные структуры [7,8].

Литература

1. Новые подходы к диагностике и лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм / Е.М. Скрыгина [и др.] // Рецепт. – 2013. - №1. – С.85-98.

2. Современные аспекты туберкулеза в Республике Беларусь / Г.Л. Гуревич [и др.] // ВИЧ-ассоциированный туберкулез: эпидемиологические, клинические и социальные аспекты: Материалы междунар. науч.- практ. конф., г. Гродно, 29-30 октября 2015 г. – Гродно, 2015. – С.18-20.

3. Залуцкий, И.В. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И.В. Залуцкий [и др.]. – Минск: Зорны верасень, 2006. – 207с.

4. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2004-2013) / под ред. О.Г. Суконко. – Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2014. – 382 с.

5. Океанов, А.Е. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2005-2014) / А.Е. Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин. – Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2015. – 204 с.

6. Информационно-статистический сборник по медицинской экспертизе и реабилитации в Республике Беларусь: в 2 ч.: информ.-стат. сб. / РНПЦ МЭ и Р; сост.: В.Б. Смышке, А.В. Копыток, С.И. Луцинская. – Мн., 2015. – Ч. 1: Показатели инвалидности 2014 г. – 119 с.

7. Итоги реализации государственной программы «Туберкулез» на 2010-2014 годы в Республике Беларусь / Г.Л. Гуревич [и др.] // ВИЧ-ассоциированный туберкулез: эпидемиологические, клинические и социальные аспекты: Материалы междунар. науч.- практ. конф., г. Гродно, 29-30 октября 2015 г. – Гродно, 2015. – С.16-18.

8. Специализированная медицинская помощь онкологическим пациентам. По материалам итогового совещания главных врачей и специалистов онкологических учреждений Республики Беларусь / О.Г. Суконко, П.И. Моисеев, А.Е. Океанов // Онкологический журнал. – 2014. – Т.8, №1 (29). – С. 5-16.

Медико-социальная оценка ограничения жизнедеятельности у детей с сисиемными атрофиями

В.В. Голикова, И.Т. Дорошенко

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

За последние десятилетия в мире отмечается увеличение рождаемости детей с врожденными аномалиями и наследственной патологией. В структуре наследственной патологии человека значительное место занимают наследственные нервно-мышечные заболевания. Согласно различным источникам, частота основных форм этой патологии колеблется в различных регионах от 1,3 до 12,9 на 100 тыс. населения. Несмотря на не высокую распространенность этой патологии среди детей, данный контингент должен быть обеспечен своевременной медицинской помощью, в том числе медицинской реабилитацией. Однако на практике это вызывает затруднения в связи с недостаточной информированностью специалистов об особенностях данных заболеваний, об их течении и прогнозе, что предопределяет несвоевременность предоставления данному контингенту квалифицированной помощи. Наиболее уязвимым звеном остается медико-социальная экспертиза детей, страдающих нервно-мышечными заболеваниями, особенно системными атрофиями.

В понятие «системные атрофии» включается довольно обширная группа поражений ЦНС, дестабилизирующих или полностью блокирующих двигательные возможности пациента.

В ходе научно-исследовательской работы, нами был создан метод оценки ограничения жизнедеятельности у детей с системными атрофиями с учетом позиций Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Данный метод показан детям со следующей патологией:

- системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему (G11): врожденная непрогрессирующая атаксия (G11.0), ранняя мозжечковая атаксия Фридрейха (G11.1), другая наследственная атаксия (G11.8), наследственная атаксия неуточненная (G11.9);

- системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему (G12): спинальная амиотрофия, тип I, Верднига-Гоффмана (G12.0); другие наследственные спинальные мышечные атрофии (G12.1): спинальная амиотрофия, тип II; спинальная амиотрофия, тип III (Кугельберга-Веландер).

Степень выраженности ограничения жизнедеятельности у данных детей оценивается на основании результатов реабилитационно-экспертной диагностики, включающей следующие блоки: клинический, клинико-функциональный, медико-социальный.

Клинический блок включает: анализ медицинской документации (история развития ребенка), отражающей анамнез, течение и характер нервно-мышечного заболевания, а также его динамику; сбор и оценку жалоб; исследование и оценку неврологического статуса; исследование и оценку соматического статуса с целью исключения соматически обусловленных нервно-мышечных синдромов и выявления сопутствующей патологии, в том числе обусловленной несостоятельностью звеньев нервно-мышечного взаимодействия; исследование и оценку параметров физического развития и биологической зрелости; исследование и оценку основных параметров психомоторного развития: моторики (грубой, тонкой), психологического и речевого развития; анализ результатов клинико-инструментального обследования: для детей с системными атрофиями, поражающими преимущественно центральную нервную систему при нервно-мышечных заболеваниях G11, базисом являются данные электронейромиографии (далее – ЭНМГ), электрокардиографии (далее – ЭКГ), а при необходимости (по показаниям) – данные магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ) головного и (или) спинного мозга, электроэнцефалографии (далее – ЭЭГ), рентгенографии костей и суставов нижних конечностей, стоп, позвоночника, эхокардиографии (далее Эхо-КГ); для детей с системными атрофиями, поражающими преимущественно центральную нервную систему при нервно-мышечных заболеваниях G12, базисом являются данные ЭНМГ, ЭКГ, функции внешнего дыхания, а при необходимости (по показаниям) – дан-

ные компьютерной томографии (далее - КТ) и (или) МРТ головного и (или) спинного мозга, ЭЭГ, Эхо-КТ, нейросонографии (у детей раннего возраста при врожденных формах патологии), рентгенографии костей и суставов конечностей, грудной клетки, таза, позвоночника. Завершает клинический блок анализ клинического статуса пациента с учетом заключений специалистов (врач-генетик, врач-психиатр, врач-ортопед, врач-эндокринолог, врач-кардиолог, врач-офтальмолог, логопед и др. специалистов по показаниям);

Клинико-функциональный блок включает оценку степени выраженности функциональных нарушений органов и систем. При этом степень выраженности (легкая, умеренная, выраженная, резко выраженная) функциональных нарушений органов и систем оценивается через понятие «функциональный класс» (далее - ФК), ранжируемое по 5-балльной шкале (от ФК0 до ФК4). У всех пациентов с данной нервно-мышечной патологией оцениваются следующие функции: проприоцептивная функция (Код в соответствии с МКФ) – b260); функции подвижности сустава (b710); функции мышечной силы (b730); функции мышечного тонуса (b735); моторно-рефлекторные функции (b750) – выраженность рефлексов сегментарного аппарата; функции произвольной двигательной активности (b755) – поструральные реакции, реакции, позволяющие удерживать равновесие, поддерживать позу и др.; контроль произвольных двигательных функций (b760) – координация, моторная координация право-лево, координация глаз-рука, глаз-нога, диадохокинез и др.; произвольные двигательные функции (b765) – тремор, тик, хорея, атетоз, дискинезия и др.; функции стереотипа походки (b770) – шаг, паралимпийская походка и др.; ощущения, связанные с мышцами и двигательными функциями (b780) – ощущения мышечной скованности, мышечного спазма, функции толерантности к физической нагрузке (b455). Кроме того, у данных пациентов при наличии сопутствующей патологии оцениваются соответствующие функциональные нарушения, чаще всего это: интеллектуальные функции (b118); психомоторные функции (b148); умственные функции речи (b168) – развитие восприятия и передачи языка; функция осязания (b265); сенсорные функции, связанные с температурой и другими раздражителями (b270); боль (b280); функции артикуляции (b320) – дизартрия, анартрия, функции сердца (b410); функции дыхания (b440); функции дефекации (b525); функции мочеиспускания (b620); общие метаболические функции (b540); функции эндокринных желез (b555) и др. Для детализации функционального дефекта указывается сегмент, область поражения (структура): головной мозг (s110); спинной мозг и относящиеся к нему структуры (s120); верхняя конечность (s730); тазовая область (s740); нижняя конечность (s750); туловище (s760) и др. Завершает клинико-функциональный блок анализ результатов оценки функционирования пациента и синтез клинико-функциональной характеристики заболевания в данный конкретный момент:

Медико-социальный блок включает оценку степени ограничения категорий жизнедеятельности. При этом степень ограничения (легкая, умеренная, выраженная, резко выраженная) категорий жизнедеятельности (способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, общению, ориентации, обучению, контролю своего поведения, ведущей возрастной деятельности) оценивается через понятие функциональный класс (далее – ФК).

Патогенетические механизмы, лежащие в основе различных классов нервно-мышечной патологии, способствуют формированию ограничения жизнедеятельности в основном за счет следующих категорий:

- способность к самостоятельному передвижению – изменение позы тела (d410) – перемещение из одного положения в другое (встать из положения сидя); ходьба (d450); передвижение с использованием технических средств (d465); использование пассажирского транспорта (d470);

- способность к самообслуживанию – поднятие и перенос объектов (d430); использование кисти и руки (d445); мытье (d510); уход за частями тела (d520); физиологические отправления (d530) – планирование и осуществление; одевание (d540); прием пищи (d550); питье (d560); забота о своем здоровье (d570) – соблюдение безопасности, следование медицинским рекомендациям, прием препаратов;

- способность к ведущей возрастной деятельности – у детей с 1 до 3 лет: обучение через действия с предметами (d131); у детей с 3 до 6 лет: обучение через действия с предметами, в том числе через сюжетные игры (d131) или дошкольное образование (d815); у детей с 6 до 14 лет: школьное образование (d820); у детей с 14 до 18 лет: школьное образование (d820) или профессиональное образование (d825) или оплачиваемая работа (d850), в зависимости от вида деятельности в настоящий момент;

Параметры и критерии оценки категорий жизнедеятельности утверждены нормативными документами (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 97 от 25 октября 2007 г.);

Медико-социальная оценка лиц до 18 лет с системными атрофиями включает определение степени ограничения категорий жизнедеятельности, степень выраженности которых во многом предопределяются клинико-функциональной характеристикой заболевания, синдромом взаимного отягощения и синдромом социальной компенсации.

Для упрощения процесса медико-социальной оценки ограничения жизнедеятельности нами созданы критерии оценки ограничения жизнедеятельности вследствие двигательных нарушениях у детей с системными атрофиями.

При системных атрофиях, поражающих преимущественно центральную нервную систему (G11): врожденная непрогрессирующая атаксия (G11.0), ранняя мозжечковая атаксия Фридрейха (G11.1), другая наследст-

венная атаксия (G11.8), наследственная атаксия неуточненная (G11.9) критерии выглядят следующим образом:

ФК1:

Клинико-функциональная характеристика. Легкая атаксия, преимущественно в нижних конечностях, симметрично. Снижены или отсутствуют ахилловы и коленные рефлексы. Сохранен полный объем активных и пассивных движений в суставах конечностей. Контрактуры суставов и мышечные атрофии отсутствуют. Дефект фиксации позы при выключении зрительного анализатора. Дисметрия при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной пробы. Адиадохокинез. Неуверенность, пошатывание, спотыкание при ходьбе, усиливающиеся в условиях низкой освещенности, при поворотах. Деформация стоп: высокий и вогнутый свод стоп;

Ограничения категорий жизнедеятельности и их выраженность: способность к: передвижению – ФК0,1; самообслуживанию – ФК0; ведущей возрастной деятельности – ФК0;

ФК2:

Клинико-функциональная характеристика. Умеренная атаксия, симметрично. Нистагм. Дисфункция артикуляционной мускулатуры – дизартрия. Мышечная слабость до 3,5-3 баллов, дистально, преимущественно в нижних конечностях, симметрично. Умеренная гипотрофия мышц дистальных отделов конечностей, симметрично. Снижены сухожильно-надкостничные рефлексы на верхних конечностях, отсутствуют ахилловы и коленные рефлексы. Ограничение амплитуды активных движений в голеностопных суставах. Нарушение тонкой моторики, тремор (изменение под черка). Затруднение при выполнении координаторных проб, усиливающееся при выключении зрительного анализатора. Дисметрия при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной пробы, а также при выполнении проб при зрительном контроле (проба с обведением пальцем нарисованного круга, написание в воздухе восьмерки). Походка изменена, компенсируется увеличением площади опоры. Пошатывание, спотыкание, частые падения при ходьбе, резко усиливающиеся в условиях низкой освещенности, при поворотах. Деформация стоп;

Ограничения категорий жизнедеятельности и их выраженность: способность к: передвижению – ФК1,2; самообслуживанию – ФК1,2; ведущей возрастной деятельности – ФК0,1;

ФК3:

Клинико-функциональная характеристика. Выраженная атаксия. Нистагм. Дисфункция артикуляционной мускулатуры – дизартрия, замедленная, невнятная речь. Снижение мышечной силы до 2,5-2 баллов, дистально, преимущественно в нижних конечностях, симметрично. Выраженная гипотрофия мышц дистальных отделов конечностей, симметрично. Выраженное ограничение амплитуды активных движений в коленных и голеностопных суставах. Грубое мимоподание при выполнении координаторных проб.

Диссинергия. Ходьба затруднена. Ограничены темп и расстояние передвижения. Походка паралитическая. Деформация стоп;

Ограничения категорий жизнедеятельности и их выраженность: способность к: передвижению – ФК2,3; самообслуживанию – ФК2,3; обучению – ФК2,3; ведущей возрастной деятельности – ФК2,3;

ФК4:

Клинико-функциональная характеристика. Резко выраженная атаксия. Мышечная сила снижена до 1,0 балла, преимущественно в дистальных отделах конечностей, симметрично. Мышечная гипотония, симметрично. Атрофия мышц дистальных отделов конечностей, симметрично. Арефлексия – отсутствие всех надкостничных и сухожильных рефлексов, расстройство глубоких видов чувствительности (вибрационной чувствительности и суставно-мышечного чувства). Невозможность выполнения координаторных проб. Асинергия. Астазия. Ходьба невозможна без помощи других лиц или технических средств социальной реабилитации. Деформация стоп и кистей.

Дополнительно необходимо оценивать степень выраженности нарушений слуха, обмена веществ, сердечно-сосудистой системы (кардиомиопатия, сердечная недостаточность);

Ограничения категорий жизнедеятельности и их выраженность: способность к: передвижению – ФК4; самообслуживанию – ФК3,4; обучению – ФК3,4; ведущей возрастной деятельности – ФК4.

При системных атрофиях, поражающих преимущественно центральную нервную систему (G12): спинальная амиотрофия, тип I, Верднига-Гоффмана (G12.0); другие наследственные спинальные мышечные атрофии (G12.1): спинальная амиотрофия, тип II; спинальная амиотрофия, тип III (Кугельберга-Веландер) критерии выглядят следующим образом:

ФК1:

Клинико-функциональная характеристика. Мышечная сила снижена до 4,0 баллов в проксимальных отделах конечностей. Мышечный тонус снижен в проксимальных группах мышц. Гипотрофии проксимальных групп мышц нижних конечностей, тазового пояса, симметрично. Снижены глубокие рефлексы на нижних конечностях (чаще коленный). Сохранен полный объем активных и пассивных движений в суставах конечностей. Быстрая утомляемость мышц нижних конечностей при длительной физической нагрузке (ходьба, бег). Моторная неловкость при движениях. Нарушение походки (шаг со сгибанием ног в коленях). Затруднения при подъеме по лестнице;

Ограничения категорий жизнедеятельности и их выраженность: способность к: передвижению – ФК1; самообслуживанию – ФК1; обучению – ФК1; ведущей возрастной деятельности – ФК1;

ФК2:

Клинико-функциональная характеристика. Вялость мимики. Мышечная сила снижена до 3,5 баллов в проксимальных группах мышц, выражен-

нее в нижних конечностях. Гипотония мышц с переразгибанием суставов. Непостоянное свисание пораженного сегмента (-ов). Угасание глубоких рефлексов. Мелкий тремор пальцев рук. Гипотрофии проксимальных групп мышц, симметрично. Быстрая утомляемость мышц при физической нагрузке. Затруднения при перемене положения тела (встать из положения сидя, лежа и др.). Невозможность длительно удерживать фиксированную позу. Нарушение походки – переваливающаяся. Спотыкание, частые падения при ходьбе. Регресс приобретенных двигательных навыков более чем на один возрастной период;

Ограничения категорий жизнедеятельности и их выраженность: способность к: передвижению – ФК2; самообслуживанию – ФК1,2; обучению – ФК1,2; ведущей возрастной деятельности – ФК2;

ФК3:

Клинико-функциональная характеристика. Фасцикуляции и гипотрофия языка. Бульбарные нарушения: снижение глоточного и небного рефлексов. Мимика снижена. Мышечная сила снижена до 3,0-2,5 баллов, выраженнее проксимально. Выраженная гипотония мышц конечностей, туловища. Слабость межреберных мышц, что затрудняет дыхательные движения. Отсутствие сухожильно-надкостничных рефлексов. Тремор конечностей. Ограничен объем активных движений, кратковременное удержание на весу дистальных сегментов. Необратимое снижение подвижности в крупных суставах конечностей (контрактуры). Атрофии проксимальных групп мышц, симметрично. Нарушение физического развития (дефицит массы тела). Невозможность удерживать длительно позу при физических двигательных навыках (сидение, удержание головы). Ходьба затруднена без посторонней помощи. Походка «утиная».

Дополнительно необходимо оценивать степень выраженности нарушений костно-мышечного аппарата: грудной клетки (килевидная или воронкообразная грудь), позвоночника (сколиоз, кифосколиоз, кифоз);

Ограничения категорий жизнедеятельности и их выраженность: способность к: передвижению – ФК3; самообслуживанию – ФК3; обучению – ФК2,3; ведущей возрастной деятельности – ФК3;

ФК4:

Клинико-функциональная характеристика. Бульбарные нарушения, возможен бульбарный паралич, парез диафрагмы. Мышечная сила ниже 2,0 баллов. Минимальные активные движения или их отсутствие. Отсутствие сопротивления пассивным движениям в проксимальных группах мышц. Генерализованная выраженная мышечная гипотония. Отсутствие сухожильно-надкостничных рефлексов. Контрактуры крупных и мелких суставов. Кахексия. Физические двигательные навыки (сидение, ходьба) невозможны без помощи других лиц или технических средств социальной реабилитации.

Дополнительно необходимо оценивать степень выраженности нарушений костно-мышечного аппарата (грудной клетки, позвоночника, трубча-

тых костей), сердечно-сосудистой (сердечная недостаточность) и дыхательной (дыхательная недостаточность) систем;

Ограничения категорий жизнедеятельности и их выраженность: способность к: передвижению – ФК4; самообслуживанию – ФК4; обучению – ФК3,4; ведущей возрастной деятельности – ФК3,4.

Заключительным этапом оценки ограничения жизнедеятельности у детей с нервно-мышечной патологией, является установление степени утраты здоровья. Выделяют первую, вторую, третью и четвертую степени утраты здоровья, которые устанавливаются в следующих случаях:

- первая степень утраты здоровья определяется при наличии легкого ограничения жизнедеятельности и благоприятного клинико-трудового прогноза;

- вторая степень утраты здоровья определяется при наличии умеренного ограничения жизнедеятельности и относительно неблагоприятного клинико-трудового прогноза;

- третья степень утраты здоровья определяется при наличии выраженного ограничения жизнедеятельности и неблагоприятного клинико-трудового прогноза;

- четвертая степень утраты здоровья определяется при наличии резко выраженного ограничения жизнедеятельности, приводящего к стойко выраженной социальной недостаточности, а также при наличии абсолютно неблагоприятного в отношении жизни прогноза.

Степень утраты здоровья у детей с данной нервно-мышечной патологией, которая имеет прогрессирующее течение, предполагает обязательное определение прогноза. В связи с чем, выделены следующие виды прогноза: благоприятный клинико-трудовой прогноз, относительно неблагоприятный клинико-трудовой прогноз, неблагоприятный клинико-трудовой прогноз и абсолютно неблагоприятный в отношении жизни прогноз.

Благоприятный характеризуется медленным темпом прогрессирования, что позволяет пациенту свободно передвигаться и получать в перспективе профессиональное образование доступное по состоянию здоровья, обеспечивающее в перспективе полную трудовую занятость.

Относительно неблагоприятный клинико-трудовой прогноз характеризуется наличием через 5 лет от начала заболевания умеренных двигательных нарушений, приводящих к затруднению самостоятельного передвижения.

Неблагоприятный клинико-трудовой прогноз характеризуется наличием через 5 лет от начала заболевания выраженных двигательных нарушений, не позволяющих пациенту самостоятельно передвигаться без сложных технических средств социальной реабилитации, необходимости помощи других лиц.

Абсолютно неблагоприятный в отношении жизни прогноз характеризуется злокачественным, быстропрогрессирующим течением, выраженными

бульбарными нарушениями или бульбарным параличом, парезом диафрагмы, дыхательной недостаточностью. В частности, такой прогноз характерен и для пациентов с врожденными формами нервно-мышечной патологии, проявляющейся с первых дней жизни отсутствием глубоких рефлексов на фоне выраженной генерализованной мышечной гипотонии и слабости.

Прогноз при нервно-мышечной патологии прямо пропорционален возрасту возникновения первых клинических проявлений заболевания. Чем позже они развиваются, тем благоприятнее прогноз, особенно в социальном плане, так как такие пациенты, как правило, успевают получить образование первой ступени, а иногда и второй, что в перспективе может способствовать снижению социальной недостаточности.

**Использование комплекса экспертных оценок,
ориентированных на критерии Международной
классификации функционирования, ограничений
жизнедеятельности и здоровья при оценке способности
к трудовой деятельности лиц с ограниченными
возможностями**

Л.Н. Горустович, Л.А. Овсянникова, Т.В. Чумакова,
К.В. Кулеш, В.В. Ляховец

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Поддержка трудовой деятельности инвалидов, создание специальных условий доступности труда является важнейшим элементом их социальной защиты, экономической самостоятельности, соблюдения правовых норм и гарантий.

В последнее десятилетие в Республике Беларусь стандарты в области содействия и представления гарантий занятости населения, профессионального обучения и подготовки лиц с особенностями психофизиологического развития (в том числе инвалидов) претерпели существенные качественные преобразования, ориентированные на критерии стандартов в этой сфере государств Европейского содружества [1, 2, 3, 4].

Задачи Государственной программы «Безбарьерная среда» (2011-2015гг.), объем и спектр ее мероприятий, а также, ратификация в Республике Беларусь Международной конвенции Прав инвалидов, являлись основанием для выполнения данного исследования [5].

Впервые в Республике Беларусь в практику медико-социальной экспертизы и реабилитации для оценки социальной недостаточности предлагается использовать критерии доступности инвалидам труда, производственной среды, используемые в практике ведущих стран мира, обеспечивающие возможность:

- сопоставления показателей состояния трудоспособности и результативности трудовой реабилитации лиц с ограниченными возможностями, ориентированные не только на состояние здоровья инвалида, но и на возможности социальной среды обеспечить интеграцию инвалида в сферу трудовой занятости и общество;

- расширение возможностей трудовой реабилитации инвалидов, продления периода их трудовой активности, восстановления социально-экономического статуса.

В ходе выполнения НИР впервые были разработаны: инструкции по применению «Критерии оценки доступности труда и профессионально-производственной среды с учетом МКФ для лиц с ограниченными возможностями» и «Метод оценки критериев доступности труда, профессионально-производственной среды для лиц с ограниченными возможностями».

Объектом исследования являлись лица в количестве 150 человек с ограниченными за счет снижения трудоспособности (активности) возможностями и нуждающиеся в содействии (участии) в организации доступности профессионально-производственной среды (в содействии служб профессионально-трудовой реабилитации, оптимизации условий труда, организации специальных условий труда, сопровождения и др.). Для оценки профессиональной пригодности, профессиональной трудоспособности, подбора профессий для профессиональной подготовки и занятости лиц с ограниченными возможностями использовались методы профессиональной экспертизы, экспертной оценки, гигиенической оценки условий труда.

В практике медико-социальной экспертизы оценка ограничений жизнедеятельности человека трудоспособного возраста определяется по состоянию основных критериев жизнедеятельности, одним из которых является способность к трудовой деятельности.

Оценка способности к трудовой деятельности определяется комплексно по показателям:

- возможность реализации способностей, составляющих трудовые обязанности индивида;

- оценки способности индивида выполнять действия, составляющие трудовые обязанности с учетом степени изменения функций и структур организма;

- с учетом возможности облегчающих факторов, позволяющих устроить барьеры рабочей, производственной и другой среды.

Доступность среды для лиц с ограниченными возможностями включает доступность для них жилья, транспорта, образования, работы, информации, каналов коммуникации и др., позволяющую беспрепятственно передвигаться, воспринимать необходимую для профессиональной деятельности информацию, осуществлять профессионально-трудовую деятельность.

Критерии доступности труда представлены:

1. Способностью выполнять состав работ, предусмотренный профессиональной принадлежностью

2. Способностью выполнять состав работ, предусмотренный профессией с учетом квалификационного диапазона.

3. Способностью выполнять объем работ, предусмотренный профессиональной принадлежностью, в том числе, при организации специальных условий труда в течение полной нормы рабочего времени.

Критерии доступности социальной среды представлены:

1. Критериями доступности производственной среды.

2. Оснащенностью жилого помещения для обеспечения перемещения к месту работы.

3. Критериями оценки транспортной доступности.

4. Критериями оценки коммуникационной доступности.

Оценка одного из основных критериев ограничения жизнедеятельности - способности к трудовой деятельности выполняется за счет двух составляющих: имеющегося состояния здоровья и наличия адаптивной социальной среды.

Разработанная дифференцированная процедура проведения оценки способности к трудовой деятельности лиц с ограниченными возможностями за счет расширения комплекса оценочных критериев и их оценки позволит дать объективную оценку реабилитационного прогноза и сформировать мероприятия профессионально-трудовой реабилитации, ориентированные на адаптивность рабочей среды, возможность реализовать имеющиеся способности к труду и обеспечить экономическую независимость.

Использование экспертами критериев оценки адаптивности (доступности рабочей среды и социальной инфраструктуры) позволяют уточнить причину ограничения возможности трудоустройства – реализации имеющих или восстановленных на этапе медицинской реабилитации трудовых способностей.

Разработанные в лаборатории экспертизы профессиональной пригодности критерии доступности труда в условиях профессионально-производственной среды (для лиц с ограниченными возможностями) могут быть использованы в комплексе медицинских услуг, направленных на диагностику способности инвалидов к трудовой деятельности, способствовать профессионально-трудовой реабилитации лиц с ограниченными возможностями, в том числе с заболеваниями нервной системы.

Литература

1 О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь: Закон Респ. Беларусь от 11 нояб. 1991 г., № 1224-ХП: в ред. Закона Респ. Беларусь от 16 нояб. 2010 г., № 192-3 // Консультант Плюс. Беларусь Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «Юр-Спектр». – Минск, 2015.

2 О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов: Закон Респ. Беларусь, 23 июл. 2008 г., № 422-З: в ред. Закон Респ. Беларусь, 12 дек. 2013 г., № 84-3 //

Консультант Плюс. Беларусь Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2015.

3 О государственной поддержке инвалидов: Указ Президента Респ. Беларусь, 01 март. 2010г., № 126: ред. от 27 сент.. 2012г., № 428 // Консультант Плюс. Беларусь Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2015.

4 О подписании Республикой Беларусь Конвенции о правах инвалидов: Указ Президента Республики Беларусь от 24 сентября 2015 г. № 401 [Электронный ресурс]. / Национальный правовой интернет-портал Республики Беларусь – Режим доступа: <http://www.pravo.by/main.aspx?guid=10521&p0=26.09.2015&p1=26.09.2015>. - Дата доступа: 20.11.2015.

5 Об утверждении государственной программы о безбарьерной среде жизнедеятельности физически ослабленных лиц на 2007 - 2010 годы: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 3 апр. 2007г., № 424 в ред. постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 22 дек. 2009г., № 1689 // Консультант Плюс. Беларусь Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2015.

Контроль и оценка качества предоставления государственной услуги учреждениями медико-социальной экспертизы Российской Федерации

И.А.Дубинина, И.В. Деденева

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования
врачей-экспертов», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Медико-социальная экспертиза (далее – МСЭ) в Российской Федерации относится к одному из видов медицинской деятельности - медицинской экспертизе, а федеральные учреждения МСЭ – к медицинским организациям - в соответствии с принятым в 2011г. федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Основы об охране здоровья») [1], который ввел понятия «медицинская деятельность», «медицинская организация»:

медицинская деятельность – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз <...>;

медицинская организация – юридическое лицо, осуществляющее в качестве уставного вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии <...>.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в Российской Федерации согласно вышеназванного документа осуществляется в следующих формах: государственный контроль, ведомственный контроль, внутренний контроль.

Государственный контроль определен Правительством Российской Федерации [2] и реализуется путем:

- лицензирования медицинской деятельности;
- проведения проверок соблюдения медицинскими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья;

- проведения проверок применения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз;
- проведения проверок соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда и других мероприятий.

В отношении федеральных учреждений, к которым относятся и учреждения МСЭ, проведение государственного контроля возложено на Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения, а в части проверок соблюдения безопасных условий труда – на Федеральную службу по труду и занятости.

Ведомственный контроль осуществляется соответствующими органами исполнительной власти, в ведении которых находятся те или иные медицинские организации. Порядок организации и проведения ведомственного контроля в отношении лечебно-профилактических медицинских организаций определен Министерством здравоохранения Российской Федерации [3]. Порядок организации и проведения ведомственного контроля в отношении учреждений МСЭ, подведомственных Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации (далее – Минтруд России), данным федеральным органом исполнительной власти пока не утвержден.

Внутренний контроль проводится в порядке, установленном руководителем конкретной медицинской организации.

Так как медико-социальная экспертиза в России с 2011г. отнесена к государственной услуге и ее предоставление осуществляется в строгом соответствии с «Административным регламентом по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы» (далее – «Административный регламент») [4], то данный документ включает обязательный раздел «Формы контроля за предоставлением государственной услуги». К формам контроля отнесены текущий контроль, плановые и внеплановые проверки за полнотой и качеством предоставления государственной услуги, а также за организацией предоставления государственной услуги. В соответствии с «Основами об охране здоровья» и «Административным регламентом» в учреждениях МСЭ разработаны и действуют Положения о внутреннем контроле качества предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

Еще одним видом контроля, но находящимся за пределами контроля качества и безопасности медицинской деятельности, является независимая оценка качества работы организаций. На необходимость формирования системы независимой оценки качества работы организаций было указано Президентом Российской Федерации еще в 2012г. [5]. Однако, создание такой системы касалось деятельности организаций, оказывающих социальные услуги, к которым были отнесены организации образования, культуры, физической культуры и спорта, здравоохранения и социального обслуживания

[6]. Система независимой оценки качества работ должна была включать критерии эффективности деятельности таких организаций и введение публичных рейтингов их деятельности. Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2013г. был издан приказ по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) организаций, оказывающих услуги в сфере здравоохранения [7].

Учреждения МСЭ не входили ни в одну из перечисленных групп организаций, оказывающих социальные услуги, и, следовательно, на тот момент не могли быть подвергнуты независимой оценке качества их работы. Ситуация изменилась с вступлением в силу в конце 2014г. нового федерального закона (далее – ФЗ № 256) [8], внесшего изменения в ряд федеральных законов по вопросу проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования. Данным нормативным правовым актом были внесены принципиальные изменения в некоторые ранее введенные формулировки, а именно, «оценка качества работ» была заменена на «оценку качества оказания услуг», а «организации здравоохранения» заменены на «организации охраны здоровья». Установлено, что координация деятельности и общее методическое обеспечение проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в указанных сферах осуществляется Минтрудом России, а реализация проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями – соответствующими Министерствами (по подведомственности организаций, по которым проводится оценка качества оказания услуг).

ФЗ № 256 ввел в «Основы об охране здоровья» новую статью 79.1. «Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями», которая в полной мере распространяется и на учреждения МСЭ, являющиеся медицинскими организациями.

Данной статьей независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями (далее - независимая оценка) определена как одна из форм общественного контроля, имеющего следующие цели:

1) предоставление гражданам информации о качестве оказания услуг медицинскими организациями; 2) повышение качества деятельности медицинских организаций. Независимой оценкой предусмотрена оценка условий оказания услуг по таким общим критериям, как:

- открытость и доступность информации о медицинской организации;
- комфортность условий предоставления услуг;
- доступность получения услуг;
- время ожидания предоставления услуги,
- доброжелательность, вежливость, компетентность работников медицинской организации;
- удовлетворенность оказанными услугами.

С целью организации проведения независимой оценки оказания услуг

учреждениями МСЭ на Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации (далее – Минтруд России) возлагается создание Общественного совета по проведению независимой оценки, утверждение Положения о нем, а также установление Критериев независимой оценки (последние устанавливаются после предварительного обсуждения на Общественном совете по проведению независимой оценки).

Общественный совет по проведению независимой оценки формируется из числа представителей общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья, представителей медицинских профессиональных некоммерческих организаций. Общественный совет после проведения независимой оценки представляет в Минтруд России полученные результаты независимой оценки и предложения по улучшению деятельности проверенных организаций. Результаты независимой оценки подлежат размещению на официальном сайте Минтруда России. Функции Общественного совета по проведению независимой оценки по решению Минтруда России могут быть возложены на существующий при нем Общественный совет, который действует с 2013 г.

Следует отметить, что определенные «Основами об охране здоровья» общие критерии независимой оценки в той или иной мере уже отражены в «Административном регламенте», в частности, даны показатели доступности и качества предоставления государственной услуги: а) удовлетворенность получателей государственной услуги качеством предоставления государственной услуги; б) возможность получения полной, актуальной и доступной информации о порядке предоставления государственной услуги; в) соблюдение сроков предоставления государственной услуги; г) предоставление возможности получения государственной услуги в электронном виде; д) отсутствие обоснованных жалоб со стороны получателей государственной услуги на действия (бездействие) бюро МСЭ, главных бюро МСЭ, Федерального бюро МСЭ и их специалистов, на несоблюдение сроков предоставления государственной услуги, на отсутствие доступности государственной услуги и информации.

Таким образом, изменения, внесенные в «Основы об охране здоровья», законодательно включили учреждения МСЭ в систему независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями. Можно предположить, что это предъявит более высокие требования к предоставлению услуги по проведению медико-социальной экспертизы, реальность которых может быть ясна лишь после установления Минтрудом России критериев независимой оценки качества оказания услуг учреждениями МСЭ.

Литература

1. Федеральный закон от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 12.11.2012г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности ме-

дицинской деятельности».

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012г. № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (зарегистрировано в Минюсте России 03.06.2013г. № 28631).

4. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29.01.2014г. № 59н «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы» (зарегистрировано в Минюсте России 02.06.2014г. № 32943).

5. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012г. № 597 «О мерах по реализации государственной социальной политики».

6. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.03.2013г. № 286 «О формировании независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги».

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.10.2013г. № 810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» (вместе с «Методическими рекомендациями по проведению независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения»).

8. Федеральный закон от 21.07.2014г. № 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования».

Разработка карты экспертно-диагностической оценки пациентов с расстройствами шизофренического спектра в соответствии с кодами Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья для заполнения специалистами мультидисциплинарной бригады

Т.А. Емельянцева, Л.Г. Казак, А.В. Марушкина, Т.А. Невмержицкая

ГУ «РНПЦ психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

На современном этапе требуется развитие системного подхода к разработке функциональных и реабилитационно-экспертных критериев при оказании медицинской помощи пациентам с шизофренией, шизоаффективными, шизотипическими и хроническими бредовыми расстройствами (далее – расстройствами шизофренического спектра).

Именно такую выстроенную систему информации, которая позволяет объективизировать и конкретизировать функциональные нарушения по основным категориям жизнедеятельности представляет Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ).

В МКФ существует 1424 кодов [1].

Нами определен базовый список реабилитационно-экспертных критериев, необходимых для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра в Республике Беларусь с учетом особенностей национальной системы здравоохранения (128 кодов):

- А: Физиологических и психических функций;
- В: Активности (вовлеченности) и участия;
- С: Факторов окружающей среды / личностных факторов.

Разработана Карта экспертно-диагностической оценки пациентов с расстройствами шизофренического спектра в соответствии с кодами МКФ для заполнения специалистами мультидисциплинарной бригады (далее – Карта).

При разработке Карты принципиальными моментами явились:

1. Оценка степени функциональной недостаточности по основным кодам МКФ в традиционном экспертном формате:

- 0 – нет;
- 1 – в легкой степени 5-24%;
- 2- умеренно выраженная 25-49%;
- 3 – выраженная 50-94%;
- 4 – резко выраженная 95 – 100%.

2. Заполнение всеми специалистами мультидисциплинарной бригады, принимающих участие в медицинской реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра:

- врач-психиатра-нарколога (В),
- врача-психотерапевта (ПТ),
- медицинского персонала (среднего) (М),
- психолога (П),
- специалиста по медицинской реабилитации (Р).

3. В карте на основании выявленной степени тяжести функциональных нарушений по предложенным кодам МКФ должны делаться отметки центра тяжести (значимости) реабилитационных мероприятий с целью компенсации нарушенных функций (таблица).

Таблица

Карта экспертно-диагностической оценки пациентов с расстройствами шизофренического спектра в соответствии с кодами МКФ

Функциональная недостаточность:		Профессиональная группа	Проводилась Р	Не проводилась Р	Степень выраженности функциональной недостаточности					Центр тяжести Р
					0	1	2	3	4	
0 – нет										
1 – в легкой степени	5-24%									
2- умеренно выраженная	25-49%									
3 – выраженная	50-94%									
4 – резко выраженная	95 – 100%									

А: Физиологические и психические функции**b130 функции побуждений и энергии**

b1300 степень психической энергии (выносливость)	В/М
b1301 мотивация (побуждающая сила к действию)	В/М
b1302 аппетит	В/М
b1303 побуждение употреблять: О – алкоголь, О – психотропные ЛС, О – другие ПАВ	В/М
b1304 способность управлять им-пульсами (подавлять их)	В/М

b134 функции сна

b1341 продолжительность сна: О – слишком мало, О – слишком много	М
b1342 засыпание: О – слишком рано, О – слишком поздно	М
b1343 качество сна	М

b114 функции ориентации

b114 ориентация в месте, времени, собственной личности	В
--	---

b117 функции интеллекта

b117 функции интеллекта (стандарты тестирования)	П
--	---

b140 функции внимания

b1400 постоянство внимания (поддержание внимания в течение необходимого времени)	В/П
b1401 переключение внимания (отвлечение внимания с одного стимула на другой)	В/П
b1402 разделение внимания (фокус внимания на 2-х и более стимулах)	В/П

b144 функции памяти

b144 функции памяти	В/П
---------------------	-----

b147 психомоторные функции

b147 психомоторные функции (речь, перемещение, жестикуляция, спонтанные движения, целенаправленное поведение, беспокойное поведение, ажитация) О – замедление, О – ускорение	В/М
---	-----

b152 эмоциональные функции

b1520 соответствие эмоций ситуации	В/П
b1521 эмоциональная лабильность и контроль за выражением эмоций	В/П
b1522 спектр эмоций	В/П

b156 функции восприятия

b156 функции восприятия (галлюцинации, иллюзии, обманы)	В
b160 функции мышления	
b1600 темп мышления:	В/П
О – замедлен, О - ускорен	
b1601 форма мышления (последовательность, логичность, разноплановость, актуализация латентных признаков)	В/П
b1602 содержание мышления (бредовые идеи, сверхценные идеи, идеи соматизации)	В
b1603 контроль мышления (чужие мысли, идеаторные автоматизмы, навязчивые мысли)	В
b164 высшие когнитивные функции	
b1640 способность абстрагироваться от мелких деталей и смотреть на ситуацию в целом	В/П
b1641 функции организации и планирования	В/П
b1643 когнитивная гибкость (смена стратегий и подходов)	В/П
b1644 осознание и понимание своих собственных действий	В
b1645 функция суждений (способность оценить различные варианты решений, а также различия между ними)	В/П
b1646 состоятельность в выявлении проблем, постановке целей, поиске решений проблем	В/П
b640 сексуальные функции	
b640 сексуальные функции	В/М
b180 функции самовосприятия	
b1800 функции восприятия себя по отношению к реальности (дереализация / деперсонализация)	В/П
b1801 функции восприятия своего тела (например, слишком худое / слишком толстое)	В/П
b765 Непроизвольные движения	
b7651 тремор	В
b7652 тики, манерность	В
b7653 стереотипии	В
b126 Темперамент и личностные особенности	
b1260 экстраверсия (выражение эмоций больше чем сдерживание эмоций)	В/П
b1261 общительность (дружелюбия больше чем воинственности)	В/П

b1262 добросовестность (трудолюбие, ответственность против . ненадежности)	В/П
b1263 эмоциональная устойчивость	В/П
b1264 открытость новому опыту	В/П
b1265 оптимизм (уверенность против отчаяния)	В/П
b1266 уверенность (мужественность против стеснительности)	В/П
b1267 надежность (искренность против лукавства)	В/П

В: Активность (вовлеченность) и участие

Домен обучения и применения знаний

d160 фокус внимания (способность намеренно отфильтровать ненужную информацию)	В/Р
d1550 способность приобретать элементарные навыки (например, как использовать инструмент)	Р
d1551 способность приобретать сложные навыки (сознательно воспроизводить последовательные, координированные действия (например, танцы, игра на музык. инструменте)	Р
d163 способность разрабатывать идеи и концепции (мозговой штурм)	ПТ/Р
d166 чтение (восприятие и интерпретация текстов)	В/П
d170 письмо (письменная передача информации)	В/П
d172 простые вычислительные задачи (в т.ч. текстовые задачи)	В/П
d175 способность решать проблемы (включая обнаружение и анализ проблемы, разработка решения, обсуждение результатов)	ПТ/П
d177 способность делать взвешенный выбор среди потенциальных решений	ПТ/П

Домен общих задач и требований

d210 выполнение одной задачи (например, заправить постель)	М/Р
d2101 самостоятельно, без помощи посторонних	М/Р
d2102 в группе (выполнение с другими людьми)	М/Р
d220 выполнение многоэтапного задания (например, сделать заготовки, потом собрать)	П/М/Р
d2201 самостоятельно	П/М/Р
d2202 в группе	П/М/Р

d2203 перераспределение персонального времени и энергии при выполнении заданий и обязательств	П/Р
d230 соблюдение распорядка дня (планирование и осуществление повседневных процедур)	В/М
d240 способность справляться с повседневным общественным стрессом (в транспорте, др. общественных местах)	П/ПТ
d2402 преодоление трудностей (обход кризисных ситуаций)	П/ПТ

Домен основных областей жизни

d 825 способность к теоретическому обучению	Р
d 840 подготовка к трудовой занятости (способность к профессиональному обучению)	Р
d 8450 способность к поиску работы	Р
d 8451 способность к трудовым отношениям	Р
d 8501 способность к частичной занятости (неполный рабочий день)	Р
d 8502 способность к занятости полный рабочий день	Р
d 855 способность к неоплачиваемой деятельности	Р
d 860 способность совершать денежные операции (обращение с деньгами)	Р
d 870 способность к самоуправлению деньгами (планирование текущих экономических расходов с учетом ситуации и денежных накоплений)	Р

Домен коммуникаций

d 330 речевые коммуникации	В/П
d 335 невербальные коммуникации	В/П
d 350 способность к диалогу	ПТ/П
d 350 способность к обсуждению	ПТ/П

Домен самообслуживания

d 510 принятие ванны, душа	Р
d 520 уход за телом (волосами, ногтями)	Р
d 540 выбор подходящей одежды	Р
d 570 обеспечение здоровья (физического и психического благополучия, медицинских осмотров)	Р
d 5700 обеспечение физического комфорта	Р
d 5701 обеспечение питания, занятий спортом	Р

Домен домашней жизни

d 610 оплата жилья, коммунальных услуг	Р
d 620 способность закупать товары и осуществлять услуги повседневного использования (закупка еды, одежды, использование телефона и др.)	Р
d 630 приготовление себе еды	Р
d 6400 стирка и сушка одежды	Р
d 6401 содержание посуды в чистоте	Р
d 6402 содержание комнат в чистоте	Р
d 6405 вынос мусора	Р

Домен межличностных взаимоотношений

d 7102 толерантность (устойчивость) в отношениях	ПТ/П
d 7103 критика в отношениях, разногласия	ПТ/П
d 7104 соблюдение социальных условий	ПТ/П
d 7202 способность регулировать отношения (сдерживать чувства и импульсы)	ПТ/П
d 7203 способность соблюдать социальные границы	ПТ/П
d 7204 способность соблюдать социальные правила (с учетом социальных условий, статусов и ролей)	ПТ/П
d 730 способность устанавливать контакт с незнакомыми людьми	ПТ/П
d 7400 способность устанавливать контакт с вышестоящими (например, с работодателем)	ПТ/П
d 7402 способность устанавливать и поддерживать контакт со сверстниками	ПТ/П
d 7500 способность поддерживать контакт с друзьями	ПТ/П
d 7502 способность поддерживать контакт со знакомыми	ПТ/П
d 7503 способность поддерживать контакт с соседом (по палате, комнате в общежитии и т.п.)	ПТ/П
d 760 способность иметь хорошие отношения с родственниками в семье	ПТ/П
d 770 способность устанавливать и поддерживать интимные отношения	ПТ/П

Домен жизни в сообществе, социальной и гражданской жизни

d 910 способность посещать клубные дома для психических больных	Р
d 920 способность к отдыху и развлеч-	

чениям

d 9420 религиозность и духовность

С: факторы окружающей среды / личностные факторы

	барьерные					ресурсные				Замечания
	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	
e1101 комплайнс приема ЛС										
e 410 индивидуальный настрой членов семьи (убеждения, ценности, нормы)										
e 310 ближайшее семейное окружение (эмоциональная, практическая поддержка, защита и уход)										
e 315 расширенное семейное окружение (эмоциональная, практическая поддержка, защита и уход)										
e 320 друзья (длительные, доверительные отношения, поддержка)										
e 425 настрой группы сверстников (мировоззрение, ценности, стандарты)										
e 430 настрой авторитетных фигур (руководителей, учителей и др.)*										
e 325 настрой группы людей, к которой человек чувствует, что принадлежит (знакомых, коллег, соседей)										
e 340 настрой социального работника*										
e 1650 финансовые активы										
e 1651 материальные активы (имущество)										
e 1652 нематериальные активы (знания, навыки)										
e 525 жилищные условия										
e 570 социальная безопасность (правовые аспекты)										
e 575 система социальной поддержки (интенсивность ухода)										
e 580 система здравоохранения										
e 585 система образования										
e 585 система занятости										

Литература

1. Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. -342с.

Нарушение функций организма и основных категорий жизнедеятельности у пациентов МРЭК с ВИЧ-инфекцией

Ю.Б. Запорованный

Гомельская областная медико-реабилитационная экспертная комиссия,
г. Гомель, Республика Беларусь

Эпидемия ВИЧ-инфекции, с которой столкнулись страны мира в последние три десятилетия, является серьезной угрозой для социального прогресса и развития человечества. [1, 2].

В Республике Беларусь по состоянию на 1 января 2016 г. зарегистрировано 19827 случая ВИЧ-инфекции, количество людей, живущих с ВИЧ – 15 378, показатель распространенности составил 162,2 на 100 тысяч населения. Показатель заболеваемости составил 24,3 на 100 тысяч населения (за аналогичный период 2014г. – 19,1). Темп прироста - 27,2%. Последствия эпидемии, которые испытывает и наша республика, носят комплексный, многоуровневый характер, оказывая негативное влияние на многие сферы жизнедеятельности нашего общества, в частности, приводя к снижению количества и качества трудовых ресурсов, обусловленных инвалидностью при этой патологии. [3, 4].

Цель: Изучение структуры нарушений функций организма и основных категорий жизнедеятельности по которым определялось наличие признаков инвалидности у пациентов МРЭК с ВИЧ-инфекцией.

Материал и метод. В данном исследовании проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, прошедших освидетельствование в учреждении «Гомельская медико-реабилитационная экспертная комиссия» в период с 2008 по 2013годы с диагнозом ВИЧ-инфекция (353 пациента).

Математическая и статистическая группировка материала осуществлялась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel, программы персонифицированного учета инвалидов АИС ИН (автоматизированной персонифицированной информационной системы по проблемам инвалидности населения Республики Беларусь).

Результаты и обсуждение. В процессе изучения нарушений функций организма у пациентов с ВИЧ-инфекцией было выяснено, что наиболее часто имелись следующие нарушения: иммунитета – 58,6%, пищеварения – 49,8%, статодинамических функций – 17,3%. Реже выявлялись нарушения функции психической сферы – 12,5%, системы кровообращения – 11,0%, дыхательной системы – 6,2%, сенсорных функций – 2,3% (Таблица 1).

Таблица 1

**Степень нарушения функций организма у пациентов МРЭК
с ВИЧ-инфекцией в 2008-2013 годах. (n/%)**

Нарушения функций организма	ФК0		ФК1		ФК2		ФК3		ФК4	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
функций иммунитета	146	41,4	2	0,6	32	9,1	81	22,9	92	26,1
статодинамических функций	292	82,7	6	1,7	18	5,1	22	6,2	15	4,2
психической сферы	309	87,5	10	2,8	14	4,0	14	4,0	6	1,7
эндокринной системы	350	99,2	22	6,2	1	0,3	2	0,6	0	0,0
системы пищеварения	177	50,1	13	3,7	132	37,4	14	4,0	17	4,8
дыхательной системы	331	93,8	12	3,4	6	1,7	4	1,1	0	0,0
системы кровообращения	314	89,0	7	2,0	19	5,4	11	3,1	2	0,6
языковых и речевых функций	99	28,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
сенсорных функций	92	26,1	2	0,6	4	1,1	0	0,0	2	0,6
функций внутренней секреции	99	28,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0

Также у пациентов МРЭК с ВИЧ-инфекцией нами анализировалась способность к передвижению, контролю за поведением, самообслуживанию, ориентации, общению и участию в трудовой деятельности. (Таблица 2).

Таблица 2

**Ограничения жизнедеятельности у пациентов в исследуемой группе
(2008-2013 гг)**

Категории жизнедеятельности	Степень выраженности по ФК											
	ФК0		ФК1		ФК2		ФК3		ФК4		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
самообслуживание	63	17,8	44	12,5	93	26,3	101	28,6	52	14,7	290	82,2
передвижение	63	17,8	47	13,3	104	29,5	88	24,9	51	14,4	290	82,2
ориентация	267	75,6	13	3,7	33	9,3	23	6,5	17	4,8	86	24,4
общение	259	73,4	13	3,7	45	12,7	25	7,1	11	3,1	94	26,6
контроль поведения	289	81,9	8	2,3	26	7,4	16	4,5	14	4,0	64	18,1
трудовая деятельность	18	5,1	1	0,3	80	22,7	192	54,4	62	17,6	335	94,9

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих нарушение основных категорий жизнедеятельности выяснено, что способность к самообслуживанию была ограничена у 290 (82,2%) чел., причем наиболее часто имело место ограничение самообслуживания, соответствующее ФК-3 (в 101 (28,6%)) случае и ФК-2 (в 93 (26,3%)) случаях. Это значит, что у этих пациентов имело место выраженное или умеренное снижение способности к самообслуживанию, т.е. имела необходимость нуждаемости либо в постоянной посторонней помощи других лиц, либо эпизодической помощи посторонних лиц в осуществлении некоторых бытовых потребностей.

Способность к передвижению у пациентов исследуемой группы была нарушена у 290 (82,2%) чел. При этом ограничения передвижения наиболее часто соответствовали ФК2 (у 104 (29,5%) чел.) и ФК3 (у 88 (24,9%) чел.). Это значит, что у данных пациентов способность к передвижению была ограничена районом проживания с явным изменением походки, медленным темпом ходьбы, необходимостью исследования технических или вспомогательных средств.

В меньшей мере у пациентов исследуемой группы имелись ограничения жизнедеятельности, общения и контроля своего поведения различной степени выраженности.

Способность к трудовой деятельности была нарушена у 335 (94,9%) чел., в том числе ограничение способности к трудовой деятельности, соответствующее ФК-1 имело место только у 1 (0,3%) чел., ФК-2 – у 80 (22,7%) чел., ФК-3 – у 192 (54,4%) чел. и ФК-4 у 62 (17,6%) чел. Еще у 18 (5,1%) чел. способность к трудовой деятельности была не ограничена.

Выводы:

1. Изучение структуры нарушений функций организма у пациентов МРЭК с ВИЧ-инфекцией выявило наиболее частое поражение функций иммунитета – 58,6%, пищеварения – 49,8%, статодинамических функций – 17,3%.

2. Ведущими категориями жизнедеятельности, по которым определялось наличие признаков инвалидности у пациентов МРЭК с ВИЧ-инфекцией, являлись ограничения (в порядке убывания) способности к трудовой деятельности (94,9%), способности к самообслуживанию (82,2%) и способности к передвижению (82,2%).

3. В процессе экспертизы в МРЭК у пациентов с ВИЧ превалировали выраженные (ФК-3)- 54,4% и резко выраженное (ФК-4) – 17,6% ограничение способности к трудовой деятельности.

Литература

1. Онищенко, Г. Г. ВИЧ-инфекция – проблема человечества / Г. Г. Онищенко // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2009. – Т. 1, № 1. – С. 5–9.
2. Глобальная статистика [Электронный ресурс] // Информационный бюллетень 2014 / ЮНЭЙДС. – Режим доступа:

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140716_FactSheet_ru_0.pdf. – Дата доступа: 06.04.15

3. Functional impairment, disability, and frailty in adults aging with HIV-infection / K. M. Erlandson [et al.] // Curr. HIV/AIDS Rep. – 2014. – Vol. 11, № 3. – P. 279–290.

4. Comparison of functional status instruments in HIV-infected adults on effective antiretroviral therapy / K. M. Erlandson [et al.] // HIV Clin. Trials. – 2012. – Vol. 13, № 6. – P. 324–334.

О проведении анализа заболеваемости с временной нетрудоспособностью в организациях здравоохранения

Д.С. Казакевич

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

При оценке социально-экономического развития нашей страны, ее регионов и разработке прогнозных показателей развития, наряду с основными макроэкономическими показателями, характеризующими состояние экономики, используются показатели рождаемости, заболеваемости, особенно с временной нетрудоспособностью (далее – ВН), показатели инвалидности и смертности.

В системе здравоохранения показатели заболеваемости с ВН и инвалидности относятся к основным показателями, отражающими не только состояние здоровья работающего населения, но и качество оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз. Анализ показателей заболеваемости с ВН, ее уровня и структуры - анализ качества работы организации здравоохранения, который позволяет оценить организацию и качество оказания медицинской помощи, в том числе специализированными службами; планировать конкретные мероприятия, направленные на достижение конечных результатов деятельности организаций здравоохранения и улучшение здоровья населения, оценить эффективность их реализации, что будет способствовать целенаправленному управлению качеством оказания медицинской помощи и оперативному руководству.

Вместе с тем, как показывают мониторинги (проверки) качества оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз в организациях здравоохранения, анализ заболеваемости с ВН во многих случаях проводится формально, с изолированной оценкой частоты и длительности ВН (не во всех случаях - средней длительности случая), их динамики по сравнению с аналогичным периодом прошлого года, без учета взаимосвязи данных показателей (числа дней ВН и числа случаев ВН на 100 работающих, средней длительности случая), с произвольной их трактовкой, что не позволяет получить полную и достоверную информацию при их интерпретации изолировано друг от друга. Нередко анализ показателей проводится в абсолютных числах; отсутствуют системный анализ с выявлением при-

чин отклонений статистических показателей от средних (по организации здравоохранения, району, городу, области, республике), конкретные предложения по их устранению. Указанные мероприятия по снижению заболеваемости с ВН не всегда обоснованы результатами представленного анализа, носили неконкретный характер, нередко повторяются из года в год; не проводится оценка их эффективности. У врачей-специалистов в ряде случаев отсутствует понимание взаимосвязи между отдельными показателями, характеризующими заболеваемость с ВН, между показателями заболеваемости и инвалидности, которые должны анализироваться в комплексе, т.к. заболеваемость и инвалидность – процесс однонаправленный. В организациях здравоохранения также бессистемно проводится углубленный (по номенклатурным формам) анализ заболеваемости с ВН.

Связано это во многом с отсутствием в настоящее время единой методики анализа заболеваемости с ВН, разъяснений по его проведению и, соответственно, недостаточным и несовершенным в организационно-методическом и технологическом аспектах информационным обеспечением существующей в настоящее время экспертизы ВН, что не позволяет достоверно оценить организацию и качество экспертизы ВН, качество оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения и принимать объективные управленческие решения.

Вместе с тем анализ заболеваемости с ВН – один из основных разделов работы по экспертизе ВН в организациях здравоохранения. Статистические данные ориентируют руководителей органов и организаций здравоохранения на уровень качества оказания медицинской помощи, экспертизы ВН, указывают на имеющиеся достижения, вскрывают недостатки и тем самым содействуют определению путей дальнейшего развития здравоохранения в республике.

Немаловажную роль в формировании показателей заболеваемости с ВН играет своевременность и достоверность предоставляемой информации о заболеваемости с ВН по форме государственной статистической отчетности 4-нетрудоспособность (Минздрав) «Отчет о причинах временной нетрудоспособности», утвержденной постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь от 8 октября 2012 №164 (далее – государственная статистическая отчетность), в которую должны быть включены все законченные случаи заболеваний с ВН и дни ВН работающих, и которая используется для проведения анализа заболеваемости с ВН. При этом дополнительную информацию, необходимую для проведения анализа, дает расчет такого показателя, как средняя длительность случая, сопоставление показателей заболеваемости с ВН между собой и выявление между ними связи. При этом с целью определения уровня заболеваемости работающего населения, необходимо производить расчет и использовать при проведении анализа относительные величины - интенсивные (на 100 работающих) и экстенсивные показатели (удельный вес), что дает возмож-

ность сравнивать показатели заболеваемости с ВН в организациях здравоохранения, городах, районах и областях с разной численностью населения.

Показатели заболеваемости с ВН, используемые для проведения анализа:

- число случаев ВН на 100 работающих (далее - случаи) - показатель, характеризующий частоту возникновения острого заболевания, обострений, декомпенсаций хронического заболевания, который зависит от качества экспертизы ВН (например, необоснованная выдача листка нетрудоспособности, ошибки кодирования случая ВН, диагноза, низкий контроль качества экспертизы ВН), организации оказания медицинской помощи (например, необоснованная госпитализация трудоспособных лиц, реабилитация трудоспособных лиц с выдачей листка нетрудоспособности), работы врача-специалиста при проведении экспертизы ВН;

- число дней ВН на 100 работающих - уровень заболеваемости с ВН – показатель, интегрально отражающий частоту случаев ВН и среднюю длительность случая ВН; тяжесть заболевания, качество оказания медицинской помощи (например, своевременность диагностики, госпитализации, интенсивность и качество лечения, реабилитации, преемственность между стационарным и амбулаторным этапами и др.), экспертизы ВН (например, качество контроля);

- средняя длительность случая – показатель, отражающий тяжесть заболевания, качество оказания медицинской помощи, организацию и качество экспертизы ВН (например, ошибки кодирования случая ВН, диагноза, преждевременное закрытия листка нетрудоспособности).

При проведении анализа дополнительно должны рассчитываться следующие показатели:

- темп прироста - динамика заболеваемости (случаи, дни) – показатель, отражающий динамику заболеваемости по сравнению с аналогичным периодом прошлого года (отношение числа случаев (дней) на 100 работающих за отчетный период к числу случаев (дней) на 100 работающих за аналогичный период прошлого года по данной строке отчета о причинах заболеваемости с ВН);

- удельный вес - структура ВН (в случаях, днях) – показатель, отражающий преобладание (удельный вес) того или иного заболевания в формировании трудопотерь в связи с заболеваемостью с ВН (отношение числа случаев (дней) ВН по данной строке отчета к числу случаев (дней) по итоговой строке $\times 100$).

Анализ заболеваемости с ВН предполагает сравнительную оценку показателей ВН за определенные периоды времени (квартал, полугодие, год) с одновременным выявлением причин их роста (снижения).

Для составления аналитического отчета используются: форма государственной статистической отчетности, материалы проведенного контроля качества оказания медицинской помощи, экспертизы ВН.

Основой государственной статистической отчетности, обеспечивающей ее достоверность, являются последовательные и взаимосвязанные этапы:

1. учет данных;
2. составление отчета;
3. анализ полученных данных, который зависит от полноты учета, объема собранной информации, ее достоверности, организационно-отчетной работы и методов анализа отчетной информации:

- статистический анализ с оценкой достоверности отчетных данных, определение динамики показателей заболеваемости с ВН, результатом которого будет являться анализ причин заболеваемости с ВН;

- определение динамики показателей заболеваемости с ВН, результатом которого будет являться заключение о характере изменений показателей;

- характеристика связей между показателями заболеваемости с ВН и формирующими их факторами, результатом которой будет являться разработка конкретных мероприятий, направленных на снижение или стабилизацию показателей с ВН.

Примерная схема анализа заболеваемости с ВН:

1. общая характеристика заболеваемости с ВН

- 1.1 общая справка: общая численность населения, из них трудоспособного возраста, женское, детское население, число работающих, др.;

- 1.2 оценка основных показателей заболеваемости с ВН по итоговым строкам отчета, их динамики по сравнению с прошлым годом (с отчетным периодом прошлого года):

- число дней ВН на 100 работающих (уровень ВН) по итоговой строке, динамика по сравнению с прошлым годом (отчетным периодом) с указанием темпа прироста; в том числе, без учета эпидемической заболеваемости;

- частота случаев ВН на 100 работающих по итоговой строке, динамика по сравнению с прошлым годом (отчетным периодом прошлого года);

- средняя длительность случая, темп прироста, оценка которой проводится в сопоставлении с уровнем ВН, динамика по сравнению с прошлым годом (отчетным периодом прошлого года). Оценка проводится с учетом средних оптимальных сроков ВН.

Оценка данных показателей должна проводиться в их взаимосвязи в связи с тем, что число дней ВН формируется за счет числа случаев ВН и средней длительности случая;

- 1.3 динамика заболеваемости с ВН с указанием нозологических форм, за счет которых произошел рост или снижение показателей заболеваемости с ВН;

1.4 характеристика заболеваемости с ВН по подразделениям, специализированным службам, врачам, организации в целом с указанием наиболее высоких уровней показателей заболеваемости с ВН; динамики показателей; заболеваний, нозологических форм, определивших высокую заболеваемость в отдельных подразделениях (число случаев, дней), подразделений с положительной динамикой показателей заболеваемости;

2. анализ заболеваемости по отдельным нозологическим формам:

2.1. структура заболеваемости: выделение заболеваний, нозологических форм и групп болезней по которым отмечается рост показателей по сравнению с контрольным периодом - с наибольшей частотой и удельным весом. При анализе заболеваемости по отдельным формам болезней необходимо во взаимосвязи оценить среднюю длительность случая и динамику показателей;

2.2. характеристика тех строк отчета, где произошел рост показателей заболеваемости с ВН (частота случаев ВН, уровень ВН, средняя длительность случая, динамика по сравнению с прошлым годом);

2.3. характеристика тех строк, где произошло снижение показателей заболеваемости с ВН (частота случаев ВН, уровень ВН, средняя длительность случая, динамика по сравнению с прошлым годом);

2.4. выделение подразделений (врачей) с неадекватно высокими показателями заболеваемости с ВН;

2.5. экспертная оценка показателей; выявление наиболее вероятных причин высокого уровня ВН; рекомендуемые мероприятия по устранению негативных отклонений;

3. заключение. На основании проведенного анализа показателей заболеваемости с ВН следует указать, где и сколько раз обсуждались вопросы заболеваемости с ВН; мероприятия по повышению уровня знаний врачей по экспертизе ВН, повышению квалификации, переподготовке в БелМАПО; конкретные рекомендации, мероприятия по повышению качества оказания медицинской помощи, экспертизы ВН, снижению заболеваемости с ВН; выводы и предложения.

Такой подход к анализу заболеваемости с ВН позволит врачам выяснить не только причину ее роста или снижения, но и контролировать в динамике показатели, характеризующие качество оказания медицинской помощи, доступность стационарной и амбулаторной помощи, организацию и качество оказания медицинской помощи, экспертизы ВН, др. При составлении аналитического отчета кроме того используются материалы проведенного внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи, экспертизы ВН.

Литература

1. Лисицын. Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для вузов. – М.:ГЭОТАР-МЕД, 2007. – 512 с.

К контролю качества экспертизы временной нетрудоспособности

Д.С. Казакевич, Н.Б. Вольнец

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

В организациях здравоохранения республики проводится контроль качества оказания медицинской помощи, содержание которого определено в Положении о системе управления качеством медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Республики Беларусь, утвержденном Министерством здравоохранения Республики Беларусь 12.04.2002 г. (№02-3-7/2153). Согласно действующему Положению о системе управления качеством медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Республики Беларусь (далее – Положение), в организации здравоохранения контроль качества оказания медицинской помощи является обязанностью заведующего структурным подразделением (первая ступень экспертизы), заместителя руководителя организации здравоохранения (вторая ступень), лечебно-контрольных комиссий (третья ступень). Главные штатные и внештатные специалисты Министерства здравоохранения Республики Беларусь, управлений здравоохранения облисполкомов, комитета по здравоохранению Мингорисполкома - четвертый уровень при проведении целевых и контрольных проверок. На каждый случай экспертизы заполняется «Карта оценки качества медицинской помощи» или сведения вносятся в «Таблицу оценки качества работы врача».

Однако действующая типовая модель управления качеством оказания медицинской помощи в организации здравоохранения не в полной мере выполняют возложенные на нее задачи с учетом современных требований, предъявляемых к контролю качества оказания медицинской помощи, а также экспертизы временной нетрудоспособности (далее – ВН), по результатам которой проводится контроль качества оказания медицинской помощи, имеет свои особенности.

Деятельность организаций здравоохранения, в том числе врачебно-консультационных комиссий организаций здравоохранения (далее – ВКК), по оценке качества оказания медицинской помощи, вопросы внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи регламентирована недостаточно четко (не четко определены виды контроля, их предназначение, объемы, исполнители, сроки проведения, потребители результатов контроля, другое), отсутствуют критерии и алгоритм оценки качества оказания медицинской помощи.

Наиболее эффективным инструментом повышения качества оказания медицинской помощи по результатам экспертизы ВН в организации здравоохранения является контроль, проводимый ВКК. Деятельность ВКК в

этом направлении регламентирована статьей 17 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993 N 2435-ХП (ред. от 16.06.2014) «О здравоохранении», которая устанавливает, что врачебно-консультационные комиссии создаются в организациях здравоохранения в целях коллегиального рассмотрения и принятия решений по вопросам проведения медицинских экспертиз, медицинской реабилитации; оценки качества оказания медицинской помощи пациентам; оценки состояния здоровья пациента для выдачи заключения врачебно-консультационной комиссии; решения иных вопросов при оказании медицинской помощи.

Деятельность ВКК включает несколько основных составляющих: контроль качества оказания медицинской помощи, проведение медицинских экспертиз, в первую очередь – экспертизы ВН, а также иные функции, определенные законодательством - выдача заключений ВКК в установленных случаях, осуществление отбора пациентов с целью направления на медико-социальную экспертизу, взаимодействие в работе и др.

Следовательно, ВКК наделена полномочиями влияния на процесс управления качеством оказания медицинской помощи, являясь основным уровнем контроля качества оказания медицинской помощи в организации здравоохранения наряду с лечебно-контрольными комиссиями, что не отражено в Положении. Не умаляя значение контроля качества оказания медицинской помощи со стороны заведующих отделениями, заместителей руководителя организации здравоохранения, контроль качества оказания медицинской помощи со стороны ВКК – коллегиальной, ведомственной, постоянно действующей структуры, имеет более заверченный вид и большую значимость, т.к. позволяет сделать во многих случаях окончательный вывод о качестве оказания медицинской помощи в целом.

В ряде случаев в организациях здравоохранения контрольная функция, в том числе ВКК, проводится формально, результаты контроля не анализируются, и зачастую оказывается невостребованным, отсутствует обратная связь с целью устранения выявленных недостатков. При этом контроль качества оказания медицинской помощи по результатам экспертизы ВН – не только отдельное направление деятельности по контролю, но и часть системы мероприятий по контролю качества оказания медицинской помощи на всех уровнях ее оказания.

Оценка действующей в настоящее время системы контроля качества оказания медицинской помощи показала, что в организациях здравоохранения по-разному толкуется понятие качества оказания медицинской помощи, алгоритм проведения контроля; имеет место недостаточная информированность о выявленных недостатках по результатам контроля, отсутствует контроль выполнения намеченных мероприятий по устранению выявленных недостатков. Внутренний контроль качества оказания медицинской помощи в организации здравоохранения по результатам экспертизы ВН - это наиболее актуальный и эффективный вид контроля, безусловно, при правильной его организации.

Контроль качества оказания медицинской помощи по результатам экспертизы ВН – система мер планового и целевого характера, которая позволяет оценить уровень выполнения показателей, отражающих своевременность оказанной медицинской помощи, правильность выбора мер профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации при оказании пациенту медицинской помощи, уровень достижения запланированных результатов (исходов заболевания, показателей заболеваемости с временной нетрудоспособностью, первичного выхода на инвалидность, ее тяжести, показателей медицинской реабилитации, другое).

В организации здравоохранения нередко возникают вопросы об организации и содержании работы по внутреннему контролю качества оказания медицинской помощи, создании локальных нормативных актов, распределении полномочий и ответственности между участниками, что является обязанностью руководителя организации здравоохранения. Именно созданная в организации здравоохранения система внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи по результатам экспертизы ВН, основанная на мониторинге, анализе, совершенствовании, взаимодействии и четком руководстве обеспечит результативность ее работы.

Фактическое использование руководителем организации здравоохранения результатов контроля качества оказания медицинской помощи в целях управления является объективным признаком, отличающим эффективную систему контроля от формальной. Цель управления – оказание медицинской помощи возможно лучшего качества. Цель контроля – улучшение качества оказания медицинской помощи.

Необходимыми условиями для достижения указанной цели является непрерывная и планомерная работа по контролю качества оказания медицинской помощи, которая обеспечивается наличием мотивации у руководителей и врачей организации здравоохранения к непрерывному улучшению качества оказания медицинской помощи, должного нормативного и инструктивно-методического регулирования деятельности по контролю и управлению качеством оказания медицинской помощи в организации здравоохранения; профессиональных знаний по вопросам оказания медицинской помощи надлежащего качества, проведения экспертизы ВН, выдачи заключений ВКК у руководителей, врачей-специалистов, участвующих в организации и проведении экспертизы ВН; наличие унифицированных учетно-отчетных документов по вопросам проведения контроля качества оказания медицинской помощи по результатам экспертизы ВН; наличие современной информационно-аналитической технологии.

Контроль качества оказания медицинской помощи по результатам экспертизы ВН должен осуществляться непрерывно, что позволит оперативно получать необходимую для управления информацию. Контроль – функция процесса управления, которая обеспечивает обратную связь между субъектом и объектом управления.

Тенденции формирования показателей инвалидности населения Республики Беларусь

А.В. Копыток

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Инвалидность является один из важнейших показателей социального неблагополучия населения, поскольку отражает социальную зрелость, экономическую состоятельность, нравственную полноценность общества и характеризует нарушение взаимосвязей человека-инвалида и общества. В силу целого ряда экономических, социальных и демографических причин во всем мире наблюдается неуклонный рост числа лиц, ставших инвалидами. На основании данных международной статистической базы данных эксперты ООН установили, что доля лиц с ограничением жизнедеятельности составляет около 10% населения земного шара (примерно 500 млн. человек), из них более 100 млн. – дети. В Республике Беларусь на начало 2016 г. на учете в органах по труду, занятости и социальной защите в качестве получателей пенсии по инвалидности насчитывалось 549 475 инвалидов, из них: инвалидов I группы – 85 340 чел., II группы – 269 041 чел., III группы – 166 276 чел., детей-инвалидов в возрасте до 18 лет – 28 845 чел.

В Республике Беларусь с 2009 по 2015 гг. число накопленных инвалидов, состоящих на учете в органах по труду, занятости и социальной защите, выросло на 42 720 чел. (на 8,4%), преимущественно за счет увеличения числа инвалидов III группы – на 29 720 чел., или на 27,8%. По сравнению с 2009 г. численность инвалидов I группы увеличилась на 12 644 чел. (на 17,4%), численность детей-инвалидов – на 2 857 чел. (на 11,0%) (таблица 1).

Таблица 1

Динамика численности инвалидов состоящих на учете в органах по труду, занятости и социальной защите

Наименование категории граждан	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Инвалиды – всего	506755	504403	508433	522862	532155	536755	549475
из них:							
I группы	72696	72996	73500	76482	75660	81498	85340
II группы	271517	269696	271242	275186	273185	270745	269014
III группы	136554	136149	137954	145117	155382	157133	166276
дети-инвалиды в возрасте до 18 лет	25988	25562	25737	26077	27928	27379	28845

Медико-реабилитационными экспертными комиссиями в 2015 г. было впервые признано инвалидами 60 305 чел., из них 56 641 чел. – в возрасте 18 лет и старше, 20 960 чел. – в трудоспособном возрасте, 3 664 чел. – до 18 лет. По отношению к 2009 г. число впервые признанных инвалидами (ВПИ) выросло среди всех категорий населения. Так, численность ВПИ в республике с 2009 г. по 2015 г. увеличилась на 15 337 чел., или на 34,1%, в т.ч.: среди взрослого населения – на 15 543 чел., или 34,5%; среди трудоспособного населения – на 2 013 чел., или 10,6%; среди детского населения – на 794 чел, или 27,7% (таблица 2).

Аналогичные тенденции прослеживаются и в уровне первичной инвалидности (на 10 тыс. населения). Интенсивный показатель первичной инвалидности населения в 2015 г. составил 63,65 на 10 тыс. населения, и по сравнению с 2009 г. (46,45 на 10 тыс. населения) вырос на 37,0%, в т.ч. среди взрослого населения – на 37,7% (с 53,43 на 10 тыс. взрослого населения в 2009 г. до 73,57 в 2015 г.); среди трудоспособного населения – на 18,2% (с 32,77 на 10 тыс. трудоспособного населения до 38,74 в 2015 г., соответственно), среди детского населения – на 29,6% (с 15,92 на 10 тыс. детского населения до 20,64 в 2015 г.).

Таблица 2

**Показатели первичной инвалидности населения
Республики Беларусь**

Категория населения	Показатель	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Все население	абс. число	44968	46962	50394	60584	59297	56926	60305
	на 10 тыс. населения	46,45	48,59	53,1	63,95	62,65	60,14	63,65
Взрослое население (18 лет и старше)	абс. число	42098	43994	47417	57493	55973	53603	56641
	на 10 тыс. населения	53,43	55,76	61,24	74,29	72,43	69,48	73,57
Трудоспособное население (18-59(54) лет)	абс. число	18947	19276	21011	21890	21955	20573	20960
	на 10 тыс. населения	32,77	33,40	37,58	39,37	39,79	37,63	38,74
Возраст до 18 лет	абс. число	2870	2968	2977	3097	3324	3323	3664
	на 10 тыс. населения	15,92	16,72	17,04	17,82	19,14	18,97	20,64

Основной причиной, приводящей к инвалидности в возрасте 18 лет и старше в 2015 г. являлись болезни системы кровообращения (БСК) с уровнем ПИ – 31,15 на 10 тыс. населения, удельным весом – 42,4%. Второе место в нозологической структуре ПИ данной возрастной категории занима-

ли новообразования (17,36 на 10 тыс. населения, или 23,6%), третье – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (5,79 на 10 тыс. населения, или 7,9%), четвертое место – психические расстройства (3,98 на 10 тыс. населения, или 5,4%). На пятом месте расположились болезни нервной системы (3,27 на 10 тыс. населения, или 4,4%), на шестом – травмы (3,18 на 10 тыс. населения, или 4,3%).

За исследуемый период, по вышеуказанным классам болезней, за исключением класса травм, регистрировался увеличение уровня ПИ. Так, интенсивный показатель по БСК вырос на 42,1% (с 21,92 на 10 тыс. взрослого населения в 2009 г. до 31,15 в 2015 г.), новообразованиям – на 28,0% (с 13,56 до 17,36, соответственно), болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани – на 49,6% (с 3,87 до 5,79), психическим расстройствам – в 2 раза (с 1,98 до 3,98), болезням нервной системы – на 57,2% (с 2,08 в 2009 г. до 3,27 в 2015 г.).

Основное место в нозологической структуре ПИ среди трудоспособного населения занимали новообразования с удельным весом 28,6%, уровнем ПИ – 11,07 на 10 тыс. трудоспособного населения и БСК (удельный вес – 27,8%; уровень ПИ – 10,76). Затем следовали травмы (3,37 на 10 тыс. трудоспособного населения, или 8,7%); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (3,01 на 10 тыс. трудоспособного населения, или 7,8%); болезни нервной системы (2,21 на 10 тыс. трудоспособного населения, или 5,7%). Как и среди взрослого населения, по основным классам болезней у данной категории населения наблюдался рост уровня ПИ: по новообразованиям – на 68,6% (с 9,45 на 10 тыс. трудоспособного населения в 2009 г. до 11,07 в 2015 г.), БСК – на 17,1% (9,19 до 10,16, соответственно), болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани – 20,4% (с 2,50 до 3,01), болезням нервной системы – на 29,3% (с 1,71 в 2009 г. до 2,21 в 2015 г.).

Основными причинами первичного выхода на инвалидность детского населения в 2015 г. являлись врожденные аномалии, удельный вес которых в нозологической структуре составил 25,0%, уровень ПИ – 5,15 на 10 тыс. детского населения. Второе ранговое место по частоте инвалидизации занимали болезни нервной системы (удельный вес – 17,94%, уровень ПИ – 3,68 на 10 тыс. детского населения); третье место – психические расстройства (15,2%, уровень ПИ – 3,14 на 10 тыс. детского населения). На четвертом месте находились болезни эндокринной системы (2,35 на 10 тыс. детского населения, или 11,4%); пятом – новообразования (2,03 на 10 тыс. детского населения, или 9,8%). При этом по всем приведенным выше причинам, приводящим к инвалидности детей, прослеживается четкая тенденция к росту. Так, за анализируемый период показатели ПИ вследствие врожденных аномалий увеличились с 4,77 до 5,15 на 10 тыс. детского населения (темп прироста 8,0%), ПИ вследствие болезней нервной системы увеличилось с 2,95 до 3,68 на 10 тыс. детского населения (темп прироста

24,7%). ПИ вследствие психических расстройств выросла в 2,2 раза (с 1,34 в 2009 г. до 3,14 в 2015 г.), ПИ вследствие болезней эндокринной системы – на 53,6% (с 1,53 до 2,35), ПИ вследствие новообразований – на 51,5% (с 1,34 в 2009 г. до 2,03 в 2015 г.).

Таким образом, инвалидность населения Республики Беларусь в период 2009-2015 гг. характеризовалась увеличением как накопленной численности инвалидов, так и числа впервые признанных инвалидами, преимущественно за счет увеличения числа инвалидов III группы. Уровень ПИ вырос по всем категориям населения: взрослое, трудоспособное, детское, за счет увеличения частоты выхода на инвалидность по основным нозологическим причинам, приводящим к инвалидизации.

Показатели инвалидности детского населения Республики Беларусь

А.В. Копыток

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Особое место в структуре инвалидности населения принадлежит детской инвалидности, поскольку состояние здоровья детей, подростков определяют основные тенденции развития общества и его трудовой потенциал [1, 2]. Данные официальной статистики свидетельствуют о прогрессирующем ухудшении состояния здоровья детей: показатели первичной и общей заболеваемости увеличиваются за счет роста практически по всем классам болезней. В Республике Беларусь в структуре первичной заболеваемости детей преобладают болезни органов дыхания; травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин; болезни кожи и подкожной клетчатки; некоторые инфекционные и паразитарные болезни; общей заболеваемости – болезни органов дыхания; болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни органов пищеварения; травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин [3, 4]. При этом на фоне увеличения процента выживаемости недоношенных детей, детей с врожденными аномалиями органов и систем, увеличения продолжительности жизни лиц с ограничениями жизнедеятельности вследствие своевременного оказания квалифицированной медицинской помощи, большое значение приобретает проблема инвалидизации детского населения. Ряд исследователей отмечает, что, распространенность тяжелых хронических заболеваний, угрожающих развитием инвалидности, достигает 55,8 на 1000 детского населения [5].

В Республике Беларусь по данным Министерства труда и социальной защиты на 01.01.2016 г. насчитывалось 28 845 детей-инвалидов в воз-

расте до 18 лет, что составило 1,6% всего детского населения. По сравнению с 2005 г. (29 895 чел.) абсолютное число детей-инвалидов снизилось на 3,5% (на 1 050 чел.).

В 2015 г. медико-реабилитационными экспертными комиссиями впервые было признано инвалидами 3 664 ребенка (таблица). Уровень первичной инвалидности (ПИ) составил 20,64 на 10 тыс. детского населения. С 2005 г. по 2015 г. абсолютное число впервые признанных инвалидами детей увеличилось на 208 чел. (с 3 456 чел. в 2005 г. до 3 664 чел. в 2015 г.), уровень ПИ вырос на 17,6% (с 17,55 в 2005 г. до 20,64 на 10 тыс. детского населения в 2015 г.).

Таблица

**Показатели первичной детской инвалидности
в Республике Беларусь**

Год	Число детей ВПИ	Темп прироста, убыли		Уровень ПИ	Темп прироста, убыли
		абс. число	%		%
2005	3456	-	-	17,55	-
2006	3293	-164	-4,7	17,34	-1,2
2007	3149	-144	-4,4	17,08	-1,5
2008	2930	-219	-7,0	16,26	-4,8
2009	2870	-60	-2,0	16,22	-0,2
2010	2968	98	3,4	16,98	4,7
2011	2977	9	0,3	17,17	1,1
2012	3091	114	3,8	17,80	3,7
2013	3324	233	7,5	18,98	6,6
2014	3322	-2	-0,1	18,97	-0,1
2015	3664	342	10,3	20,64	8,8

Среди классов болезней, приведших к первичной инвалидности в 2015 г. «лидировали»: врожденные аномалии – 5,15 на 10 тыс. населения, или 25,0%; болезни нервной системы – 3,68 на 10 тыс. населения, или 17,9%; психические расстройства – 3,14 на 10 тыс. населения, или 15,2%; болезни эндокринной системы – 2,35 на 10 тыс. населения, или 11,4%; новообразования – 2,03 на 10 тыс. населения, или 9,8%.

Первичная инвалидность вследствие врожденных аномалий за период с 2005 г. по 2015 г. увеличилась на 3,3% (с 4,99 на 10 тыс. детского населения до 5,15 на 10 тыс. детского населения). Увеличение показателей ПИ детского населения по данному классу обусловлено увеличением показателей заболеваемости. Число впервые зарегистрированных случаев по классу врожденных аномалий у детей до года выросло на 26,6% (с 4 767 чел. в 2005 г. до 6 037 чел. в 2014 г.) В целом, общая заболеваемость дет-

ского населения (до 18 лет) по врожденным аномалиям выросла на 64,5% (с 2 285,9 в 2005 г. до 3 759,7 на 100 тыс. детского населения в 2014 г.), первичная заболеваемость увеличилась на 61,0% (с 464,3 до 747,6 на 100 тыс. детского населения соответственно).

Первичная инвалидность вследствие болезней нервной системы выросла на 23,2% (с 2,99 на 10 тыс. населения в 2005 г. до 3,68 на 10 тыс. населения в 2015 г.). Показатели ПИ вследствие данной нозологии формируются в основном за счет церебрального паралича и других паралитических синдромов – 51,0%. Другие нарушения нервной системы составили 23,4% случаев, эпизодические и пароксизмальные расстройства – 10,0%. Общеизвестно, что к формированию церебральных параличей приводит повреждение нервной системы, возникшее до родов, во время родов или в ранний неонатальный период (первые 7 дней жизни).

Уровень ПИ вследствие психических расстройств увеличился на 41,6% (с 2,22 на 10 тыс. детского населения в 2005 г. до 3,14 на 10 тыс. детского населения в 2015 г.). Первичный выход на инвалидность в данном классе болезней формируется за счет умственной отсталости (63,0%) и расстройств психологического развития (27,8%).

Показатели ПИ вследствие болезней эндокринной системы за период 2005-2015 гг. выросли на 67,0% (с 1,41 на 10 тыс. детского населения в 2005 г. до 2,35 на 10 тыс. детского населения в 2015 г.). Наибольший вклад в инвалидность вследствие болезней эндокринной системы вносит сахарный диабет (с 0,87 на 10 тыс. детского населения в 2005 г. до 1,73 на 10 тыс. детского населения в 2015 г., рост на 99,9%). В данный период общая заболеваемость по причине сахарного диабета выросла на 35,2% (с 85,1 в 2005 г. до 115,1 на 100 тыс. детского населения в 2015 г.), первичная – на 28,7% (с 13,4 до 17,2 соответственно).

С 2005 г. по 2015 г. показатель ПИ вследствие новообразований увеличивался на 54,8% (с 1,31 на 10 тыс. детского населения в 2005 г. до 2,03 на 10 тыс. детского населения в 2015 г.). Инвалидность вследствие новообразований выросла главным образом за счет роста инвалидности вследствие злокачественных новообразований с 1,11 на 10 тыс. детского населения в 2005 г. до 1,76 на 10 тыс. детского населения в 2015 г. (темпы прироста – 58,9%%). Рост уровня ПИ обусловлен увеличением показателей заболеваемости: общая заболеваемость по причине злокачественных новообразований увеличилась на 5,0% (с 102,1 в 2005 г. до 107,2 на 100 тыс. детского населения в 2015 г.), первичная – на 22,8% (с 11,5 до 14,1, соответственно).

Таким образом, представленные данные о состоянии инвалидности детского населения в Республике Беларусь свидетельствуют о тенденции увеличения показателей первичной инвалидности.

Основными причинами, приводящими к первичной инвалидности детского населения, являлись врожденные аномалии, болезни нервной сис-

темы, психические расстройства, болезни эндокринной системы, новообразования. Это обусловлено тем, что современный уровень развития медицины позволяет сохранить жизнь глубоко недоношенным, детям с врожденными пороками развития, с различными расстройствами и нарушениями после преждевременных родов, с онкологическими заболеваниями которых впоследствии и становятся основным контингентом, формирующим детскую инвалидность.

Литература

1. Смычек, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычек, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькаманович. – Мн.: Юнипак, 2005. – 420 с.
2. Рожавский, Л.А. Медико-социальные проблемы детской инвалидности / Л.А. Рожавский / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – №6. – С. 23–25.
3. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2014 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2015. – 279 с.
4. Смычек, В.Б. Экспертно-реабилитационная помощь в Республике Беларусь // В.Б. Смычек, А.В. Копыток. – Минск: БГАТУ, 2012. – 536 с.
5. Ермолаева, Ю.Н. Комплексное социологическое исследование состояния проблемы детской инвалидности (по материалам Астраханской области): дис. ... канд. мед. наук: 14.00.53 / Ю.Н. Ермолаева. – Астрахань, 2003 – 146 л.

Новые подходы к установлению инвалидности в России

М.В. Коробов, И.А. Дубинина

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Концепция инвалидности в России определена Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [1]. Данный документ еще в 1995г. выделил в качестве основы установления инвалидности следующие два положения.

- 1) Наличие трех условий для признания лица инвалидом, а именно:
 - стойкого расстройства функций организма человека, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами (далее – стойкие расстройства функций);
 - ограничения жизнедеятельности (далее – ОЖД);
 - необходимости в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

- 2) Зависимость тяжести инвалидности (первой, второй либо третьей группы инвалидности) одновременно от двух из вышеназванных условий: степени выраженности стойкого расстройства функций и степени выраженности ОЖД.

Принимавшиеся в последующие двадцать лет приказы соответствующих Министерств, сменяя друг друга, давали специалистам учреждений МСЭ более или менее подробные классификации и критерии установ-

ления инвалидности согласно положениям, определенным федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Все они содержали обязательные три раздела:

- Классификация основных видов стойких расстройств функций организма человека и степени их выраженности;
- Классификация основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий;
- Критерии установления групп инвалидности.

Ни один из приказов (вплоть до настоящего времени) не давал классификации нуждаемости в мерах социальной защиты.

Стойкие расстройства функций классифицировались по шести видам и четырем степеням их выраженности. Последние формулировались как незначительные, умеренные, выраженные и значительно выраженные, при этом отсутствовала какая-либо качественная или количественная характеристика степени выраженности, либо критерии отнесения к той или иной степени выраженности стойких расстройств функций.

Основные категории жизнедеятельности человека классифицировались (по сравнению со стойкими расстройствами функций) более детально. Выделялось семь их видов: способность к самообслуживанию, передвижению, ориентации, общению, обучению, трудовой деятельности и способность контролировать свое поведение. По каждому виду из перечисленных категорий давалось определение и три степени выраженности ограничений каждой из категорий. Так, например, способность к самообслуживанию определялась как способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе использовать навыки личной гигиены. При этом, 1 степень ограничения характеризовалась сохранением самообслуживания с сокращением объема и увеличением времени и дробности выполнения; при 2 степени требовалась регулярная частичная помощь других лиц; при 3 степени возникала нуждаемость в постоянной посторонней помощи и уходе ввиду полной неспособности к самообслуживанию.

Критерии каждой из трех групп инвалидности устанавливали жесткую связь степени стойкого расстройства функций со степенью выраженности ОЖД. Например, вторая группа инвалидности могла быть установлена лишь при сочетании выраженной степени стойкого расстройства функций и второй степени ОЖД (одной из категорий или их сочетанию). Однако, практика медико-социальной экспертизы постоянно ставила перед специалистами учреждений МСЭ вопросы доказательности степени стойких расстройств функций, а также предлагала им случаи сочетания степени стойких расстройств функций и степени ОЖД, не укладывающиеся в действующие критерии инвалидности. Подобные ситуации отражались на обоснованности решения об инвалидности.

Вступивший в силу 01.01.2016г. Федеральный закон № 419-ФЗ [2] внес изменения в Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в

Российской Федерации». Выделенные в 1995г. в качестве основы установления инвалидности положения выглядят теперь следующим образом.

1) Наличие трех условий для признания лица инвалидом, а именно:

- стойкого расстройства функций организма человека, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- ограничения жизнедеятельности;
- необходимости в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

2) Зависимость тяжести инвалидности (первой, второй либо третьей группы инвалидности) только от степени выраженности стойкого расстройства функций организма человека.

Таким образом, были сохранены действовавшие до 01.01.2016г. три условия для признания лица инвалидом, и, вместе с тем, введены новые критерии установления групп инвалидности.

Это нашло отражение и в новых Классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы федеральными учреждениями МСЭ, вступившими в силу 01.02.2016г. (далее – Классификации и критерии) [3].

В данном документе степени стойких расстройств функций выражены количественно:

- I степень – 10-30 % (незначительные)
- II степень – 40-60 % (умеренные)
- III степень – 70-80 % (выраженные)
- IV степень – 90-100 % (значительно выраженные)

Фактическая оценка степени стойких расстройств функций проводится с использованием Приложения к Классификациям и критериям (далее – Приложение), включающего классы, блоки болезней (травм), их наименование и рубрику в соответствии с МКБ-10, а также клинко-функциональную характеристику степени стойких расстройств функций организма, обусловленных конкретным заболеванием (травмой), и количественную оценку степени стойких расстройств функций в процентах. Количественная оценка степени стойких расстройств функций была введена в медико-социальную экспертизу впервые в декабре 2014г. приказом Минтруда России № 664н [4], однако практическое применение ее проходило сложно в связи с несовершенством документа и сохранением ранее действовавших критериев установления групп инвалидности.

Согласно новым Классификациям и критериям при проведении медико-социальной экспертизы с целью установления инвалидности последовательно должны решаться следующие вопросы: первый – имеются ли условия для признания лица инвалидом, второй – какая группа инвалидности может быть установлена.

Условиями для признания лица инвалидом в соответствии с пунктом 8 Классификаций и критериев, являются наличие: 1) II, III или IV степени стойких расстройств функций (40 – 100%); 2) ОЖД: 1-й степени - должно

быть не менее двух категорий жизнедеятельности, либо 2-й или 3-й степени - достаточно одной категории жизнедеятельности; 3) необходимости в мерах социальной защиты. В случае выявления вышеуказанных условий группа инвалидности (категория «ребенок-инвалид») устанавливается только на основании одного критерия – степени стойких расстройств функций, определяемой в соответствии с Приложением, а именно:

третья группа инвалидности - при нарушении здоровья со стойким расстройством функций II степени (в диапазоне 40 – 60%);

вторая группа инвалидности - при нарушении здоровья со стойким расстройством функций III степени (70 или 80%);

первая группа инвалидности - при нарушении здоровья со стойким расстройством функций IV степени (90 или 100%);

категория «ребенок-инвалид» - при нарушении здоровья со стойким расстройством функций II, III либо IV степени (в диапазоне 40– 100%).

При наличии нескольких стойких нарушений функций отдельно оценивается и устанавливается степень выраженности каждого из таких нарушений. Сначала в соответствии с Приложением устанавливается максимально выраженное стойкое нарушение той или иной функции, после чего определяется наличие (отсутствие) влияния всех других имеющихся стойких нарушений функций на максимально выраженное нарушение функции. При наличии указанного влияния суммарная оценка степени стойкого нарушения функции может быть выше максимально выраженного нарушения функций, указанного в Приложении, но не более чем на 10%, что в ряде случаев позволяет установить более высокую группу инвалидности.

Если Приложением не предусмотрена количественная оценка степени выраженности стойких нарушений той или иной функции, имеющимися у освидетельствуемого лица, то степень их выраженности устанавливается, исходя из клинико-функциональной характеристики заболеваний, последствий травм или дефектов, обусловивших вышеуказанные нарушения, характера и тяжести осложнений, стадии, течения и прогноза патологического процесса.

В случае выявления в соответствии с Приложением стойких расстройств функций I степени (10 – 30%), дальнейшее рассмотрение вопроса о степени ОЖД и далее - группы инвалидности (категории «ребенок-инвалид») не проводится, то есть, больной инвалидом не признается.

В целом, положительно оценивая изменения, внесенные в установление инвалидности, следует отметить ряд положений Классификаций и критериев, которые ставят вопросы, требующие дальнейшего обсуждения и решения. Прежде всего, это выявление при проведении медико-социальной экспертизы II степени стойких нарушений функций (40 – 60%) и только одной категории ОЖД I степени, что не позволяет признать больного инвалидом. Наиболее актуальна данная ситуация для лиц с ограничением способности к трудовой деятельности I степени, которые нуж-

даются в мерах социальной защиты (профессиональной ориентации, переобучении, содействии в трудоустройстве и др.), а также для лиц в возрасте до 18 лет, также нуждающимися в мерах социальной защиты. Кроме того, стоит вопрос о продолжении работы по разработке более детальной и объективной социальной характеристики, качественной и количественной оценке степеней выраженности ОЖД.

Литература

1. Федеральный закон от 24.11.1995г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 01.12.2014г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов».
3. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17.12.2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (зарегистрирован в Минюсте России 20.01.2016 № 40650) – вступил в силу с 01.02.2016г.
4. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29.09.2014 г. № 664н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (зарегистрирован в Минюсте России 20.11.2014 № 34792) – утратил силу с 01.02.2016г.

Первичная инвалидность детей и молодежи Республики Беларусь при психических и поведенческих расстройствах

Т.В. Короткевич, Т.С. Голубева

ГУ «РНПЦ психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

Инвалидность детей и молодежи, наряду с показателями заболеваемости, физического развития, другими медико-демографическими критериями, является важным индикатором состояния здоровья населения и характеризует социально-экономическое развитие общества, доступность и качество медицинской помощи, эффективность проведения профилактических мероприятий неинфекционных заболеваний [1].

По данным различных исследователей, распространенность инвалидности среди детского населения в различных странах мира характеризуется вариабельными значениями [2]. Так, в Китае 4,9% детей имеют ограниченные возможности вследствие заболеваний, в Великобритании – 2,6%. В Саудовской Аравии дети-инвалиды составляют в среднем 6,3% всей популяции. В США 12,8% детей (около 9,5 млн.) являются «детьми со специальными потребностями в медицинском обслуживании», а на от-

дельных территориях, где проживают бедные семьи и афроамериканцы, этот показатель возрастает до 23,5% [2].

В Российской Федерации дети-инвалиды составляют, по разным оценкам, от 1,5-2,5% до 4,5% детского населения [1, 2], в Республике Беларусь – около 1,5% [3].

Одной из наиболее частых причин инвалидности детей являются психические расстройства. В Республике Беларусь доля психических и поведенческих расстройств среди всех классов болезней, приводящих к первичной инвалидности у детей, в 2014 г. составляла 14,1%, в 2015 г. – 16,8%.

В ходе настоящего исследования были проанализированы показатели первичного выхода на инвалидность пациентов в возрасте до 30 лет при психических расстройствах и расстройствах поведения на основании материалов базы данных талонов учёта экспертной и консультативной работы МРЭК информационной системы «Инвалидность», функционирующей в ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», за 2005-2015 гг.

Для расчета интенсивных показателей использовались данные Национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и половозрастной структуре населения.

В последние годы в Республике Беларусь наблюдается рост первичной детской инвалидности при психических расстройствах и расстройствах поведения (2011 г. – 1,75; 2012 г. – 1,98; 2013 г. – 2,24; 2014 г. – 2,64; 2015 г. – 3,12 на 10 тыс. населения) на фоне снижения первичной заболеваемости указанной патологией (2011 г. – 1046,8; 2012 г. – 1034,6; 2013 г. – 984,7; 2014 г. – 966,0; 2015 г. – 927,2 на 100 тыс. населения) [4, 5], что может свидетельствовать о недостаточно своевременном выявлении расстройств психического здоровья среди детского населения и необходимости повышения эффективности мер по профилактике инвалидности (таблица 1).

Таблица 1

Первичная заболеваемость и первичная инвалидность детского населения (моложе 18 лет) Республики Беларусь при психических и поведенческих расстройствах

Год	Первичная заболеваемость		Первичная инвалидность	
	человек	на 100 тыс. населения	человек	на 10 тыс. населения
2005	18866	957,1	438	2,22
2006	18625	979,5	312	1,64
2007	18710	1014,7	291	1,58
2008	18021	999,9	238	1,32
2009	18422	1041,0	259	1,46
2010	18012	1030,7	276	1,58
2011	18154	1046,8	304	1,75
2012	17964	1034,6	344	1,98

Продолжение таблицы 1

Год	Первичная заболеваемость		Первичная инвалидность	
	человек	на 100 тыс. населения	человек	на 10 тыс. населения
2013	17248	984,7	392	2,24
2014	17152	966,0	469	2,64
2015	16593	927,2	558	3,12

В контингенте детей-инвалидов и молодежи (до 30-летнего возраста), впервые признанных инвалидами в 2014 г., преобладали лица мужского пола – 68,0%; удельный вес лиц женского пола составил – 32,0%. Городскими жителями являлись 75,6% указанного контингента инвалидов; 24,4% – проживали в сельской местности (таблица 2).

Таблица 2

Численность лиц, впервые признанных инвалидами вследствие психических и поведенческих расстройств среди населения моложе 30 лет в Республике Беларусь в 2014 г. по возрастным группам в зависимости от пола и места проживания

Возраст, лет	Пол		Место проживания		Всего
	мужской	женский	город	село	
0-4	76	29	85	20	105
5-9	134	55	140	49	189
10-14	66	30	66	30	96
15-17	46	33	61	18	79
18-19	32	12	28	16	44
20-24	51	28	61	18	79
25-29	100	51	121	30	151
Итого	505	238	562	181	743

Наибольшее число инвалидов относилось к возрастной группе 5-9 лет – 25,4% и 25-29 лет – 20,3%. Удельный вес возрастной группы 15-17 лет составил 10,6%, 18-19 лет – 5,9%.

Показатель первичной инвалидности среди лиц мужского пола был выше, чем среди женщин (2,89 против 1,44 на 10 тыс. населения соответствующего пола), а среди сельских жителей – выше, чем среди горожан (2,80 против 2,04 на 10 тыс. соответствующего населения) (таблица 3). Исследование возрастных особенностей уровня первичной инвалидности вследствие психических расстройств в популяции моложе 30 лет выявило, что максимальные значения указанного показателя в 2014 году регистрировались в возрастных группах 5-9 лет (3,85 на 10 тыс. населения данного возраста), 10-14 лет (2,16 на 10 тыс. населения), 15-17 лет (2,91 на 10 тыс. населения) и 18-19 лет (2,18 на 10 тыс. населения). Относительно высокие значения показателя первичной инвалидности среди молодежи в возрасте 18-19 лет могут характеризовать вклад социальных факторов в формиро-

вание массива инвалидности при психических и поведенческих расстройствах.

Таблица 3

Показатель первичной инвалидности при психических и поведенческих расстройствах среди населения моложе 30 лет в Республике Беларусь в 2014 г. по возрастным группам в зависимости от пола и места проживания (на 10 тыс. населения)

Возраст, лет	Пол		Место проживания		Всего
	муж	жен	город	село	
0-4	2,60	1,05	1,92	1,60	1,85
5-9	5,31	2,30	3,65	4,58	3,85
10-14	2,89	1,38	1,96	2,78	2,16
15-17	3,29	2,50	2,89	2,97	2,91
18-19	3,07	1,23	1,64	5,16	2,18
20-24	1,52	0,88	1,08	2,13	1,21
25-29	2,51	1,34	1,87	2,31	1,94
Итого	2,89	1,44	2,04	2,80	2,18

В числе впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств в 2014 г. значительно преобладали лица с умственной отсталостью (F70-F79) – 50,6% (1,10 на 10 тыс. населения) (таблицы 4, 5). Существенно меньшую долю составляли дети и молодые люди с иными психическими расстройствами: пациенты с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F20-F29) – 21,9% (0,48 на 10 тыс. населения); с нарушениями психологического развития (F80-F89) – 20,7% (0,45 на 10 тыс. населения); с органическими заболеваниями головного мозга (F00-F09) – 5,7% (0,12 на 10 тыс. населения); прочими психическими расстройствами – 1,1% (0,02 на 10 тыс. населения).

Таблица 4

Численность лиц, впервые признанных инвалидами вследствие психических и поведенческих расстройств среди населения моложе 30 лет в Республике Беларусь в 2014 г. по нозологическим формам

Нозологические формы	Возраст, лет							
	0-4	5-9	10-14	15-17	18-19	20-24	25-29	Всего
F00-F09	2	5	3	2	4	12	14	42
F10-F19	-	-	-	-	-	-	-	-
F20-F29	-	2	4	6	11	34	106	163
F30-F39	-	-	-	-	-	-	1	1
F40-F48	-	-	-	-	-	-	1	1
F50-F59	-	-	-	-	-	-	-	-
F60-F69	-	-	-	-	-	-	-	-
F70-F79	31	106	77	71	29	33	29	376

Продолжение таблицы 4

Нозологи- ческие формы	Возраст, лет							
	0-4	5-9	10-14	15-17	18-19	20-24	25-29	Всего
F80-F89	72	73	9	-	-	-	-	154
F90-F99	-	3	3	-	-	-	-	6
Итого	105	189	96	79	44	79	151	743

Таблица 5

Показатель первичной инвалидности при психических и поведенческих расстройствах среди населения моложе 30 лет в Республике Беларусь в 2014 г. по нозологическим формам (на 10 тыс. населения)

Нозологи- ческие формы	Возраст, лет							
	0-4	5-9	10-14	15-17	18-19	20-24	25-29	Всего
F00-F09	0,04	0,10	0,07	0,07	0,20	0,18	0,18	0,12
F10-F19	-	-	-	-	-	-	-	-
F20-F29	-	0,04	0,09	0,22	0,54	0,52	1,36	0,48
F30-F39	-	-	-	-	-	-	0,01	-
F40-F48	-	-	-	-	-	-	0,01	-
F50-F59	-	-	-	-	-	-	-	-
F60-F69	-	-	-	-	-	-	-	-
F70-F79	0,55	2,16	1,73	2,61	1,43	0,51	0,37	1,10
F80-F89	1,27	1,49	0,20	-	-	-	-	0,45
F90-F99	-	0,06	0,07	-	-	-	-	0,02
Итого	1,85	3,85	2,16	2,91	2,18	1,21	1,94	2,18

Максимальный выход на инвалидность при органических заболеваниях головного мозга (0,18 на 10 тыс. населения) наблюдался в возрастных группах 20-24 года и 25-29 лет; при шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах – в возрастной группе 25-29 лет (1,36 на 10 тыс. населения); при нарушениях психологического развития – в возрастных группах 0-4 года (1,27 на 10 тыс. населения) и 5-9 лет (1,49 на 10 тыс. населения); при умственной отсталости – в возрастных группах 5-9 лет (2,16 на 10 тыс. населения) и 15-17 лет (2,61 на 10 тыс. населения). Высокий уровень выхода на инвалидность при умственной отсталости имел место также в возрастных группах 10-14 лет (1,73 на 10 тыс. населения) и 18-19 лет (1,43 на 10 тыс. населения). Зафиксированы также случаи установления первичной инвалидности при умственной отсталости в возрасте 20-24 года (0,51 на 10 тыс. населения) и 25-29 лет (0,37 на 10 тыс. населения), что может свидетельствовать о несвоевременном выявлении и позднем направле-

нии на МРЭК пациентов с умственной отсталостью, инвалидность которым должна устанавливаться в детском возрасте.

Сведения о тенденциях, возрастных особенностях, причинах выявления инвалидизирующей патологии среди детей и молодежи являются основой для планирования эффективной организации психиатрической помощи, а также создания действенной системы профилактики и реабилитации инвалидов указанной возрастной группы населения. Данные о распространенности, динамике, структурных особенностях и прогнозе первичной инвалидности вследствие психических заболеваний в популяции населения моложе 30 лет можно использовать для разработки эффективных практических мероприятий и комплексных региональных целевых программ, направленных на профилактику инвалидности детей и молодежи.

Литература

1. Дмитриева О.В. Психические расстройства у детей и подростков / О.В. Дмитриева, В.А. Фурс, Т.И. Знобина // Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России: сборник научных трудов ФГУ ЦНИИОИЗ. – М., 2006. – С. 287-293.
2. Владимирова, И.А. Первичная инвалидность детей вследствие психических расстройств в крупном аграрно-промышленном регионе / И.А. Владимирова // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – Т. 23., № 1, Вып. 2. – С. 39-43.
3. Социальное положение и уровень жизни населения Республики Беларусь: стат. сб. за 2014 г. – Минск: Нац. стат. комитет Республики Беларусь, 2015, Гос. комитет по имуществу Республики Беларусь, 2015. – 333 с.
4. Психиатрическая помощь населению Республики Беларусь. 2014 г.: информ.-стат. сб. / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»; Сост.: А.И. Старцев, Т.В. Короткевич, Т.С. Голубева [и др.] – Минск: Профессиональные издания, 2015. – 122 с.
5. Старцев, А.И. Инвалидность при психических расстройствах и расстройствах поведения в Республике Беларусь / А.И. Старцев, Т.В. Докукина, Т.В. Короткевич, Т.С. Голубева, Ю.М. Каминская // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2015. – №4 (22). – С. 77-86.

Анализ показателей первичной детской инвалидности вследствие врожденных аномалий в Республике Беларусь

С.И. Лушинская

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Всемирная организация здравоохранения определяет врожденные пороки развития как структурные или функциональные отклонения от нормы, которые проявляются в период внутриутробного развития и могут быть выявлены до рождения, во время рождения или на более поздних этапах жизни.

Врожденные аномалии являются одной из главных причин детской инвалидности во всем мире и, в том числе, в Республике Беларусь.

За последние пять лет в Республике Беларусь было впервые признано инвалидами вследствие врожденных аномалий 4 508 чел. Среднегодовой показатель уровня инвалидности вследствие врожденных аномалий в течение анализируемого периода составил 902 чел.

Минимальный за исследуемый период выход на инвалидность вследствие врожденных аномалий отмечен в 2011 г. (864 чел.), максимальный зарегистрирован в 2013 году (935 чел.). В целом с 2011 г. по 2015 г. количество признанных инвалидами вследствие данной патологии выросло на 51 чел. или на 5,9%.

Анализ интенсивных показателей показал, что при среднегодовом показателе 5,12 на 10 тыс. населения наибольший уровень инвалидности зарегистрирован в 2013 г. (5,34 на 10 тыс. населения), самый низкий – в 2011 г. (4,98 на 10 тыс. населения). В целом за исследуемый период уровень инвалидности вследствие врожденных аномалий вырос на 3,4% (Рисунок 1).

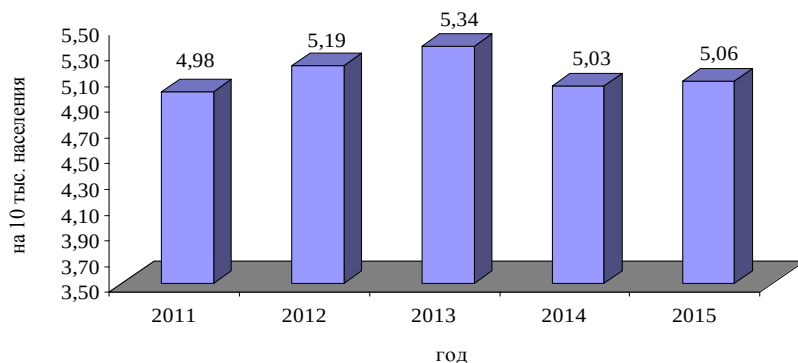


Рисунок 1. Динамика показателей первичной детской инвалидности вследствие врожденных аномалий в Республике Беларусь

Изучение регионального выхода на инвалидность вследствие врожденных аномалий показало, что его величина неодинакова в различных областях нашей республики. Так, региональные показатели колеблются от 5,99 на 10 тыс. населения в Минской области, при превышении среднереспубликанского значения на 17,1%, до 3,83 на 10 тыс. населения в Могилевской области, что ниже среднереспубликанского значения на 25,2%.

Кроме Минской области, превышение республиканского показателя наблюдалось также в г. Минске, где уровень первичной инвалидности составил 5,54 на 10 тыс. населения, что выше республиканского значения на 8,2%.

В целом за анализируемый период рост показателей инвалидности вследствие врожденных аномалий отмечен в Витебской, Гомельской и

Минской областях. Наибольший темп прироста зафиксирован в Гомельской области, где уровень инвалидности вырос с 3,92 на 10 тыс. населения в 2011 г. до 5,06 на 10 тыс. населения в 2015 г. что составляет 29,2% (таблица 1).

Таблица 1

Региональные показатели первичной детской инвалидности вследствие врожденных аномалий в Республике Беларусь

Регион	Год освидетельствования					В среднем за год
	2011	2012	2013	2014	2015	
Брестская область	5,06	5,56	5,01	5,21	4,70	5,11
Витебская область	4,30	5,90	5,65	5,18	4,60	5,12
Гомельская область	3,92	4,45	5,56	5,46	5,06	4,89
Гродненская область	4,73	5,35	5,62	4,25	4,49	4,88
Минская область	5,99	5,94	5,37	6,12	6,51	5,99
Могилевская область	4,27	3,68	4,02	3,49	3,69	3,83
г. Минск	6,05	5,26	5,84	4,95	5,64	5,54
Республика Беларусь	4,98	5,19	5,34	5,03	5,06	5,12

Проведенный анализ ПИ по возрастным группам показал, что в целом за анализируемый период наиболее часто на инвалидность вследствие врожденных аномалий выходили дети в возрасте до года (35,52 на 10 тыс. населения).

Второе ранговое место занимала возрастная группа 1-4 года – 7,19 на 10 тыс. населения. На третьем месте находилась группа 5-9 лет – 2,07 на 10 тыс. населения (Рисунок 2).

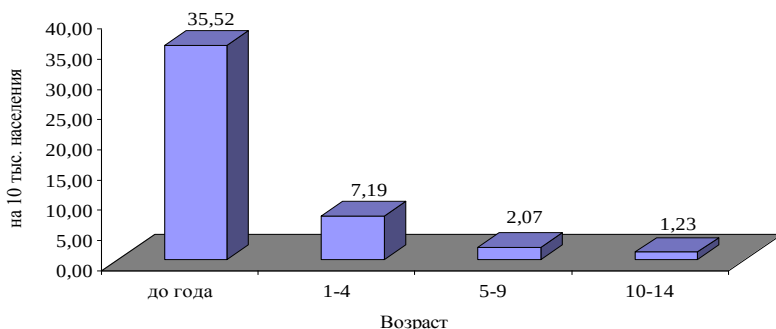


Рисунок 2. Возрастная структура первичной детской инвалидности вследствие врожденных аномалий в Республике Беларусь (2011-2015 гг.)

Уровень инвалидности вследствие исследуемой патологии у мальчиков выше, чем у девочек. Среднегодовой показатель первичного выхода на инвалидность среди мальчиков составил 5,17 на 10 тыс. населения, среди девочек – 4,80 на 10 тыс. населения. Уровень первичной инвалидности среди городского населения немного выше уровня инвалидности среди сельского населения – 5,01 на 10 тыс. населения против 4,93 на 10 тыс. населения.

Нами также осуществлен анализ тяжести первичной детской инвалидности вследствие врожденных аномалий. Среднегодовой показатель по степеням утраты здоровья (СУЗ) выглядит следующим образом: 1 СУЗ устанавливалась в 21,0 % случаев, 2 СУЗ – в 41,9 %, 3 СУЗ – в 27,9 % случаев, 4 СУЗ – в 9,2% случаев (рисунок 3). Таким образом, тяжесть первичной инвалидности вследствие данной патологии за исследуемый период составила 37,2%

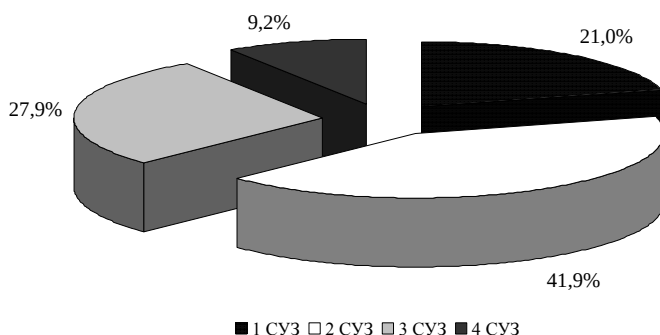


Рисунок 3. Тяжесть инвалидности вследствие врожденных аномалий в Республике Беларусь (2011-2015 гг.)

При этом за исследуемый период отмечено снижение тяжести детской инвалидности вследствие врожденных аномалий с 40,9% в 2011 г. до 32,6% в 2015 г.

Чаще всего к инвалидности приводили такие врожденные аномалии как врожденные аномалии системы кровообращения (31,3% случаев). Также распространенной причиной инвалидности в данном контингенте были вырожденные аномалии и деформации костно-мышечной системы (19,5% случаев). Кроме того инвалидность устанавливалась вследствие таких патологий как расщелина губы и неба (9,0%), врожденные аномалии глаза, уха, лица и шеи (8,9%), врожденные аномалии центральной нервной системы (7,4%), врожденные аномалии мочеполовой системы (4,4%), хромосомные аномалии не классифицируемые в других рубриках (7,6%).

Наибольшая тяжесть инвалидности регистрировалась вследствие врожденных аномалий центральной нервной системы (71,6%), наименьшая – при врожденных аномалиях и деформациях костно-мышечной системы (23,1%).

Нами была выполнена оценка инвалидности вследствие врожденных аномалий на перспективу до 2020 г. В основе расчета лежит средний темп прироста за 2011-2015 гг. Для контингента детей впервые признанных инвалидами вследствие врожденных аномалий данный показатель равен 1,2%. При расчете по этому темпу прироста количество впервые признанных инвалидами вследствие исследуемой патологии в Республике Беларусь в 2020 г. составит 969 человек. (Таблица 2)

Таблица 2

**Прогноз инвалидности вследствие врожденных аномалий
в Республике Беларусь**

Год	Прогнозируемое количество признанных инвалидами
2016	926
2017	936
2018	947
2019	958
2020	969

Таким образом, проведенное исследование показывает, что врожденные аномалии являются одной из ведущих причин первичной детской инвалидности в Республике Беларусь. За исследуемый период уровень инвалидности вследствие данной патологии вырос на 3,4% и, как показывает выполненный прогноз инвалидности, тенденция к росту в ближайшие годы сохраниться.

Анализ инвалидности вследствие болезней мочеполовой системы за период 2010-2014 гг. в Республике Беларусь

Н.Л. Львова, Е.В. Власова-Розанская

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

По данным ВОЗ, в экономически развитых странах в структуре заболеваемости населения болезни мочеполовой системы (БМПС) занимают 7 место, составляя 5-6%, а в структуре смертности-1,4-2,2%.

В структуре общей заболеваемости населения Республики Беларусь БМПС также занимают седьмое место (рисунок 1). Их вклад в общую заболеваемость в 2014 году составил 3,9%[1].

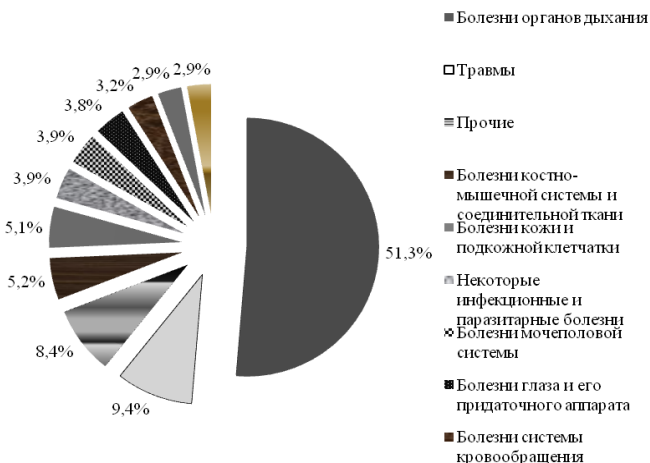


Рисунок 1. Заболеваемость населения по группам болезней в 2014 году (в процентах к итогу)

Цель исследования. Провести мониторинг и анализ инвалидности вследствие БМПС за период 2010-2014гг.

Материалы исследования. Мониторинг и анализ инвалидности вследствие БМПС проведен с использованием автоматизированной информационной системы «Инвалидность», функционирующей на базе ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», период исследования - 2011-2015гг. Единица наблюдения - случай освидетельствования в медико-реабилитационной экспертной комиссии (МРЭК) пациента с БМПС.

Исследование нозологической структуры МПС в соответствии с МКБ-10 включало анализ инвалидности по следующим кодам: N00-N08 (гломерулярные болезни почек), N10-N16 (тубулоинтерстициальные болезни почек), N17-N19 (почечная недостаточность), N20-N23 (мочекаменная болезнь), N25-N29 (другие болезни почки и мочеточника), N30-N39 (другие болезни мочевыделительной системы), N40-N51 (болезни мужских половых органов), N60- N64 (болезни молочной железы), N70-N77 (воспалительные болезни женских тазовых органов), N80-N98 (невоспалительные болезни женских половых органов), N99 (нарушения мочеполовой системы после медицинских процедур, не классифицированных в других рубриках).

Изучена структура тяжести первичной инвалидности вследствие БМПС у лиц трудоспособного возраста, представленная на рисунке 2 [2,3].

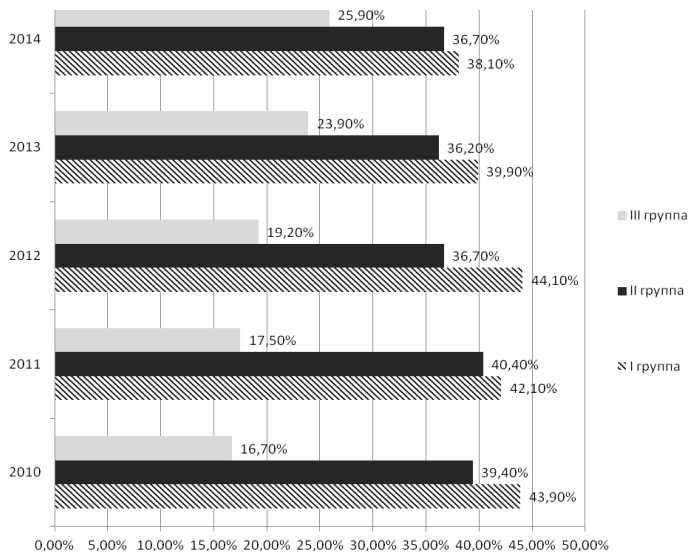


Рисунок 2. Структура тяжести первичной инвалидности вследствие БМПС у лиц в возрасте 18-59 (54) за период 2010-2014гг.

Из представленного рисунка следует, что при первичном обращении на МРЭК за период 2010-2014гг в среднем 42% пациентов устанавливалась тяжёлая первая группа инвалидности, а третья наиболее легкая группа инвалидности устанавливалась в среднем в 21% случаев.

Проведен анализ структуры инвалидности населения трудоспособного возраста по последствиям МПС за период 2011-2015 гг, представленный в таблице 1.

Таблица 1

Распределение инвалидов с БМПС по этиологии у лиц в возрасте 18-59 (54) за период 2011-2015гг.

Коды МКБ	Число инвалидов в 2011 году абс.(%)	Число инвалидов в 2012 году абс.(%)	Число инвалидов в 2013 году абс.(%)	Число инвалидов в 2014 году абс.(%)	Число инвалидов в 2015 году абс.(%)
Общее число инвалидов (абс.)	1093 (100,0%)	1176 (100,0%)	1108 (100,0%)	1215 (100,0%)	1322 (100,0%)
N00-N08 (гломерулярные болезни почек)	392 (35,9%)	446 (37,9%)	412 (37,2%)	452 (37,2%)	472 (35,7%)
N10-N16 (тубулоинтерстициальные болезни почек)	186 (17,0%)	167 (14,2%)	159 (14,3%)	167 (13,7%)	156 (11,8%)
N17-N19(почечная недостаточность)	363 (33,2%)	379 (32,2%)	370 (33,4%)	412 (33,9%)	501 (37,9%)

Продолжение таблицы 1

Коды МКБ	Число инвалидов в 2011 году абс.(%)	Число инвалидов в 2012 году абс.(%)	Число инвалидов в 2013 году абс.(%)	Число инвалидов в 2014 году абс.(%)	Число инвалидов в 2015 году абс.(%)
N20-N23 (мочекаменная болезнь)	70 (6,4%)	75 (6,4%)	79 (7,1%)	90 (7,4%)	97 (7,4%)
N25-N29 (другие болезни почки и мочеточника)	20 (1,8%)	35 (3,0%)	24 (2,2%)	34 (2,8%)	26 (2,0%)
N30-N39 (другие болезни мочевыделительной системы)	35 (3,2%)	35 (3,0%)	29 (2,6%)	28 (2,3%)	38 (2,9%)
N40-N51 (болезни мужских половых органов)	13 (1,2%)	11 (0,9%)	17 (1,5%)	18 (1,5%)	16 (1,2%)
N60- N64 (болезни молочной железы)	–	–	2 (0,2%)	1 (0,1%)	–
N70-N77 (воспалительные болезни женских тазовых органов)	4 (0,4%)	4 (0,4%)	4 (0,4%)	3 (0,25%)	7 (0,5%)
N80-N98 (невоспалительные болезни женских половых органов),	10 (0,9%)	23 (1,9%)	11 (1,0%)	9 (0,74%)	8 (0,6%)
N99 (нарушения мочеполовой системы после медицинских процедур, не классифицированных в других рубриках).		1 (0,1%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)

Из представленной таблицы видно, что среди заболеваний мочеполовой системы, приводящих к инвалидности лиц трудоспособного возраста, лидируют гломерулярные болезни почек в среднем в 37% и почечная недостаточность (ПН) в среднем в 34% случаев, на третьем месте тубулоинтерстициальные болезни почек (в среднем 14%).

Однако следует отметить, что почечная недостаточность - понятие наднозологическое. ПН быть следствием заболеваний почек (хронический диффузный гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, амилоидоз почек и др.), динамических или механических нарушений проходимости мочевых путей (почечнокаменная болезнь, сужение уретры и т. д.), сердечно-сосудистых и коллагеновых болезней, эндокринных нарушений (например, сахарный диабет) и др. Таким образом необходимо продолжить дальнейший анализ, с целью верификации нозологической структуры ПН у данной группы пациентов.

Проанализированы показатели первичной инвалидности по БМПС по регионам Республики Беларусь за 2011-2014гг [4,5,6,7]. При рассмотрении уровня ПИ среди населения старше 18 лет в Брестской области отмечен небольшой подъем показателя в 2012г.(0,64) с последующим снижением в 2014г.- 0,61. Для показателей Витебской области отмечена та же тен-

денция, соответственно – 0,75 и 0,50. Наибольшее число ВПИ в Гомельской области отмечено в 2014 году (0,56). Для Гродненской области максимальным показатель ПИ был в 2013 г. (0,73), минимальным – в 2014г.(0,44). Та же тенденция характерна и для показателей Могилевской области: 0,72 и 0,51 соответственно. Для Минской области отмечено повышение показателя в 2012 году (0,71), с минимальными показателями в 2014 г. (0,57). Для г. Минска характерно увеличение показателя в период с 2011 по 2014г.г. с максимальными показателями в 2014г.(0,45). Показатель ПИ лиц трудоспособного возраста в Брестской области неуклонно снижался минимальным – в 2014 г. (от 0,53 до 0,39). Для показателей Витебской области характерны максимальные значения в 2012 г.(0,61) со снижением в 2014г. (0,39). Наибольший ППИ по Гомельской области отмечен в 2013 г. (0,46), минимальный – в 2014г. – 0,29. Та же тенденция характерна и для показателей Гродненской области (0,58 и 0,35 соответственно). По Могилевской области наибольшим ППИ отмечен в 2011г (0,56)со снижением в 2012г. (0,32) и в 2014г. (0,42). В г. Минске ППИ наибольшим был в 2012 г. (0,37), наименьшим в 2011г. (0,24) и в 2014г. (0,33).

Таким образом, болезни мочеполовой системы занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения РБ.

По последствиям БМПС в Республике Беларусь за период 2011-2015гг. в среднем среди взрослого населения за год впервые признавалось инвалидами 340 пациентов. Значение ПИ при БМПС среди взрослого населения в среднем за период 2011-2014гг составило 0,5 на 10 тыс. населения.

Среди заболеваний мочеполовой системы, приводящих к инвалидности лиц трудоспособного возраста, лидируют гломерулярные болезни почек в среднем в 37% и почечная недостаточность в среднем в 34% случаев, на третьем месте тубулоинтерстициальные болезни почек (в среднем 14%).

Литература

1. Электронный документ. <http://www.belstat.gov.by> режим доступа. Дата доступа 25.02.16г.
2. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2014г.– Минск: ГУ РНМБ, 2015. – 282с.: табл.
3. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2012г.– Минск: ГУ РНМБ, 2013. – 284с.: табл.
4. Информационно-статистический сборник по медицинской экспертизе и реабилитации в Республике Беларусь: в 2 ч.: информ. - стат. сб. / РНПЦ МЭ и Р; Сост.: В.Б. Смычэк, А.В. Копыток.- Мн., 2011. - Ч. 1: Показатели инвалидности, 2010 год.- 118с.
5. Информационно-статистический сборник по медицинской экспертизе и реабилитации в Республике Беларусь: в 2 ч.: информ. - стат. сб. / РНПЦ МЭ и Р; Сост.: В.Б. Смычэк, А.В. Копыток.- Мн., 2012. - Ч. 1: Показатели инвалидности, 2011 год.- 117с.
6. Информационно-статистический сборник по медицинской экспертизе и реабилитации в Республике Беларусь: в 2 ч.: информ. - стат. сб. / РНПЦ МЭ и Р; Сост.:

В.Б. Смычэк, А.В. Копыток.- Мн., 2013. - Ч. 1: Показатели инвалидности, 2012 год.- 117с.

7. Информационно-статистический сборник по медицинской экспертизе и реабилитации в Республике Беларусь: в 2 ч.: информ. - стат. сб. / РНПЦ МЭ и Р; Сост.: В.Б. Смычэк, А.В. Копыток.- Мн., 2015. - Ч. 1: Показатели инвалидности, 2014 год.- 120с.

Оценка ограничений жизнедеятельности пациентов с сахарным диабетом 2 типа с учётом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

Н.Л. Львова

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Ограничения жизнедеятельности с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) - это общий термин для нарушений, ограничений активности и ограничений возможности участия. Он обозначает негативные аспекты взаимодействий между индивидом (с изменением здоровья) и контекстовыми факторами индивида (факторами окружающей среды и личностными факторами).

Все три составляющие классифицируемые в МКФ (функции и структуры организма, активность и участие и факторы окружающей среды) измеряются с помощью единой шкалы. В зависимости от составляющей, наличие проблемы может означать нарушение, ограничение или ограничение возможности, препятствие. К соответствующему домену классификации должны подбираться подходящие определяющие слова (знак xxx стоит вместо кода домена второго уровня).

xxx.0 - нет проблем (0-4%)

xxx.1 - лёгкие проблемы (5-24%)

xxx.2 - умеренные проблемы (25-49%)

xxx.3 - тяжелые проблемы (50-95%)

xxx.4 - абсолютные проблемы (96-100%).

Оценка ограничений жизнедеятельности пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа с учётом положений МКФ основывается на определении степени выраженности нарушений или ограничений в следующих доменах: нарушений функций (зрения b210, сердца b410, кровеносных сосудов b4150, мочеобразования b610, сенсорных функций b270) и ограничений активности и возможности участия (затруднения при ходьбе d450, уходе за частями тела d520, заботе о своём здоровье d570, приготовлении пищи d630, выполнении работы по дому d640, выполнении оплачиваемой работы

d850), вызванных основным заболеванием и его инвалидизирующими осложнениями.

Для определения степени выраженности ограничений жизнедеятельности проводят экспертно-реабилитационную диагностику, по результатам которой для каждого домена устанавливается определитель, характеризующий уровень проблемы. Полученные при проведении исследования данные ранжируют в числовом и процентном значении от 1 до 4 согласно единой оценочной шкале МКФ.

Например: У пациента Н. были проблемы в выполнении работы по дому. Это может быть закодировано как.

d - категория активность/участие

d6 - раздел бытовая жизнь

d640 - выполнение работы по дому

d640.2 - умеренные затруднения, при выполнении работы по дому с помощью (оборудования или помощника)

Затем определяется уровень функционирования пациента по следующей шкале:

- если в домене определитель 1 - высокий уровень функционирования (лёгкие проблемы в функционировании 5-24%);

- определитель 2 - средний уровень функционирования (умеренные проблемы в функционировании 25-49%);

- определитель 3 - низкий уровень функционирования (тяжелые проблемы в функционировании 50-95%);

- определитель 4 - крайне низкий уровень функционирования (абсолютные проблемы в функционировании 96-100%).

Критерием для установления 1 группы инвалидности является наличие крайне низкого уровня функционирования в одном или нескольких доменах, при наличии абсолютных проблем в функционировании: полной утрате самостоятельного передвижения или возможности передвижения только в пределах жилья при помощи других лиц или сложных технических и иных вспомогательных средств, абсолютного нарушения способности к выполнению работы по дому, уходу за частями тела, заботе о своём здоровье, приготовлении пищи, резко выраженная или полная потеря личной независимости и нуждаемость в уходе (бытовом и (или) специальном медицинском).

Крайне низкий уровень функционирования определяется при наличии абсолютных нарушений функций организма и абсолютных ограничениях активности и возможности участия в одном или нескольких доменах: d450.4 (ходьба), d520.4 (уход за частями тела), d570.4 (забота о своём здоровье), d630.4 (приготовление пищи), d640.4 (выполнение работы по дому), b210.4 (зрение и связанные с ним функции), b270.4 (дополнительные сенсорные функции), b410.4 (функция сердца), b4150.4 (функции артерий), b610.4 (функции мочеобразования). А также при наличии трех и более

тяжёлых ограничений активности и возможности участия в доменах d450.3 (ходьба), d520.3 (уход за частями тела), d570.3 (забота о своём здоровье), d630.3 (приготовление пищи), d640.3 (выполнение работы по дому).

Критерием для установления 2 группы инвалидности является наличие низкого уровня функционирования вследствие тяжёлых ограничений жизнедеятельности: выраженное снижение социального функционирования и профессионального статуса, сохранение на сниженном уровне бытовых навыков и интересов, тяжёлые ограничения при ходьбе в пределах ближайшей к жилью территории с посторонней помощью или с помощью сложных технических и иных вспомогательных средств передвижения, использование общественного транспорта резко затруднено без помощи других лиц. Однако у таких пациентов сохранена способность к самостоятельному ведению домашнего хозяйства, уходу за частями тела, заботе о своём здоровье, приготовлении пищи при нуждаемости в постоянной посторонней помощи других лиц (применение сложных технических и иных вспомогательных средств не позволяет в полном объеме выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки). Имеют место выраженные трудности в выполнении оплачиваемой работы, сохранена способность к выполнению трудовой деятельности в специальных условиях, с использованием технических и иных вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц или при выраженном ограничении объема выполняемых работ за счет выраженного сокращения рабочего времени.

Низкий уровень функционирования определяется при наличии тяжёлых нарушений функций организма и выраженных ограничениях активности и возможности участия в одном или нескольких доменах: d450.3 (ходьба), d520.3 (уход за частями тела), d570.3 (забота о своём здоровье), d630.3 (приготовление пищи), d640.3 (выполнение работы по дому), d850.3 или d850.4 (оплачиваемая работа); b210.3 (зрение и связанные с ним функции), b270.3 (дополнительные сенсорные функции), b410.3 (функция сердца), b4150.3 (функции артерий), b610.3 (функции мочеобразования). А также при наличии трех и более умеренных ограничений активности и возможности участия в доменах d450.2 (ходьба), d520.2 (уход за частями тела), d570.2 (забота о своём здоровье), d630.2 (приготовление пищи), d640.2 (выполнение работы по дому).

Критерием для установления 3 группы инвалидности является наличие среднего уровня функционирования вследствие имеющихся умеренных ограничений жизнедеятельности: незначительное ограничение выполнения социальных ролей и навыков, профессиональных обязанностей, снижение профессионального статуса, умеренные трудности при ходьбе (расстояние при ходьбе ограничено районом проживания, изменение походки, медленный темп ходьбы, необходимостью использования технических и иных вспомогательных средств вне дома), неполная коррекция лекарственными средствами деятельности систем, обеспечивающих пере-

движение, сохранение способности к самостоятельному ведению домашнего хозяйства, уходу за частями тела, заботе о своём здоровье, приготовлении пищи при более длительной затрате времени, с использованием при необходимости технических и иных вспомогательных средств или эпизодической помощи посторонних лиц; нуждаемость в периодической помощи (не чаще 1 раза в неделю). Имеют место умеренные трудности в выполнении оплачиваемой работы в обычных условиях труда при снижении квалификации, сохранена способность выполнения неквалифицированного физического труда с уменьшением объема выполняемой работы; неспособность продолжать работу по основной профессии (должности) при сохранении возможности выполнять трудовую деятельность по профессии (должности) более низкой квалификации; сокращение продолжительности рабочего времени (неполный рабочий день, неполная рабочая неделя).

Средний уровень функционирования определяется при наличии умеренных нарушений функций организма и умеренных ограничениях активности и возможности участия в одном или нескольких доменах: d450.2 (ходьба), d520.2 (уход за частями тела), d570.2 (забота о своём здоровье), d630.2 (приготовление пищи), d640.2 (выполнение работы по дому), d850.2 (оплачиваемая работа); b210.2 (зрение и связанные с ним функции), b270.2 (дополнительные сенсорные функции), b410.2 (функция сердца), b4150.2 (функции артерий), b610.2 (функции мочеобразования). А также при наличии трех и более лёгких ограничений активности и возможности участия в доменах d450.1 (ходьба), d520.1 (уход за частями тела), d570.1 (забота о своём здоровье), d630.1 (приготовление пищи), d640.1 (выполнение работы по дому).

При высоком уровне функционирования инвалидность не устанавливается. Уровень адаптации как у практически здоровых людей. Продуктивная профессиональная деятельность или учеба. Имеют место лёгкие трудности в выполнении оплачиваемой работы в обычных условиях труда при незначительном снижении квалификации; сохранена способность выполнения неквалифицированного физического труда с незначительным уменьшением объема выполняемой работы. Сохранена способность к самостоятельному ведению домашнего хозяйства, уходу за частями тела, заботе о своём здоровье, приготовлении пищи при нуждаемости в эпизодической (не чаще 1 раза в месяц) помощи других лиц. Сохранение способности к самостоятельному передвижению при изменении механики передвижения, более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости технических и иных вспомогательных средств.

Высокий уровень функционирования определяется при отсутствии ограничений жизнедеятельности или при наличии лёгких нарушений функций организма и лёгких ограничений активности и возможности участия в одном или нескольких доменах: d450.1 (ходьба), d520.1 (уход за

частями тела), d 570.1 (забота о своём здоровье), d 630.1 (приготовление пищи), d 640.1 (выполнение работы по дому), d 850.1 (оплачиваемая работа); b210.1 (зрение и связанные с ним функции), b270.1 (дополнительные сенсорные функции), b410.1 (функция сердца), b4150.1 (функции артерий), b610.1 (функции мочеобразования).

Клинико-экспертные аспекты церебральной сосудистой патологии у больных с открытым овальным окном

В.Г. Помников, Е.Ф. Онищенко, М.Я. Татарханова, В.М. Таранцева

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Открытое овальное окно (ООО) все чаще представляется в качестве основы для целого ряда патологических состояний. Ведущими среди них являются парадоксальная эмболия (ПЭ) и инсульт [1-5].

Широкая распространенность (около 25% среди взрослых лиц) ООО, его восприятие зачастую как варианта нормы, при одновременном накоплении данных о парадоксальной эмболии и ассоциированных с ООО патологических процессах, обуславливают противоречивую трактовку медицинских и экспертных вопросов в сфере практического здравоохранения [1,2]. Параллельно с неуклонным увеличением публикаций, демонстрирующих патологическую роль ООО, сохраняется недооценка необходимости профилактических мероприятий у лиц с данной аномалией и отрицание важности ее лечения, в том числе возникающих парадоксально-эмболических осложнений [5,6]. Существует неопределенность в решении вопросов медицинской экспертизы о пригодности по состоянию здоровья к занятиям тем или иным видами спорта, некоторыми формами трудовой деятельности, службе в армии и других силовых подразделениях.

Остро стоит вопрос о значении ООО в возникновении ишемических нарушений церебрального кровообращения (транзиторных ишемических атак и ишемических инсультов), обусловленных механизмом ПЭ, у молодых лиц (в возрасте до 40-55 лет). С профилактических и медико-экспертных позиций принципиально важно своевременное выявление не просто ООО, а им вызываемой готовности к парадоксальной эмболии (ГПЭ). ГПЭ – совокупность условий, способных привести к возникновению парадоксальной эмболии вследствие эмболозначимого правового шунта крови, как правило, возникающего при наличии открытого овального окна.

В связи с этим, с целью уточнения роли ООО и ГПЭ в решении вопросов медицинской экспертизы нами обследовано (при их согласии) 28 здоровых лиц (призывники без шума сердца), 260 пациентов с различной

патологией и 256 лиц с некоторыми особыми состояниями сердечнососудистой системы.

Помимо основных клинических исследований, определяемых основной патологией, для выявления ГПЭ всем пациентам выполнялась пролонгированная инфузионная контрастная эхо-кардиография (ПИКЭ) с раствором перекиси водорода в сочетании со стресс-тестовым комплексом, включающим пробу Вальсальвы, кашлевой тест, тест с инспираторным напряжением и нитроглицериновой пробой. ПИКЭ является основным методом диагностики ГПЭ, так как обеспечивает имитационное моделирование ПЭ посредством наблюдения за внутрисердечным движением микропузырьков кислорода, представляющих собой безопасный для здоровья вариант газовых микроэмболов. Применение ПИКЭ предусматривало внутривенную капельную инфузию пациенту 0,3% раствора перекиси водорода в количестве 1,5-2 мл на 1 кг веса больного со скоростью 6-12 мл в 1 минуту. ПИКЭ позволяет получать стойкое эхоконтрастирование в течение относительно длительного периода времени (5-20 минут), абсолютно необходимого для выполнения провоцирующих ПЭ стресс-тестов. О наличии ГПЭ вследствие правового межпредсердного шунта через ООС судили по наличию феномена «позитивного контрастирования» - появлению в левых камерах сердца эхопозитивных контрастных микропузырьков. В качестве основного метода диагностики ООС как анатомической формы межпредсердной перегородки использовали чреспищеводную эхо-кардиографию, позволяющую с наибольшей точностью и относительно небольшой инвазивностью изучать состояние внутрисердечных структур.

Данные исследования показали, что высокая частота обнаружения ГПЭ в первую очередь характерна для заболеваний, протекающих с симптоматикой церебральной дисфункции. В частности, у больных функциональными нарушениями сердечнососудистой системы (ФНССС), имеющих обморочные состояния, ГПЭ обнаружена в 31,6% случаев, у больных криптогенными (неясной этиологии) инсультами – в 34,9% случаев, у больных транзиторными ишемическими атаками – в 25,5% случаев, у пациентов с пролапсом митрального клапана, сопровождающимся обморочными состояниями, - в 27,0% случаев. Отмеченные показатели заметно выше, чем у практически здоровых лиц (призывников без невинного шума сердца) – 7,1% случаев.

Существенно, что при оценке частоты обнаружения ООС с помощью чреспищеводной эхокардиографии у 32 больных криптогенными ишемическими инсультами (25,0% случаев) и 27 пациентов аналогичной возрастной группы с ФНССС без признаков церебральной дисфункции (18,5% случаев) достоверного различия не выявлено ($P > 0,05$). Также не было достоверным рассматриваемое различие с группой призывников с невинными шумами сердца, у которых ООС обнаружено 23,8% случаев.

Следовательно, если рассматривать вопрос о возможном влиянии на формирование ишемических нарушений церебрального кровообращения, любого (без учёта гемодинамической активности) ООО, диагностированного с помощью чреспищеводной эхокардиографии, то достоверных признаков взаимосвязи церебральных поражений и наличия данной аномалии межпредсердной перегородки в нашей работе не выявлено. Если же в расчёт принимаются патологические формы ООО, сопровождающиеся ГПЭ, доказанной с помощью метода имитационного моделирования ПЭ на основе ПИКЭ, то картина совершенно иная. У лиц с расстройствами функции головного мозга, не имеющих самостоятельных тяжёлых сердечно-сосудистых заболеваний, ГПЭ встречается заметно чаще, чем у практически здоровых людей. Очевидно, что при наличии ГПЭ возникновение церебральных нарушений гемодинамики представляется более вероятным, чем у прочих лиц в популяции. Отсюда следует необходимость специального подхода к своевременной диагностике ГПЭ и оценке лиц с ООО.

К настоящему времени определённых медико-экспертных подходов в интерпретации ООО не сложилось. Исключением из такого положения вещей являются установки, существующие в некоторых профессиональных организациях, связанных с подводными погружениями и службой летного состава [4]. Имея значительный опыт наблюдения осложнений ООО в виде декомпрессионных расстройств, подобные организации нередко вводят прямые ограничения приема на работу лиц с ООО.

Сегодня данные литературы не позволяют игнорировать возможность внезапных тяжелых нарушений, прежде всего – неврологических, вследствие своевременно не диагностированного ООО у лиц, выполняющих экстремальные (в том числе – спортивные) нагрузки, ответственные виды работ, особенно связанные с обеспечением безопасности многих людей. Можно себе представить, чем грозят даже кратковременные потеря сознания, ориентации, зрения и др. вследствие транзиторной ишемической атаки при ООО, возникшие у летчика или машиниста поезда во время выполнения ими своей работы. Несомненно, что преодоление проблем так называемого «человеческого фактора» как причины возникновения техногенных аварий в известной мере зависит от правильного подхода к диагностике и лечению ООО. Гипоксемические явления, развивающиеся у спортсменов с ООО, во время тяжелых соревнований вполне могут дать жизнеугрожающие осложнения, не исключено даже – быть причиной летальных исходов. Военнослужащие с ООО при боевой травме оказываются гораздо менее жизнестойкими вследствие парадоксально-эмболических осложнений. Травматическое родоразрешение с появлением эмболического материала в венозной системе обуславливает риск тяжелейших осложнений у женщин с ООО.

По нашему мнению, разноречивость взглядов на клиническое и экспертное значение ООО [2] обусловлена нечёткостью представлений о воз-

возможности его существования в физиологической и патологической формах. Физиологическая форма это, как правило, «клапанно-компетентное» отверстие, не сопровождающееся гемодинамически значимыми межпредсердными шунтами и ГПЭ как в покое, так и при физических нагрузках или провокационных пробах. Патологическая форма проявляет себя несколькими вариантами: 1) гемодинамический аналог дефекта межпредсердной перегородки с появлением осложнений межпредсердного шунтирования крови (обычно – с выраженным преобладанием левоправого шунта); 2) эмболически опасный вариант вследствие ГПЭ (обычно – с транзиторным правовлевым шунтом) или тромбообразования *in situ* в ООО. Все варианты патологической формы должны расцениваться как факторы ограничения при медицинских экспертизах и требуют активных профилактических или лечебных мер пропорционально степени нарушения кровообращения (при ООО как аналоге дефекта межпредсердной перегородки) или степени риска ПЭ.

Гемодинамическая значимость ООО как варианта дефекта межпредсердной перегородки определяется по обычным критериям оценки данного порока сердца. В раннем обнаружении ГПЭ основное значение имеет ПИ-КЭ как метод имитационного моделирования ПЭ. Чреспищеводная эхокардиография относится к основным методам верификации наличия ООО как особенности строения межпредсердной перегородки и играет ведущую роль в оценке морфологических характеристик аномалии. Но она обладает несравненно меньшими возможностями в определении предрасположенности к ПЭ, чем контрастная эхокардиография.

Особенности различных профессий, видов спорта, военных специальностей и т.п. вносит свои коррективы в требования, определяемые медицинской экспертизой. Первые результаты об успешном применении транскатетерного окклюдерного закрытия патологического овального окна у наших соотечественников [1] с хорошим восстановлением нарушенных функций в послеоперационном периоде позволяют надеяться на успех в разработке данного направления реабилитации. Очевидна необходимость специальных исследований, уточняющих характеристики экспертных оценок ООО для конкретных видов деятельности, улучшения возможностей реабилитации для больных с патологическим ООО и высоким риском церебральных осложнений. При наличии ГПЭ пациентов целесообразно включать в специальную группу наблюдения для определения противопоказаний к тем или иным видам труда и необходимости специализированного лечения.

Литература

1. Онищенко, Е.Ф. Открытое овальное окно в кардионеврологии / Е.Ф. Онищенко, В.Г. Помников В.Г. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2016. – 240 с.
2. Онищенко, Е.Ф. Теоретические основы оценки взаимосвязи открытого овального окна и нарушений мозгового кровообращения / Е.Ф. Онищенко, В.Г. Помни-

ков, М.Я. Татарханова // Вестник Северо-Западного Государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2012. – № 4(4). – С. 84-92.

3. Meier, B. Contemporary Management of Patent Foramen Ovale / B. Meier, J.E. Lock // Circulation. – 2003. – Vol. 7/14. – P. 5-9.

4. Practice parameter: recurrent stroke with patent foramen ovale and atrial septal aneurysm: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology / S.R. Messe et al. // Neurology. – 2004. – Vol. 62 (7). – P. 1042-1050.

5. Relation between directly detected patent foramen ovale and ischemic brain lesions in sport divers / M. Schwerzmann et al. // Ann. Intern. Med. – 2001. – Vol. 134. – P. 21–24.

6. Relation between interatrial shunts and decompression sickness in divers / P.T. Wilmshurst, J.C. Byrne, M.M. Webb-Peploe // Lancet. – 1989. – Vol. II. – P. 1302-1306.

Церебральный инсульт, нарушение функций и категории ограничения жизнедеятельности

В.Г. Помников, О.А. Черкасова, В.М. Таранцева

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

С учётом изменившегося законодательства, касающегося медико-социальной экспертизы (МСЭ) в Российской Федерации с 2016 года у врачей и специалистов возникают вопросы по трактовке использования категорий ограничения жизнедеятельности при установлении инвалидности у больных, в частности перенесших церебральный инсульт.

В приказе Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17 декабря 2015 года № 1024н [1] в разделе 4, пункт 8 сказано, что «Критерием для установления инвалидности является нарушение здоровья со 2 и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению 2 или 3 степени выраженности одной из основных категорий жизнедеятельности человека или 1 степени выраженности двух и более категорий жизнедеятельности человека в их различных сочетаниях, определяющих необходимость его социальной защиты».

Таким образом, при установлении факта инвалидности, ограничение категорий жизнедеятельности остается одним из важнейших показателей.

В связи с выше указанным, мы рассмотрели характеристику основных категорий ограничения жизнедеятельности у инвалидов трудоспособного возраста, к которым приводит церебральный инсульт.

При проведении МСЭ в соответствии с действующим законодательством проводится оценка семи основных категорий жизнедеятельности, к которым относятся:

способность к самообслуживанию;

способность к самостоятельному передвижению;

способность к ориентации;
способность к общению;
способность контролировать свое поведение;
способность к обучению;
способность к трудовой деятельности.

Способность к самообслуживанию - способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены.

Способность к самостоятельному передвижению - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом.

Способность к ориентации - способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени и места нахождения.

Способность к общению - способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.

Способность контролировать свое поведение - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм.

Способность к обучению - способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми).

Способность к трудовой деятельности - способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы.

Последствия перенесенного церебрального инсульта (ЦИ) зачастую приводят к ограничениям различных категорий жизнедеятельности. Была изучена структура ограничений жизнедеятельности у 980 больных трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами (ВПИ) в течение 5-ти летнего срока. Ежегодно анализу подвергали 180-200 больных трудоспособного возраста, ВПИ после перенесенного ЦИ.

При изучении ограничений основных категорий жизнедеятельности у инвалидов в результате ЦИ установлено, что все признанные инвалидами имели ту или иную степень ограничения способности к трудовой деятельности, причём данная картина наблюдается за весь исследуемый период с 2010 по 2014гг. Все инвалиды имели существенные затруднения в выполнении своей профессиональной деятельности и не могли выполнять прежнюю работу в соответствии с требованиями к её содержанию, объему, качеству и условиям выполнения.

Второе по значимости ограничение, имевшее место у инвалидов вследствие ЦИ - ограничение способности к самообслуживанию. За иссле-

двумый период ограничение способности к самообслуживанию установлено у 88,5% инвалидов. В динамике отмечается некоторое снижение удельного веса инвалидов, у которых имеется ограничение способности к самообслуживанию. Так в 2010г. показатель составил 91,4%, а к 2013г. снизился до 86,0% (- 5,4%). Однако, в 2014г. снова отмечено повышение показателя до 88,9%. Удельный вес инвалидов, у которых имело место ограничение способности самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом, несколько меньше предыдущего показателя, однако, тоже достаточно высок и составляет 81,1%. В динамике не определяется четкой тенденции роста или снижения, хотя размах колебания его составляет 13,7%. Максимальное значение отмечено в 2011г. – 94,3%, минимальное – в 2013 и 2014гг. – 80,6%.

Ограничение способности к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний, овладению навыками и умениями установлено у 50,0% инвалидов. Наименьшее значение показателя отмечалось в 2010г., когда у 49,3% инвалидов было установлено ограничение способности к обучению, наибольшее – в 2011г. – у 57,1% инвалидов. После 2011г. отмечено снижение доли инвалидов, имеющих ограничение способности к обучению до 47,0% в 2014г.

Ограничение способности к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации имело место у 47,2% исследуемого контингента. Наименьшее значение показателя отмечалось в 2010г., когда у 45% инвалидов было установлено ограничение способности к общению. В 2011г. показатель вырос на 10,7%, а с 2013г. начал снижаться, и составил в 2014г. 46,1%. Удельный вес инвалидов, имеющих ограничения способности к обучению и к общению, приближен по значениям и в динамике за 2010-2014гг. имеет одинаковую линию тренда.

29,6% инвалидов с последствиями инсульта испытывали ограничения в контроле за своим поведением. В динамике показатель в 2010, 2011 и 2013гг. был приближен по значениям, а в 2012г. и 2014г. повышался до 34,4% и 31,8% соответственно.

Наименьшее число инвалидов вследствие ЦИ (23,3%) были ограничены в способности ориентироваться в месте, времени и собственной личности. Отмечены волнообразные изменения значений показателя с максимумом в 2012г. – 26,9% и минимумом в 2014г. – 20,3%.

Таким образом, большое разнообразие клинических проявлений последствий ЦИ у лиц трудоспособного возраста, ВПИ, и имеющиеся нарушения функций организма сформировали ограничения практически по всем категориям жизнедеятельности. Ведущими ограничениями, которые имеют место у данной категории инвалидов, являются – ограничение способности к трудовой деятельности (у 100% инвалидов), ограничение спо-

способности к самообслуживанию (у 88,5% инвалидов) и ограничение способности к самостоятельному передвижению (у 81,1% инвалидов).

Полученные данные целесообразно учитывать при планировании реабилитационных мероприятий у больных после перенесенного инсульта.

Литература

1. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс]: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17 декабря 2015 г. № 1024н. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/467>

Оценка степени утраты общей трудоспособности в практике медико-социальной экспертизы

В.Б. Смычек, Л.Г. Казак, И.Я. Чапко, Д.С. Казакевич

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Развитие системы медико-социальной экспертизы, унификация законодательства в области медицинской экспертизы и государственного социального страхования в рамках Содружества Независимых Государств (СНГ) и стран Европы вызывает необходимость совершенствования модели инвалидности с установлением наряду с тяжестью (группой инвалидности) степени утраты общей трудоспособности. Данная модель установления инвалидности приобретает все большую практическую распространенность в европейских государствах (Россия, Литва, Германия, Армения и др.).

В ходе реализации задания отраслевой научно-технической программы «Экспертно-реабилитационные технологии» была разработана новая модель установления инвалидности, включающая как традиционное установление трех групп инвалидности, так и систему оценки степени утраты общей трудоспособности (в процентах). В рамках модели разработаны количественные критерии оценки степени утраты общей трудоспособности пациентов с последствиями заболеваний и травм.

В изменяющейся модели определения инвалидности акцентируется внимание на определении всем освидетельствуемым МРЭК пациентам процентов утраты общей трудоспособности (наряду с сохраняющимся традиционным определением трех групп инвалидности).

Общая трудоспособность – это способность к выполнению широкого круга простейших трудовых процессов, как правило, ограниченных бытовыми нуждами, которые относятся к категории самообслуживания.

Исходя из данного определения при оценке общей трудоспособности освидетельствование (обследование пациента) проводится по двум составляющим: способность к самообслуживанию и способность к осуществлению действий по ведению быта. В отличие от общей трудоспособности - профессиональная трудоспособность – это способность человека работать в условиях производства или службы. При этом имеется в виду труд как физический, так и умственный, как квалифицированный, так и неквалифицированный. Профессиональная трудоспособность – это возможность выполнения определенного объема и качества работы по конкретной профессии (специальности), по которой осуществляется основная трудовая деятельность.

Критериями оценки утраты общей трудоспособности является снижение способности к выполнению широкого круга простейших трудовых процессов, как правило, ограниченных бытовыми нуждами (самостоятельно передвигаться, готовить пищу, сохранять в порядке жилье, имущество, одежду, осуществлять уход за животными и другие, которые относятся к категории самообслуживания) и (или) любых видов неквалифицированного труда. Способность к самообслуживанию – способность самостоятельно справляться с основными физиологическими потребностями, выполнять повседневную бытовую деятельность и сохранять навыки личной гигиены, обеспечивающая эффективное независимое (в соответствии с возрастными особенностями) существование в окружающей среде.

Медицинская экспертиза на предмет оценки степени утраты общей трудоспособности осуществляется в соответствии с существующим законодательством Республики Беларусь.

Определение степени утраты общей трудоспособности включает интегрированную клинико-функциональную характеристику стойких нарушений функций органов и систем организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приведенную в соответствии с критериями и параметрами оценки указанных нарушений с оценкой: степени выраженности указанных нарушений; характера и тяжести течения заболевания, активности патологического процесса; иных показателей, оказывающих влияние на состояние общей трудоспособности пациента.

К основным видам оцениваемых нарушений функций организма (оцениваемых при определении степени утраты общей трудоспособности) относятся: нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций); нарушения языковых и речевых функций (нарушение устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушение голосообразования и прочее; нарушение сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов

чувствительности); нарушение статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений); нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета; нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

Оценка степени утраты общей трудоспособности пациентов при наличии нескольких заболеваний (травм) определяется отдельно и индивидуально в отношении каждого заболевания (травмы).

Количественная оценка степени утраты общей трудоспособности заключается в определении утраты общей трудоспособности, устанавливаемой в процентах в диапазоне от 5% до 100%, с минимальным шагом в 5% (в некоторых случаях – 10%). Определение степени утраты общей трудоспособности при острых заболеваниях и травмах и (или) в периоде временной нетрудоспособности производится в размере 100%.

При наличии нескольких стойких нарушений функций органов и систем организма, каждое из которых оценивается отдельно в процентах, данные нарушения ранжируются по степени выраженности. Выбирается максимально выраженное в процентах функциональное нарушение и устанавливается ссылка на пункт клинико-функциональной характеристики нарушений и соответствующую степень утраты общей трудоспособности, установленную в связи с данным нарушением.

В случае установления факта взаимоотягощающего влияния иных функциональных нарушений со стороны взаимосвязанных систем организма пациента на степень выраженности максимального в процентах функционального нарушения устанавливается ссылка на соответствующий пункт (пункты) и производится расчёт – совокупная оценка степени функциональных нарушений. При наличии указанного влияния совокупная оценка степени нарушения функции органов и систем организма человека в процентном выражении может быть выше максимально выраженного нарушения функций организма, но не более чем на 10 процентов.

При этом наиболее типичные случаи взаимоотягощающего влияния учтены и указаны в процентах в клинико-функциональной характеристике стойких функциональных нарушений, возникших у пациента в связи с заболеванием, последствиями травм или дефектами.

В случае если у пациента диагностируются функциональные нарушения разной степени выраженности со стороны иных органов и систем организма, не оказывающие взаимоотягощающего влияния на степень выраженности друг друга, данные нарушения в расчёт не включаются, их суммарная оценка не производится. При оценке нарушений функции орга-

нов и систем использовано ранжирование медицинских критериев последствий заболеваний и травм по четырем степеням – функциональным классам (далее – ФК): 1 степень нарушений – легкие (незначительно выраженные) нарушения функции (ФК1); 2 степень нарушений – умеренные (умеренно выраженные) нарушения функции (ФК2); 3 степень нарушений – выраженные нарушения функции (ФК3); 4 степень нарушений – резко выраженные нарушения функции (ФК4).

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих степень ограничения основных категорий (критериев) жизнедеятельности человека (используемых при установлении инвалидности), выделяют пять функциональных классов их количественной выраженности (в процентах) – от полной нормы (0%) до резкого ограничения той или иной способности (100%): ФК 0 – характеризует отсутствие нарушения жизнедеятельности или незначительные (0-4%); ФК 1 – легкое нарушение жизнедеятельности (от 5% до 24%); ФК 2 – умеренно выраженное нарушение жизнедеятельности (от 25% до 60%); ФК 3 – выраженное нарушение жизнедеятельности (от 61% до 90%); ФК 4 – резко выраженное нарушение жизнедеятельности (от 91% до 100%).

Разработанная система оценки с определением степени выраженности утраты общей трудоспособности (в процентах) соответствует степени ограничений жизнедеятельности согласно законодательству Республики Беларусь. Выделены 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, соотнесенные с тяжестью инвалидности: 1-ая степень – стойкие легкие (незначительные) нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 5 до 39 процентов утраты общей трудоспособности (в этих случаях группа инвалидности, как правило, не определяется); 2-ая степень – стойкие умеренные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 40 до 69 процентов утраты общей трудоспособности (в этих случаях определяется третья группа инвалидности); 3-ая степень – стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 70 до 89 процентов утраты общей трудоспособности (определяется вторая группа инвалидности); 4-ая степень – стойкие резко выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 90 до 100 процентов (как правило, в этих случаях устанавливается первая группа инвалидности).

Таким образом, предлагаемая система установления инвалидности с определением степени утраты общей трудоспособности не требует дополнительных финансовых затрат при ее внедрении, не меняет структуру инвалидности (по тяжести), не изменяет социальный статус освидетельст-

вемого пациента в сторону ограничения мер социальной защиты, но позволяет более точно (в материальном плане) оценивать влияние последствий заболеваний и травм на состояние трудоспособности.

Разработка критериев оценки определителей категорий доменов МКФ у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха

В.Б. Смычек, С.В. Козлова

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

ГУ «РНПЦ оториноларингологии», Минск, Республика Беларусь

В настоящее время в Республике Беларусь разрабатываются новые подходы к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации с учетом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в оценке здоровья населения. Применение предусмотренной МКФ классификации функций и структур организма, активности и участия, в том числе по степени выраженности, а также факторов окружающей среды позволит с высокой степенью достоверности и объективности оценивать здоровье индивида с биологической, психологической и социальной точек зрения и определять его нуждаемость в различных видах реабилитации.

Практическое внедрение МКФ требует разработки определенных наборов МКФ-кодов, характеризующих профиль функционирования у пациентов с различной нозологией.

Цель исследования: разработать перечень критериев оценки определителей категорий доменов функций и структур организма у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха.

Материалы и методы: проведен клинико-экспертный анализ медицинской и медико-экспертной документации 125 пациентов трудоспособного возраста с нарушениями слуха различной степени выраженности, обратившихся за медицинской помощью в РНПЦ оториноларингологии за период 2010-2015 гг.

Результаты исследования. В процессе выполнения исследования сформирован набор МКФ-кодов для пациентов с последствиями заболеваний органа слуха, значимых для экспертной оценки и хорошо поддающихся объективизации. Перечень категорий доменов для кодирования показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем представлен набором патогенетически взаимосвязанных нарушенных структур и функций организма, которые приводят к ограничению активности и возможности участия в сочетании с факторами окружающей среды. Полученные данные отражены в таблице 1.

Таблица 1

**Набор категорий доменов МКФ для кодирования показателей
здоровья и показателей, связанных со здоровьем у пациентов
с последствиями заболеваний органа слуха**

Перечень категорий домена «Структуры организма» (s)	Перечень категорий домена «Функции организма» (b)	Перечень категорий домена «Активность и участие» (d)	Перечень категорий домена «Факторы окружающей среды» (e)
s250-структура среднего уха: s2500- барабанная перепонка s2501-евстахиева труба s2502-косточки s2508-структура среднего уха, другая уточненная: холестеатома s260-структура внутреннего уха	b230-функции слуха: b2300-восприятие звука b2301-распознавание звуков b2302-локализация источника звука b2304-распознавание речи	d2-Общие задачи и требования: d2101-выполнение сложной задачи d3-Общение: d310-восприятие устных сообщений при общении d315-восприятие сообщений при невербальном способе общения d330-речь d3351-составление и изложение сообщения посредством знаков и символов d350-разговор d3600-использование телекоммуникационных устройств d3602-использование техник общения d7-Межличностные взаимодействия и отношения: d740-формальные отношения d750-неформальные социальные отношения d760-семейные отношения d8-Главные сферы жизни: d825-профессиональное обучение d830-высшее образование d8450-поиск работы d8451-выполнение трудовых обязанностей d8502-полная трудовая занятость	e1151-вспомогательные изделия и технологии для личного повседневного пользования e1251- вспомогательные средства и технологии коммуникации e1351-вспомогательные изделия и технологии для труда и занятости e1401- вспомогательные изделия и технологии для культурного досуга, отдыха и спорта e2500-интенсивность звука, e2501-качество звука e310-семья и ближайшие родственники e325-знакомые, сверстники, коллеги. соседи и члены сообщества e355-профессиональные медицинские работники e580-службы, административные системы и политика здравоохранения e590- службы, административные системы и политика труда и занятости

Разработка метода количественной оценки степени выраженности нарушений структуры и функций у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха явилась дальнейшей задачей нашего исследования.

Полученные данные в результате оториноларингологического клинико-функционального обследования 125 пациентов с последствиями заболеваний органа слуха на предмет нарушений функций и структур ранжировали в числовом и процентом значении – количественная оценка определителей. По значению определителей устанавливали степень выраженности нарушений структур среднего уха и функции слуха.

Критерии оценки 1^{го} определителя, отражающего степень и величину нарушения структуры внутреннего уха (s260), не поддаются объективизации, в результате чего нами предложено кодировать этот определитель числовым значением «8» – не определено.

В категории s2500-барабанная перепонка оценивали такие показатели как:

- площадь перфорации барабанной перепонки;
- тип ретракционных карманов (РК) барабанной перепонки. Для оценки типа РК мы придерживались классификации РК натянутой части по J. Sade, 1979 аттиковых РК – по M. Tos и G. Poulsen, 1980.

Нарушение целостности цепи слуховых косточек (s2502) при наличии холестеатомы (s2508-холестеатома) в полости среднего уха, а также выраженность ее распространенности оценивали по классификации холестеатомы, предложенной H.A. Salech, R.P. Mills, 1999.

Структуру евстахиевой трубы (s2501) определяли степенью ее проходимости (вентиляционная функция) путем:

- применения простых качественных проб (проба с пустым глотком, опыт Тойнби, опыт Вальсальва, продувание слуховой трубы по Политцеру, катетеризация слуховой трубы);
- измерения величины внутрибарабанного давления (ВБД) по А. И. Лопотко (1980) при проведении тимпанометрии.

Перечень критериев оценки определителей категорий доменов структур организма у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха представлен в таблице 2.

Главной характеристикой, отражающей последствия заболеваний органа слуха и определяющей социальное функционирование индивида, является состояние основных функций слуха: восприятие звука (b2300), распознавание звуков (b2301), распознавание речи (b2304).

Таблица 2

Перечень критериев оценки определителей категорий доменов s2500, s2501, s2502, s2508 структур организма у пациентов в последствиями заболеваний органа слуха

Домены, код	Определитель категорий доменов структур организма: числовое значение, выраженность нарушений, процентное значение, критерии оценки				
	0 Нет нарушений (0-4%)	1 Незначительные нарушения (5-24%)	2 Умеренные нарушения (25-49%)	3 Тяжелые нарушения (50-95%)	4 Абсолютные нарушения (≥ 96%)
s2500-барабанная перепонка	Отсутствие перфорации барабанной перепонки. Тип РК натянутой части барабанной перепонки: PK S0 – отсутствие ретракции. Тип аттиковых РК барабанной перепонки: PK 0 – отсутствие ретракции с сохранением пространства Пруссака.	S перфорации барабанной перепонки: от точечной до <25% от общей площади. Тип РК натянутой части барабанной перепонки: PK SI – небольшая ретракция, характеризующаяся умеренным втяжением барабанной перепонки без соприкосновения с молоточком (простая ретракция). Тип аттиковых РК барабанной перепонки: PK I – слабая аттиковая ретракция – втяжение расслабленной части барабанной перепонки в аттик, не достигающее шейки молоточка.	S перфорации барабанной перепонки: от 25% до <50% от общей площади. Тип РК натянутой части барабанной перепонки: PK SII – ретракция в области накопительного сочленения с эрозией или без. Тип аттиковых РК барабанной перепонки: PK II – аттиковая ретракция с контролируемым дном – втяжение на шейки молоточка.	S перфорации барабанной перепонки: от 50% до 95% от общей площади. Тип РК натянутой части барабанной перепонки: PK SIII – ретракция на промоториум – резкое втяжение барабанной перепонки, центральные отделы которой достигают промоториума. Тип аттиковых РК барабанной перепонки: PK III – глубокая ретракция с неконтролируемым дном – глубокий карман, уходящий за молоточек при сохранной латеральной стенке аттика.	S перфорации барабанной перепонки: субтотальный дефект барабанной перепонки или полное ее отсутствие (>95% от общей площади). Наличие трепанационной полости после санирующей операции открытого типа на среднем ухе. Тип РК натянутой части барабанной перепонки: PK SIV – фиксация барабанной перепонки к медиальной стенке. Тип аттиковых РК барабанной перепонки: PK IV – глубокая ретракция с истончением или дефектом латеральной стенки аттика.

Продолжение таблицы 2

Домены, код	Определитель категорий доменов структур организма: числовое значение, выраженность нарушений, процентное значение, критерии оценки				
	0 Нет нарушений (0-4%)	1 Незначительные нарушения (5-24%)	2 Умеренные нарушения (25-49%)	3 Тяжелые нарушения (50-95%)	4 Абсолютные нарушения (≥ 96%)
s2501-свстахиена труба	Проба с пустым глотком "+". Опыт Тойнби "+". Опыт Вальсальва "+". Продувание слуховой трубы по Политцеру "+". Катетеризация слуховой трубы "+". Степень проходимости слуховой трубы: 0 степень (норма) – ВБД от -50 до +50 мм.вод.ст. (от -49 до +49 daPa).	Проба с пустым глотком "-". Опыт Тойнби "+". Опыт Вальсальва "+". Продувание слуховой трубы по Политцеру "+". Катетеризация слуховой трубы "+". Степень проходимости слуховой трубы: I степень – ВБД от -51 до -100 мм.вод.ст. (от -50 до -98 daPa).	Проба с пустым глотком "-". Опыт Тойнби "-". Опыт Вальсальва "+". Продувание слуховой трубы по Политцеру "+". Катетеризация слуховой трубы "+". Степень проходимости слуховой трубы: II степень – ВБД от -101 до -150 мм.вод.ст. (от -99 до -147 daPa).	Проба с пустым глотком "-". Опыт Тойнби "-". Опыт Вальсальва "-". Продувание слуховой трубы по Политцеру "+". Катетеризация слуховой трубы "+". Степень проходимости слуховой трубы: III степень – ВБД от -151 до -200 мм.вод.ст. (от -148 до -196 daPa).	Проба с пустым глотком "-". Опыт Тойнби "-". Опыт Вальсальва "-". Продувание слуховой трубы по Политцеру "-". Катетеризация слуховой трубы "-". Степень проходимости слуховой трубы: IV степень – ВБД от -201 мм.вод.ст. и менее (от -197 daPa и менее).
s2502-косточки	Цепь косточек интактная.	Эрозия длинного отростка наковальни без нарушения подвижности цепи косточек.	Лентикулярный отросток наковальни и арка стремени разрушены.	Тотальное разрушение цепи косточек без осложнений.	Тотальное разрушение цепи косточек с осложнениями.
s2508-холестеатома	Холестеатома отсутствует.	Холестеатома «in situ».	Холестеатома занимает соседний участок среднего уха.	Холестеатома занимает три участка среднего уха.	Холестеатома занимает четыре участка среднего уха или стремится выйти за пределы среднего уха.

При оценки уровня и степени слуховых нарушений определяли среднюю арифметическую порогов слуха по воздуху на четырех частотах: 500, 1000, 2000 и 4000 Гц по данным пороговой тональной аудиометрии в категории b2300-восприятие слуха и восприятие шепотной и разговорной речи в метрах в категории b2301-распознавание речи. Степень выраженности нарушения функции слуха оценивали по лучше слышащему уху (при наличии асимметрии слухового нарушения) в соответствии с международной классификацией тугоухости, принятой ВОЗ в 1997 году.

Для вычисления функционального ограничения в процентах, связанного с потерей слуха, использовали способ, предложенный Sabine and Fowler в 1949 году, известный под названием CPT (англ. Council of Physical Therapy). Определение потери слуха по CPT состоит в суммировании потери слуха в процентах для отдельных частот, соотнесенных с величинами потери слуха по воздушному проведению.

В категории b2304-распознавание речи степень выраженности нарушений оценивали по данным речевой аудиометрии.

Перечень критериев оценки определителей категорий доменов функций организма у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха представлен в таблице 3.

Таблица 3

**Перечень критериев оценки определителей категорий доменов
b2300, b2301, b2304 функций организма у пациентов с последствиями
заболеваний органа слуха**

До ме ны, код	Определитель категорий доменов функций организма: числовое значение, выраженность нарушений, процентное значение, критерии оценки				
	0 Нет нарушений (0-4%)	1 Незначительные нарушения (5-24%)	2 Умеренные нарушения (25-49%)	3 Тяжелые нарушения (50-95%)	4 Абсолютные нарушения (≥ 96%)
b2300- восприятие звука	Нормальный слух: восприятие чистых тонов в пределах нормы. Практически нормальный слух: элементы нарушения восприятия на тональной аудиограмме, средняя потеря слуха на частотах 500-2000 Гц не превышает 15 дБ.	Легкое нарушение слуха: средняя потеря слуха 16-25 дБ. Тугоухость I ст.: средняя потеря слуха 26-34 дБ.	Тугоухость I ст.: средняя потеря слуха 35-40 дБ. Тугоухость II ст.: средняя потеря слуха 41-49 дБ.	Тугоухость II ст.: средняя потеря слуха 50-55 дБ. Тугоухость III ст.: средняя потеря слуха 56-70 дБ. Тугоухость IV ст.: средняя потеря слуха 71-84 дБ.	Тугоухость IV ст.: средняя потеря слуха 85-90 дБ. Глухота: >91 дБ. Тугоухость IV ст., возникшая в дилинговальном периоде без устной речи: средняя потеря слуха 71-90 дБ. Двусторонняя, остро наступившая тугоухость IV ст.: средняя потеря слуха 71-90 дБ.

Продолжение таблицы 3

Домены, код	Определитель категорий доменов функций организма: числовое значение, выраженность нарушений, процентное значение, критерии оценки				
	0 Нет нарушений (0-4%)	1 Незначительные нарушения (5-24%)	2 Умеренные нарушения (25-49%)	3 Тяжелые нарушения (50-95%)	4 Абсолютные нарушения (≥ 96%)
b2301 - распознавание звуков	Нормальный слух: восприятие шепотной и разговорной речи в пределах нормы. Практически нормальный слух: шепотная речь воспринимается на расстоянии 6м, разговорная - >6м.	Легкое нарушение слуха: шепотная речь воспринимается на расстоянии от 5м до >2м, разговорная - >6м. Тугоухость I ст.: шепотная речь воспринимается на расстоянии 2м, разговорная - от 6м до >4м.	Тугоухость I ст.: шепотная речь воспринимается на расстоянии менее 2м до у уха, разговорная - от 4м до >3м. Тугоухость II ст.: шепотная речь воспринимается на расстоянии у уха, разговорная - от 3м до >2м.	Тугоухость II ст.: шепотная речь не воспринимается, разговорная - от 2м до у уха. Тугоухость III ст.: шепотная речь не воспринимается, разговорная - громкая речь у уха. Тугоухость IV ст.: шепотная речь не воспринимается, разговорная - крик у уха.	Тугоухость IV ст.: слуховое восприятие речи отсутствует. Может слышать громкие звуки. Слух не является основным средством общения. Глухота: слуховое восприятие отсутствует. Тугоухость IV ст., возникшая в долингвальном периоде без устной речи: полное отсутствие способности слышать, говорить. Двусторонняя остро наступившая тугоухость IV ст.: острая полная потеря слуха, отсутствие навыка чтения с губ, незнание невербальных способов общения в период адаптации к дефекту до 1 года.

Продолжение таблицы 3

До- ме- ны, код	Определитель категорий доменов функций организма: числовое значение, выраженность нарушений, процентное значение, критерии оценки				
	0 Нет нарушений (0-4%)	1 Незначитель- ные нарушения (5-24%)	2 Умеренные нарушения (25-49%)	3 Тяжелые на- рушения (50-95%)	4 Абсолютные нарушения (≥ 96%)
b2304-распознавание речи	Нормальный слух: разборчивость речи на речевой аудиограмме – 100%. Практически нормальный слух: разборчивость речи на речевой аудиограмме – 100%.	Легкое нарушение слуха: разборчивость речи на речевой аудиограмме – 100%. Тугоухость I ст.: разборчивость речи на речевой аудиограмме – 100%.	Тугоухость I ст.: разборчивость речи на речевой аудиограмме – 100%. Тугоухость II ст.: разборчивость речи на речевой аудиограмме – 80-90%.	Тугоухость II ст.: разборчивость речи на речевой аудиограмме – 70%. Тугоухость III ст.: разборчивость речи на речевой аудиограмме – 30-60%. Тугоухость IV ст.: разборчивость речи на речевой аудиограмме – <20%.	Тугоухость IV ст.: разборчивость речи не достигается. Глухота: разборчивость речи не достигается. Тугоухость IV ст., возникшая в долингвальном периоде без устной речи: разборчивость речи не достигается. Двусторонняя, остро наступившая тугоухость IV ст.: разборчивость речи не достигается.

Выводы: разработанный перечень критериев оценки определителей категорий доменов функций и структур организма у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха позволяет получить структурированную и всестороннюю оценку о степени выраженности нарушений показателей здоровья и функциональных возможностях этой категории пациентов. Результаты исследования показывают практическую возможность применение МКФ-кодов при проведении аудиологической экспертно-реабилитационной диагностики пациентов с последствиями заболеваний органа слуха.

II. ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

Профессиональная реабилитация инвалидов как один из основных факторов профессионального самоопределения людей с инвалидностью

Н.Л. Авраменко, Н.Н. Малиновская

Всеукраинский центр профессиональной реабилитации инвалидов
с. Лютеж, Украина

В настоящее время многие исследователи рассматривают профессиональное самоопределение людей с инвалидностью как процесс принятия самостоятельного решения о выборе профессиональной деятельности. Главная цель профессионального самоопределения – постепенное формирование внутренней готовности самостоятельно планировать, корректировать и реализовывать перспективы своего профессионального развития. Результатом этого процесса «кем быть и чем заниматься?» является выбор профессии, однако зачастую этот выбор бывает довольно сложным и принятие решения сопровождается людей с инвалидностью довольно длительный период.

Опыт Всеукраинского центра профессиональной реабилитации инвалидов (далее – Центр) свидетельствует, что для людей с инвалидностью процесс профессионального самоопределения имеет свою специфику и связан с наличием ряда субъективных и объективных проблем. Результаты постоянного мониторинга слушателей Центра показывают, что на этапе первичного профессионального самоопределения большинство из них сталкиваются со следующими проблемами субъективного характера:

- недостаточный уровень профориентационной компетентности родителей в отношении профессионального выбора ребенка-инвалида; в том числе в отношении динамики инвалидизирующего заболевания, его прогноза;
- наличие низкого образовательного потенциала;
- констатация высокого уровня тревожных и негативных переживаний, связанных с осознанием собственной несостоятельности в ходе профессионального обучения и трудоустройства;
- несоответствие оценки собственных возможностей, исходя из диагноза инвалидизирующего заболевания, применительно к конкретному виду профессиональной деятельности.

Одновременно существуют и проблемы объективного характера:

- отсутствие у большинства поступающих представления о характере трудовых операций, входящих в структуру рабочей профессии, которой они хотят овладеть, что свидетельствует о больших пробелах в познавательной информированности;

- недостаточность профессиональной информированности, в том числе о характере труда, специфике реализации трудовых операций и соответствии им собственных имеющихся у инвалидов возможностей;

- отсутствие научно обоснованных практических методов и форм в структуре профессиональной ориентации лиц с инвалидностью, позволяющих осуществлять объективную оценку их профессиональных возможностей.

В Центре 14 лет результативно используется технология профессионального отбора в качестве окончательного профессионального выбора претендентов на обучение. На протяжении 5-ти дней приемная комиссия Центра на основании результатов медицинского обследования, профессиональных проб, собеседования с психологом и специалистами по социальной работе определяет готовность каждого претендента к профессиональному обучению. Суммарной оценкой готовности к обучению выступает уровень реабилитационного потенциала претендента.

Обобщенная оценка реабилитационного потенциала претендентов на обучение проводится на основании результатов последовательного изучения составляющих его уровней: медицинского потенциала, психофизиологического потенциала, личностного потенциала, образовательного потенциала, социального потенциала, профессионального (трудового) потенциала.

Медицинский потенциал оценивается как возможность претендента к восстановлению или компенсации нарушений в анатомо-функциональной целостности организма в целом.

Психофизиологический потенциал – возможность использования, развития и адаптации сохранившихся функциональных способностей претендента для восстановления социальных навыков и овладения избранной рабочей профессией как новым видом деятельности.

Личностный потенциал – возможность, способность и направленность претендента активно участвовать в реабилитационном процессе и достигать поставленные реабилитационные задачи.

Образовательный потенциал – возможность претендента к овладению общеобразовательными и профессиональными знаниями, профессиональными (трудовыми) навыками и умениями.

Социальный потенциал – возможность расширения зоны самостоятельности проживания и восстановления или компенсации социального статуса.

Профессиональный (трудовой) потенциал – возможность восстановления профессионального и социально-трудового статуса.

В контексте вышеизложенного основной акцент работы приемной комиссии во время профотбора в основном сосредоточен на определении всех составляющих реабилитационного потенциала. Алгоритм определения включает диагностику индивидуальных характеристик претендентов на обучение и анализ внешних социально-психологических факторов. Индивидуальные характеристики человека, определяющие его реабилитационный потенциал, включают биологические, личностные, психологические и образовательные характеристики. При этом все характеристики должны соотноситься с возрастными нормами, что касается контингента претендентов то, несомненно, можно констатировать сложность оценивания этого процесса, учитывая резкое колебание разновозрастных показателей (от 16 и до 60 лет).

Доминирующим фактором этого процесса является определение медицинского и образовательного потенциалов. Образовательный потенциал для обучения в центре профессиональной реабилитации включает способность инвалида к получению профессионального образования в рамках государственных образовательных стандартов с использованием комплексной реабилитации, способствующей реализации его потенциальных способностей. Различные нарушения функций организма по разному определяют степень ограничения способности к обучению. В наибольшей степени ограничивают способность к обучению интеллектуальные и другие психологические нарушения. В Центр не принимаются лица состояние здоровья, физические и сенсорные недостатки которых делают невозможным их обучения с медицинскими противопоказаниями и свидетельствуют о низком реабилитационном потенциале претендента.

Реабилитационный потенциал имеет 3 уровня оценки: высокий, удовлетворительный, низкий. На основании всей совокупности факторов, характеризующих возможности инвалида к реабилитации, реабилитационный потенциал оценивается как интегральная оценка реабилитационных возможностей. Уровень определяется на основании всей совокупности выделенных критериев, характеризующих возможности инвалида к обучению в центре профессиональной реабилитации:

1. Высокий – возможность получения профессионального образования по избранной рабочей профессии, которая соответствует возможностям, склонностям и желаниям.

2. Удовлетворительный – возможность получения образования в Центре по ограниченному кругу профессий.

3. Низкий – невозможность получения профессионального образования в рамках государственных образовательных стандартов.

Анализ результатов мониторингов выпускников Центра свидетельствует, что в результате реализации программы профессиональной реабилитации, большая часть выпускников подтверждает правильность выбора профессии или приобретения другой профессии, оценивает повышение личностного, социально-психологического статуса и самое главное – уверенности в профессиональном самоопределении.

У большинства выпускников Центра наблюдается формирование внутренней готовности самостоятельно и осознанно планировать, корректировать и реализовывать перспективы своего профессионального развития в соответствии с имеющимися возможностями. Примеры успешной занятости (сюда входит дальнейшее обучение, предпринимательская деятельность, индивидуальный труд, фриланс, трудоустройство по контракту или трудовому соглашению) подтверждают, что обучение в Центре наиболее успешно раскрывает трудовой потенциал выпускников и способствует достижению ими главной цели – прогнозирования своей профессиональной деятельности.

Диспропорция в профессиональном самоопределении очень часто констатируется среди слушателей, которые до обучения в Центре имели базовое высшее или полное высшее образование. Подтверждая тот факт, что отсутствие четкой структуры непрерывности и преемственности в обучении для людей с инвалидностью значительно усложняет процесс профессионального самоопределения. Процесс профессиональной реабилитации должен выступать первичным и быть доминирующим, так как он значительно расширяет трудовой потенциал выпускников и позволяет более осознанно и реально делать свой дальнейший выбор. Так Центр, активно сотрудничая с рядом ведущих университетов Украины, значительно расширил профориентационную работу для слушателей, желающих обучаться в учебных заведениях III-IV уровней аккредитации. Результат – 172 выпускника Центра продолжили дальнейшее обучение и стали студентами.

Фактически очевидно, что основные задачи профессионального самоопределения для людей с инвалидностью преимущественно должны решаться в процессе профессиональной ориентации и дальнейшей профессиональной реабилитации.

Литература

1. Старобина, Е.М. Профессиональная ориентация лиц с учетом ограниченных возможностей здоровья / Старобина Е. М., Гордиевская Е.О., Кузьмина И.Е. – М.: ФОРУМ:ИНФРА-М.2013. – 352 с.
2. Смычек, В.Б. / О состоянии, проблемах и перспективах службы медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы. / В.Б. Смычек, И.А. Киреева //Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сборник научных статей/ под общ.ред. В.Б. Смычка. – Минск: А.Н.Вараксин,2014. – 306 с.
3. Центр професійної реабілітації інвалідів: організація основних напрямів діяльності. Методичний посібник для фахівців центрів професійної реабілітації інвалідів за загальною редакцією першого заступника Міністра соціальної політики України, к. н. з держ. упр. В.І. Надраги та директора Всеукраїнського центру професійної реабілітації інвалідів, к. м. н. М.Л. Авраменка / Л.: ВЦПРІ, 2011. – 142 с.

Депрессия – проблема реабилитации пациентов перенесших мозговой инсульт

М.А. Барышев, Г.А. Емельянов, В.В. Барышева

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Цереброваскулярная патология является одной из ведущих причин, приводящих к инвалидности, что обусловлено достаточно высокой заболеваемостью, которая составляет в республике 2,3-2,5 на 1000 человек населения; более того, число пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) в возрасте старше 55 лет удваивается с каждым десятилетием жизни. Показатель первичной инвалидности вследствие данной патологии в Республике Беларусь, как и во всем мире и прежде всего в экономически развитых странах, в последнее десятилетие имеет устойчивую тенденцию к росту. Ежегодно в республике инвалидами становятся порядка 10 тысяч человек [3, 7].

Наряду с двигательными, координаторными и речевыми нарушениями у пациентов перенесших мозговой инсульт достаточно часто наблюдаются нарушения эмоционально-волевой сферы, как правило, реализуемые в виде депрессии и развиваются примерно у одной трети пациентов. Согласно оценкам экспертов, постинсультная депрессия (ПИД) развивается у 30-35% пациентов, и в динамике варьирует в диапазоне от 20 до 60% в течение первого года после перенесенного инсульта, причем максимально высокий уровень начала депрессии фиксируется в первые шесть месяцев [2, 4, 7, 8].

Постинсультная депрессия играет негативную роль в прогнозе выживаемости, функционального восстановления, а в последующем на качество жизни и социальную активность. Однако, при улучшении общего состояния, уменьшения неврологического дефицита в ходе реабилитации депрессивная симптоматика может начинать сглаживаться, причем довольно быстро [6, 7].

Известно, что депрессия особое состояние психики, характеризующееся «депрессивной триадой» и длящейся не менее двух недель: снижение настроения, утрата способности получать или испытывать удовольствие; нарушение мышления в виде негативного мнения о себе, пессимистичный взгляд на окружающее; снижение моторной активности и нежелание взаимодействовать с окружающим миром.

Факторами риска развития депрессии после инсульта могут быть изначально депрессивные черты личности пациента, такие как негативное отношение к собственной персоне, негативная интерпретация своего отрицательного опыта, негативный взгляд в будущее, женский пол, высокий уровень образования и склонность к одиночеству [4].

У постинсультного пациента на фоне сформированных ограничений двигательных, сенсорных и речевых функций в качестве ответной психологической реакции может возникать реакция горя, схожая с непатологической реакцией горя у здоровых людей (например, утрата близкого человека). В отличие от переживания горя, когда пациент переживает разрушение стереотипов внешнего мира, его быта, образа и стиля жизни, при депрессии происходит разрушение внутреннего мира, установок, мотивации, утрата смысла жизни. Проходя фазы переживания горя от отрицания, состояния шока, гнева, торга, отчаяния и наконец принятия, пациент прощается с тем здоровым «Я» и принимает себя таким, какой он есть теперь [5].

Для реабилитологов это наиболее благоприятный исход той бури эмоций, которую переживает пациент, после чего он может начать работать на занятиях и активно участвовать в программе реабилитации. «Застывание» на любой из этих стадий и отсутствие в этот момент психотерапевтической помощи и поддержки ведет пациента к депрессии.

Классическая психотерапия рекомендует усиливать эмоции пациента на каждой из стадий, помогая быстрее ему преодолевать её. Трудно сказать, насколько это правильно для пациентов перенесших инсульт, когда у него развивается сенсомоторная афазия, и он находится в состоянии «депривации» и не осознает до конца своего состояния.

Согласно нозологической классификации депрессивных состояний по Р. Kiehlholz ПИД относится к соматогенным депрессиям.

Однако на практике ПИД чаще всего встречается в виде двух униполярных депрессивных расстройств:

- Большая депрессия,
- Малая депрессия

Развитие большой депрессии характеризуется довольно тяжелым течением с выраженными эмоциональными нарушениями, и продолжительностью не менее 2-х недель. В противоположность малой депрессии, которая протекает менее тяжело, симптоматика сохраняется длительное время, без ремиссии, не менее 2-х лет [8].

Психологическое состояние пациента оценивается по результатам тестирования с использованием достаточно широкого спектра шкал. Одной из наиболее часто применяемых шкал является шкала Бартел, оценивающая независимость пациента от посторонней помощи.

Признаками риска раннего развития ПИД является малое количество очков по шкале Бартел, возраст менее 68 лет и наличие плаксивости в первые несколько дней после инсульта, причем насильственный плач не является прямой причиной депрессии, он чаще является следствием органического поражения головного мозга в структуре псевдобульбарного синдрома [4]. Такие эмоции как плаксивость, плач навзрыд или рыдания в сочетании с депрессией встречаются в 41% и 63% соответственно [8].

Пациенты с большой и малой депрессией имеют в 3,4 раза больше шансов умереть в течение 10 лет после инсульта, чем не депрессивные пациенты. Даже при наличии нескольких социальных контактов и нелеченой депрессии риск смерти может достигать 90%, а наличие других психических расстройств еще больше повышают этот риск [2, 8].

Всем больным с инсультом следует присваивать высокий риск развития депрессии. Во время первичного осмотра необходимо выяснить, имеются ли у пациента депрессивные эпизоды в прошлом или факторы риска ее развития. Пациенты с установленным высоким риском депрессии во время скрининга, должны быть направлены к психотерапевту для дальнейшей диагностики и оценки состояния. В ходе реабилитации анкетирование на депрессию необходимо проводить неоднократно (например, опросник Бека). Пациенты с умеренными симптомами депрессии считаются как «ненадежные» и лечение необходимо начинать сразу, как только появились признаки депрессии. Пациентов следует информировать о влиянии инсульта на их жизнь и обсуждать это с ними, давать советы как вести себя в подобной ситуации. При выраженной тревоге следует предложить психотерапевтическую помощь.

В реабилитации постинсультных пациентов большое значение имеет степень участия родственников и отсутствие у них депрессивного фона, что благотворно влияет на прогресс выздоровления. Нередко у пациентов возникает «сверхмотивация» на ранних этапах реабилитации [1], когда пациент начинает изматывать себя занятиями, веруя в то, что чрезмерные усилия ускорят его выздоровление и вернут все утраченные способности в норму, после которой следует разочарование и крушение всех планов на будущее. Непонимание этого и нереалистичные ожидания родственников усугубляют процесс, и это приводит к отказным реакциям пациента и бесполезность всех реабилитационных направлений, что вынуждает реабилитологов уменьшать сроки стационарного этапа медицинской реабилитации [7].

Пациенты и ухаживающие должны иметь свои индивидуальные психологические установки на постоянную психосоциальную поддержку, которая является основой долгосрочного восстановления после инсульта и будет длиться не один год.

В диагностике ПИД есть ряд факторов, осложняющих постановку диагноза, это когнитивный дефицит, повышенная утомляемость и истощаемость пациента. Снижение памяти и способностью планирования текущих действий в соответствии с общей целью (исполнительный дефицит) это состояние легко спутать с апатией, расстройством, которое выявляется у 23-57% пациентов с инсультом, оно не коррелирует с депрессией, что может ввести дополнительные затруднения. Анозогнозия – отсутствие критической оценки больным своего дефекта также затрудняет диагностику [6, 7, 8].

Поэтому своевременная постановка диагноза и корректное назначение психотерапевтической помощи позволит избежать негативных последствий возникающего депрессивного состояния.

Литература

1. Богуш, М.С. Осознание движений в реабилитации больных с нарушением мозгового кровообращения / М.С. Богуш, Г.А. Емельянов, С.С. Василевский, И.А. Дежец // Медико-социальная экспертиза и реабилитация : сб. науч. ст. / под общ. ред. В.Б. Смычка. – Минск : А.Н. Вараксин, 2015. – С. 90-93.
2. Воскресенская, Т.Г. Депрессия при цереброваскулярной патологии / Т.Г. Воскресенская // Журнал Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – Выпуск № 2. – 2009. – С. 9-12.
3. Игумнов, С.А. Методика психосоциальной адаптации и ресоциализации больных с цереброваскулярными заболеваниями / инструкция по применению / С.А. Игумнов, Т.В. Майорова / ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации» Минск 2008 – С. 1-2.
4. Кадыков, А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков.- 2008 г. – С. 466-502.
5. Смычек, В.Б. Ограничения жизнедеятельности у больных после мозгового инсульта, черепно-мозговой травмы: пособие для врачей / В.Б. Смычек [и др.]. – Минск, 2003. – 64 с.
6. Шахпаронова, Н.В. Постинсультные нарушения высших функций: феноменология, прогноз, реабилитация. 14.01.11 – нервные болезни автореферат.
7. Шахпаронова, Н.В. Нейропсихологическая реабилитация больных с когнитивными нарушениями в постинсультном периоде / Н.В. Шахпаронова, Е.М. Кашина, А.С. Кадыков // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007 – Специальный выпуск. Инсульт. Материалы 2-го Российского Международного конгресса «Цереброваскулярная патология и инсульт» – С.-Пб. 17-20.09.07 – С. 294.
8. Salter, K. Post Stroke Depression / Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation / Chapter 18, 2013 – P. 1-1042013.

Реабилитационные подходы при игровой зависимости

М.М. Важенин, И.В. Григорьева, Е.Н. Лагутик

ГУ «РНПЦ психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

На проблему игровой зависимости обратили внимание около 30 лет назад. Игровая зависимость в США включена Американской ассоциацией психиатров в список психических заболеваний, которой подвержены 2-3% взрослого населения. Зависимые игроки идут на большие затраты денег и сил, а также предпринимают активные мыслительные усилия для достижения выигрыша [1, 2].

Гэмблинг проявляется в безудержном желании постоянно участвовать в бесконечных эпизодах азартной игры, превращаясь в потребность и доминанту, подавляя все другие проявления потребностей – начиная с физиологических и заканчивая высшими духовными. Показательно, что потребность в безопасности, базальная для человека, нейтрализуется и перестает быть движущей силой поведения в условиях охватившего азарта [3].

Игровая зависимость относится к информационным, социально-психологическим – нехимическим наркоманиям. Ведущим компонентом в структуре игровой зависимости выступает психическая зависимость.

Игровая зависимость стала серьезной проблемой общества, как с личностной стороны, так и с социальной, в связи с серьезными социальными и финансовыми проблемами; распространенностью в их среде криминальных действий (до 60% лиц с игроманией совершают правонарушения); высоким суицидальным риском (13-40% совершают попытки самоубийства, 42-70% отмечают суицидальные мысли) [4].

Выделено, что согласие на проведение лечения и реабилитации определяют: значительное ухудшение семейного (семейные конфликты, угроза развода или развод) и социального статуса (неприятности по месту работы, угроза увольнения или увольнение, долги), сопровождающееся переживаниями вины, ощущениями личностного и социального краха; психологическое давление членов семьи или социума в связи с неразрешимостью долговременных психотравмирующих проблем и нарастающих последствий дезадаптации; появление субъективно ощутимых болезненных признаков ухудшения психического здоровья – невротических и депрессивных расстройств, а также суицидальных тенденций, обусловленных пристрастием к азартным играм.

Большинство специалистов полагают, что при оказании лечебно-реабилитационной помощи следует использовать системный подход, основанный на принципах комплексности, мультидисциплинарности, преемственности периодов и этапов, долгосрочности [4, 5].

Лечебно-реабилитационная помощь проходит в течение трех периодов: предреабилитационном в течении 2-4 недель с лечением игрового абстинентного синдрома, постабстинентных расстройств, подавлением патологического влечения к игре, мотивированием на участие в реабилитационных программах; реабилитационном от 9 до 12 месяцев с комплексом лечебных, психотерапевтических и социальных мероприятий, направленных на восстановление психического здоровья, подавление влечения к игре, нормализацию семейных отношений, социального статуса и профилактическом – не менее года с предотвращением рецидивов заболевания, включает медикаментозную и психотерапевтическую поддержку и оптимизацию социальных установок [5, 6].

Выбор конкретных условий определяется уровнем реабилитационного потенциала, тяжестью патологического гемблинга, его коморбидностью с другими психическими заболеваниями и социальным статусом лиц с игровой зависимостью. Чаще лечение и реабилитация проводится в амбулаторных условиях, в ряде случаев в стационарах.

Устойчивые ремиссии по данным исследований отмечались у лиц с высоким реабилитационным потенциалом, благополучным преморбидом,

монозависимостью, состоящих в браке, имеющие постоянную работу, участвующие в продолжительных лечебно-реабилитационных программах.

Изучение распространенности игровой зависимости среди населения Республики Беларусь и определение диагностических критериев зависимости от азартных игр позволят ускорить диагностику и разработать реабилитационные подходы пациентам с игровой зависимостью.

Цель исследования: разработать реабилитационные подходы при игровой зависимости.

Материалы и методы. Для разработки реабилитационных подходов при игровой зависимости использовались материалы изучения распространенности зависимости от азартных игр среди населения Республики Беларусь. Исследование было проведено у 460 человек в возрасте от 20 до 40 лет жителей г. Минска и Минской области. Распределение по полу: женщины – 220 (45%), мужчины – 240 (55%). Средний возраст респондентов – $25,4 \pm 0,34$ лет. Методами исследования явились: диагностическое клиническое интервью с использованием диагностических критериев DSM-V (2013); канадский тест показателя проблемного гемблинга (CPGI) в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова [5]; письменное диагностическое интервью, содержащие расширенный список утверждений характерных для зависимости от азартных игр.

Результаты. Данные анонимного клинического исследования населения с применением метода диагностики игромании показали, что в группе лиц часто посещающих игорные заведения из 181 человек были представлены 88% – мужчин и 12% женщин. Средний возраст группы $29,5 \pm 0,25$ лет. По семейному статусу: состояли в браке 69,7% лиц, у 47,3% это были повторные браки, находились в состоянии развода – 29,3% человек.

По патологическому влечению и выбору азартной игры лидирующими оказался выбор игровых автоматов – 63,4%, предпочитали играть в рулетку и карты – 31,2%, участвовать скачках на ипподроме – 5,4% лиц. Часто посещали игровые заведения (до 2 раз в неделю) – 26,1%, средняя частота (до 1 раза в месяц) – 56,5% и редко – 17,4% человек. Частота посещения игровых заведений свидетельствовала о том, что чем больше человек втягивался в игру, тем труднее ему становилось от нее отказаться.

Оценка отношения респондентов к четырем типам произошедших с ними в жизни событий: 1) опасность, несчастные случаи, телесные наказания, 2) болезни и смерть близких, 3) проступки, совершенные кражи, 4) новые жизненные ситуации показала, что более половины лиц указывали актуальными несколько типов событий. Характерными для данной группы лиц явились воспоминания о произошедших опасностях, несчастных случаях и телесных наказаниях – у 82,4% человек, что показывает на устойчивый характер сосредотачиваться на негативных воспоминаниях и враждеб-

ной стороне жизни. У 17,8% респондентов ответы были сосредоточены на событиях связанных с болезнью или смертью близких.

Воспоминания о негативных проступках и совершенных кражах отмечено у 52,9%, что сочеталось с постоянным желанием скрыть данный опыт, как постыдный, практически все отметили огромную значимость необходимости в помощи относительно предупреждения краж в дальнейшем жизненном опыте. Воспоминания новых жизненных ситуаций вызывали большое впечатление только у 29,4% человек.

Таким образом, наиболее характерным для данной категории лиц явилась фиксация на негативной стороне прошлого опыта и тенденция избегания обвинений в совершенных проступках и кражах.

Описание пережитых чувств явилось важным средством постижения их жизненного стиля, отражало их подход к проблеме своей игровой зависимости и способствовало выявлению имеющегося интереса к эмоциональной стороне жизни, к собственным чувствам и чувствам других людей.

Характеристика социального интереса включала оценку категорий: активность-пассивность, враждебность-доброжелательность, отгороженность-общительность, зависимость-независимость. Анализ ответов показал, что у 15,9% поведение по отношению к зависимости было пассивным; испытывали чувство несостоятельности по отношению к зависимости – 18,8% человек; доброжелательное отношение было – 12,9% человек; независимое отношение – 2,9% человек; неуверенность – 23,5%; печаль – 12,3%; и только 17,6% отметили активность в собственном поведении и сопротивление по отношению к развитию зависимости.

Таким образом основным стилем поведения явился – недейтельный и неактивный по отношению к развитию зависимости от игры, характерным явилось отсутствие социального интереса и неудовлетворенность собой и своей настоящей деятельностью.

Основными мотивами продолжения игры явились: удовольствие от выигрыша – 73%; победа над соперником по игре – 18%; полученный значительный заработок – 9% человек. Особенно ими подчеркивалось пережитое ощущение испытанного всемогущества, которое создавал выигрыш.

Наряду с возрастающими дисфункциональными процессами в общении и погружением в игровой социум происходило искажение и потеря ценности таких значимых механизмов межличностной перцепции, как идентификация, эмпатия, рефлексия. Утрачивалась способность ставить себя на место партнера, сопереживать, представлять, каким воспринимают тебя окружающие.

Анализ предшествующего опыта реализации реабилитационных программ позволил определить необходимость использования системного

подхода, основанного на принципах комплексности, мультидисциплинарности; единый алгоритм диагностических и терапевтических процедур для каждого пациента, обеспечивающий преемственность периодов и этапов лечебно-реабилитационных мероприятий; индивидуальный подход к каждому пациенту с подбором вмешательств, основанных на выявлении терапевтических мишеней; преемственности периодов реабилитации включающих: предреабилитационный в течении 2 недель; реабилитационный до 3 месяцев; постреабилитационный – в амбулаторных условиях течении года с предотвращением рецидивов.

Выделить следующие базовые подходы к реабилитационному процессу лиц с игровой зависимостью: а) использование разнополярных мотивационных подходов включающих позитивную и негативную мотивировку; б) осознанный выбор участия в процессе реабилитации; в) вхождение в директорию ответственности за свои действия и последствия своей зависимости; г) обучение анализу и оценке саморазрушающего и альтернативного конструктивного поведения. Восстановление коммуникативных навыков; д) понимание игровой зависимости, как проявление личностных скрытых проблем. Осознание необходимости тщательной личностной проработки: изменение негативных способов поведения, мышления и чувств, которые предрасполагают человека к игровому предпочтению; е) для достижения гарантированных изменений в процессе реабилитации проработки всех сторон личности: поведения, эмоций, навыков, взглядов и ценностей; ж) создание сильного потенциала действия и относительно выздоровления и преодоления инерции прежних поведенческих стандартов; з) создание устойчивой целостной жизненной модели выздоровления для пролонгирования реабилитационного эффекта.

Заключение. Системный подход к реабилитационному процессу лиц с игровой зависимостью включает необходимые ресурсы, как со стороны задействованных в реабилитации специалистов, так и со стороны зависимых от игры, что обеспечивает динамичность и эффективность реабилитационной помощи.

Литература

1. Усков, А.Ф. Неистребимая аддикция к жизни / А.Ф. Усков // Психология и лечение зависимого поведения. – М.: Класс, 2000. – С. 5-8.
2. Короленко, Ц.П. Аддиктология: настольная книга / Ц.П. Короленко, В.Г., Н.В. Дмитриева; – М., Институт консультирования и системных решений. Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. – 536 с.
3. Эльконин, Д.Б. Психология игры / Д.Б. Эльконин. – М.: Юнити, 1995. – 122 с.
4. Егоров, А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) / А.Ю. Егоров // Аддиктология. – 2005. – № 1. – С. 65-77.

5. Катков, А.Л. Профилактика, лечение и реабилитация игровой зависимости: методические рекомендации. / А.Л. Катков// Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – С. 1-64.

6. Акопов, А.Ю. Лечение игровой зависимости / А.Ю. Акопов // Новейшие методы лечения алкоголизма, наркомании, табакокурения, игровой зависимости. – 2003. – С. 14-16.

Ортезирование нижних конечностей в реабилитационном процессе пациентов с последствиями мозговых инсультов

Е.В. Варешнюк, И.Л. Солнцева, Е.К. Гришко, Л.О. Белевцова

Украинский научно-исследовательский институт протезирования,
протезостроения и восстановление трудоспособности, г.Харьков, Украина

Характерным проявлением нарушения ходьбы у пациентов с последствиями инсульта являются патологические локомоторные синергии, которые проявляются отсутствием возможности выполнять изолированные свободные движения в отдельном суставе, так как дополняется движением в других суставах, которые перестают быть достаточно контролируемыми. На протяжении процесса восстановления двигательные синергии приобретают тесную взаимосвязь с синкенезиями и спастичностью. По мере восстановления степень спастичности в мышцах может уменьшаться. Однако патологические рефлексы и двигательные синергии остаются. Формируется характерный паттерн – поза Вернике-Манна. Для нижней конечности это приведение и разгибание бедра, разгибание колена, эквиноварусная установка стопы (рисунок 1,2,3).



Рисунок 1. Эквиноварусная установка стопы



Рисунок 2. Эквиноварусная установка стопы с патологическим пирамидным рефлексом



Рисунок 3. Разгибание колена

Цель данной работы: повышение эффективности реабилитации пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата путем усовершенствования лечебно-функциональных технических средств реабилитации с использованием комбинации современных полимерных материалов с различными свойствами.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи были отобраны пациенты клиники УкрНИИ с ампутационными дефектами и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями нижних конечностей и сопутствующими заболеваниями ОДА, которых разделили на две группы. В первую группу входили 14 пациентов, из которых 5 человек имели ампутационный дефект голени и сопутствующий артроз коленного сустава 2-3 степени с медио-латеральной нестабильностью и болевым синдромом на сохраненной конечности, у 9 человек с ампутационным дефектом на уровне бедра наблюдался сопутствующий посттравматический артроз с вальгусно-варусной деформацией до 10° с болевым синдромом. Во вторую группу входили 12 пациентов, в том числе 4 пациента с ложными суставами большеберцовой кости и укорочением до 3-4 см. и 8 пациентов с гонартрозами 3-4 степени с варусной либо вальгусной деформацией до 10° и нестабильностью в коленном суставе, плосковальгусными деформациями стоп. У всех пациентов второй группы наблюдалась выраженная боль в поясничном отделе позвоночника, сопровождающаяся ограничением функции позвоночника, у 7 пациентов имелось нарушение чувствительности в нижних конечностях, онемение пальцев стоп.

Обследование больных проводили в соответствии с задачами исследования.

Клиническое обследование включало сбор анамнеза, осмотр, пальпацию, рентгенологическое обследование, измерение продольных и объ-

емных размеров конечностей, объема активных и пассивных движений в суставах.

Степень болевого синдрома определяли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) [6].

Биомеханические методы обследования статики и ходьбы пациентов с последствиями травм и заболеваний коленного сустава и больных с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника в сравнительном анализе без ортеза и в ортезе по следующим методикам: методика изучения опороспособности и стойкости при стоянии; методика изучения опорных реакций при ходьбе; методика электроподографии [7].

После обследования пациентов I группы с деформирующими артрозами коленного сустава сохранившихся нижних конечностей разрабатывался индивидуальный план реабилитации, который включал в себя физиотерапевтическое и медикаментозное лечение, индивидуальное ортезирование на сохранившиеся конечности и протезирование культи бедра или голени.

Индивидуальные ортезы на коленный сустав должны обеспечивать следующие медико-технические требования: снижение болевого синдрома, не ограничивая движений при ходьбе; обеспечивать возможность индивидуального регулирования компрессии, но не нарушать трофику мелких тканей в процессе использования изделия; иметь небольшой вес и быть простым в эксплуатации.

Для выполнения перечисленных требований были разработаны индивидуальные эластичные ортезы, в состав которых входили фиксирующее силиконовое кольцо и облегченные шины, изготовленные из слоистого пластика на основе армированной акриловой смолы. Особенностью использованных материалов является их способность выполнять поставленные перед изделием задачи при его минимальном весе.

Разработанные индивидуальные шарнирные ортезы на коленный сустав обеспечивают стабилизацию и покой сегмента, снимают боль и мышечный отек. Применение облегченных шин, в сочетании с силиконовым кольцом, обеспечивает надежную фиксацию коленного сустава, ограничивая движение во фронтальной и сагиттальной плоскостях в зависимости от показаний.

Для иллюстрации применения индивидуального ортеза при односторонней ампутации приводим следующий пример.

Пациент Н-ов В.П. с ампутационным дефектом левого бедра в с/3 и остеоартрозом правого коленного сустава 2-3 степени и болевым синдромом.



Рисунок 4. Клинический пример применения индивидуального ортеза на коленный сустав

Медико-технические требования к ортезам на поясничный отдел позвоночника практически повторяют перечисленные требования к ортезам на коленный сустав и могут быть дополнены необходимостью снижения мышечного напряжения и улучшение мышечного контроля в области поясничного отдела позвоночника за счет активации проприоцепции.

Для пациентов с сопутствующими дорсопатиями поясничного отдела позвоночника была выбрана конструкция индивидуального ортеза, изготовливавшегося из эластичного «дышащего» материала на основе хлопчатобумажных и полиэфирных волокон для обеспечения максимального комфорта коже пациента. Конструкция ортеза состоит из трех элементов, что позволяет за счет плотного прилегания обеспечить компрессионный эффект. Возможность индивидуальной подгонки по форме тела обеспечивается поясом. Массажный эффект для активации проприоцепции обеспечивается силиконовой вставкой, которая крепится на внутреннюю сторону средней части ортеза с учетом индивидуальных особенностей пациента.



Рисунок 5. Общий вид ортезов на поясничный отдел позвоночника

В таблице 1 приведена динамика болевого синдрома в процессе реабилитации пациентов с применением ортезотерапии.

Таблица 1

Динамика болевого синдрома в процессе реабилитации пациентов

Период обследования	Средняя степень болевого синдрома (баллы)	
	1 группа	2 группа
До реабилитации	6,7	6,7
После реабилитации в ортезе	3,0	3,5
Динамика	3,7	3,2

Табличные данные свидетельствуют о значительном снижении болевого синдрома в случае применения ортезотерапии.

Были проведены сравнительные исследования ходьбы пациентов с последствиями травм и заболеваниями коленного сустава без ортеза и с применением ортезов на коленный сустав. Данные приведены в таблице 2.

Таблица 2

Биомеханические исследования ходьбы пациентов с последствиями травм и заболеваниями коленного сустава без ортеза и в ортезе, $M \pm m$

Условия проведения исследования	Передний толчок, % от общего веса		Задний толчок, % от общего веса		Скорость ходьбы, км/ч	Длина двойного шага, м	Коэффициент ритмичности	Показатель асимметрии нагрузки
	пораженная конечность	сохраненная	пораженная конечность	сохраненная				
без ортеза	97,26 $\pm 1,25$	105,19 ± 12	99,56 $\pm 6,84$	100,80 $\pm 3,41$	2,31 $\pm 0,87$	0,80 $\pm 0,17$	0,62 $\pm 0,06$	24,18 $\pm 2,46$
в ортезе	101,63 $\pm 1,59$	108,52 $\pm 8,15$	103,51 $\pm 6,14$	108,21 $\pm 2,94$	3,55 $\pm 0,06$	1,13 $\pm 0,02$	0,90 $\pm 0,06$	13,18 $\pm 4,83$

Биомеханические исследования опорных реакций при ходьбе показали улучшение показателей ходьбы в случае применения ортезотерапии. Так при ходьбе пациентов в ортезе отмечалось увеличение переднего толчка в среднем на пораженной конечности с от 97,26% до 101,63% от общего веса пациента, заднего толчка вертикальной составной до 103,51%, при норме 110%.

Результаты биомеханических исследований параметров статики этой группы пациентов приведены в таблице 3, где M – среднее арифметическое, m – средняя ошибка среднего арифметического.

Таблица 3

**Результаты сравнительных исследований статики больных
с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника, $M \pm m$**

Условия проведения исследования	Коэффициент опорности	Ротация центров давления, град.	Колебание общего центра давления, мм	
			фронтальная плоскость	сагитальная плоскость
Без ортеза	$0,80 \pm 0,07$	$8,3 \pm 4,8$	$5,2 \pm 1,61$	$10,6 \pm 2,1$
В ортезе	$0,96 \pm 0,03$	$5,9 \pm 4,61$	$3,4 \pm 1,04$	$5,7 \pm 1,82$

Как свидетельствуют данные таблицы 3, при стоянии пациентов в ортезе опороспособность нижних конечностей улучшается, что подтверждает увеличение коэффициента опорности (при исследовании без ортеза он составлял $0,80 \pm 0,07$, а в ортезе – $0,96 \pm 0,03$). Это происходит за счет снижения болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника при стоянии в ортезе за счет более равномерного перераспределения нагрузки на конечности. Использование ортеза уменьшает также асимметрию позы при стоянии, о чем свидетельствует уменьшение угла ротации центров давления кончиков с $8,3 \pm 4,8$ град. до $5,9 \pm 4,61$ град. Улучшается стойкость при стоянии больных, колебание общего центра давления во фронтальной плоскости при стоянии в ортезе составляет $3,4 \pm 1,04$ мм (без ортеза – $5,2 \pm 1,61$ мм), в сагитальной – $5,7 \pm 1,82$ мм (без ортеза – $10,6 \pm 2,09$ мм).

Выводы. Установлено, что использование индивидуальных ортезов разработанных конструкций для пациентов с ампутированными дефектами и последствиями травм и заболеваний нижних конечностей способствует улучшению их двигательной активности путем снижения болевого синдрома и предотвращают дальнейшее развитие дегенеративно-дистрофических изменений.

Отличительной особенностью разработанных конструкций является сочетание материалов с различными свойствами, обеспечивающие необходимую функциональность каждому элементу ортеза, что позволяет создать в целом эффективное изделие, наиболее полно учитывающее индивидуальные особенности пациентов.

Литература

1. Камчатнов, П.Р. Помощь пациенту с острой болью в спине – проблемы эффективности и безопасности / П.Р. Камчатнов, А.В. Чугунов, Х.Я. Умарова // Consilium medicum, 2010, приложение «Неврология» – №1
2. Royal College of General Practitioners, 1996; 1999.
3. Болевые синдромы в неврологической практике под. ред. А.М. Вейна – М., МЕДпресс-информ, 2001 – С.13-17.
4. Каменев, Ю.Ф. Боль в суставах при деформирующем артрозе / Ю.Ф. Каменев. – Петрозаводск, 2004. – 97 с.
5. Fink, M.G. Steigerung der muskulären Ausdauer unter Orthesenbehandlung / H.Buhck, F.Candir, Chr.Gutenbrunner, A.Gehrke // Orthopadie Technik. – 2001. – N 1. – P. 30.

6. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Под. ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М.: Антитор, 2002. – 440 с.

7. Пат. на винахід № 78439 МПК (2007) А61В 5/103. Пристрій для оцінки динамічних характеристик ходьби людини/ Салеева А.Д., Качер В.С., Роман Л.К., Василенко И.Н., Ковалько Н.Т., Галяцкий А.В., Завьялов А.В., Малиняк М.І., Рибка Є.В. – №200509249; Заявл.03.10.2005;Опубл. 15.03.2007 // Промислова власність. Офіційний бюлетень. – 2007. – №3.

Социально-психологические аспекты адаптации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата на этапе профессиональной реабилитации

Л.П. Васильева, В.Т.Старевич

УО «Государственный институт управления и социальных технологий БГУ»,
г. Минск, Республика Беларусь

На современном этапе профессиональная реабилитация людей с инвалидностью рассматривается как последовательный комплексный поэтапный процесс. Для реализации реабилитационного процесса используется большой комплекс мероприятий, направленных на профессиональное самоопределение, профессиональное обучение, восстановление трудоспособности и интеграцию в общество [4]. В настоящее время все более актуальной становится проблема профилактики, медицинской, психолого-педагогической и социальной реабилитации людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, социальной адаптации и интеграции в общество этих лиц, включение их в трудовую и общественно-полезную деятельность. Проблема социально-психологической адаптации инвалидов к условиям жизни в обществе является одной из наиболее важных сторон общей интеграционной проблемы. В последнее время этот вопрос приобрел особую важность и остроту в связи с большими изменениями в подходах к людям, которые являются инвалидами [1-6]. Решение медико-социальных проблем инвалидов является одной из наиболее важных задач политики нашего государства, которая является социально ориентированной и направленной на улучшение социального положения, повышения качества жизни инвалидов, путем создания для них безбарьерной среды жизнедеятельности в соответствии с Конвенцией ООН о правах инвалидов [1,5]. Актуальность работы определяется тем, что утраченные способности инвалидов, страдающих нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, сказываются на их социально-психологической адаптации, что, естественно, затрудняет их интеграцию в социум и профессиональную среду.

Целью исследования явилось изучение особенностей социально-психологической адаптации лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата врожденного и приобретенного характера.

Объектом исследования являлись лица с приобретенными и врожденными нарушениями опорно-двигательного аппарата, обучающиеся в

Учебном центре профессиональной реабилитации инвалидов на базе Республиканского унитарного предприятия «Белорусский протезно-ортопедический восстановительный центр» (РУП БПОВЦ). Выборку составили 30 человек, в возрастной категории 20-25 лет. Из них 19 человек – инвалиды с врожденными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, и 11 человек – с приобретенными нарушениями.

В работе были использованы следующие теоретические и экспериментальные методы исследования: беседа, метод психологического тестирования, структурного, сравнительного и социально-психологического анализа, анализа литературных источников. Исследование особенностей социально-психологической адаптации лиц с нарушением функций опорно-двигательного аппарата проводилось с помощью диагностических методик: 1) методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана (в модификации В.В. Бойко); 2) методика социально-психологической адаптации (СПА) К. Роджерса и Р. Даймонда; 3) статистический анализ проводился с помощью расчета t-критерия Стьюдента.

По результатам диагностики уровня социальной фрустрированности, как показателя социально-психологической дезадаптации, у лиц с врожденными и приобретенными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата были получены следующие данные (рисунок 1).

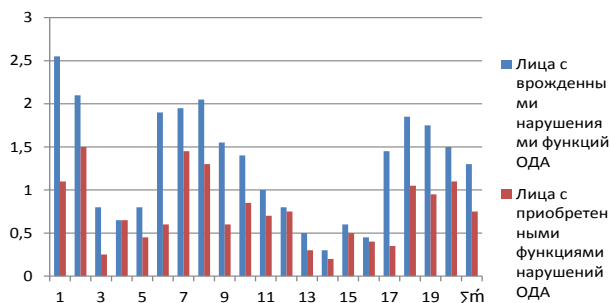


Рисунок 1. Показатели социальной фрустрированности в группах лиц с врожденными и приобретенными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (баллы)

Удовлетворены ли вы: 1 – своим образованием; 2 – взаимоотношениями с коллегами по работе; 3 – администрацией ВУЗа, ССУЗа, ПТУ; 4 – взаимоотношениями с субъектами своей профессиональной деятельности; 5 – содержанием своей работы в целом; 6 – условиями профессиональной деятельности (учебы); 7 – своим положением в обществе; 8 – материальным

положением; 9 – жилищно-бытовыми условиями; 10 – отношениями с супругой (ом), подругой (другом); 11 – отношениями с ребенком (детьми); 12 – отношениями с родителями; 13 – обстановкой в обществе (государстве); 14 – отношениями с друзьями, ближайшими знакомыми; 15 – сферой услуг и бытового обслуживания; 16 – сферой медицинского обслуживания; 17 – проведением досуга; 18 – возможностью проводить отпуск; 19 – возможностью выбора места работы; 20 – своим образом жизни в целом; Σ m-интегральный показатель.

Как видно на рисунке 1, по всем показателям, касающимся удовлетворенности различными аспектами жизнедеятельности, лица с врожденными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата демонстрируют более высокие показатели социальной фрустрированности, и соответственно характеризуются большей степенью неудовлетворенности условиями социальной жизнедеятельности по сравнению с лицами с приобретенной патологией опорно-двигательного аппарата. Из данных, представленных на рисунке 1, следует также, что у лиц с врожденными нарушениями наибольший показатель уровня социальной фрустрированности ($2,55 \pm 0,07$ балла по сравнению с $1,1 \pm 0,35$ балла во второй группе, $P < 0,001$) наблюдается по вопросу 1 – неудовлетворенность своим образованием. Наименьший показатель, находящийся в зоне практического отсутствия социальной фрустрированности, у данной группы лиц отмечен по вопросу 14, свидетельствующем о достаточно высоком уровне удовлетворенности испытуемыми взаимоотношениями с друзьями и знакомыми. У лиц с приобретенными нарушениями наибольший показатель социальной фрустрированности (1,5 балла), отмечен по вопросу 2 (удовлетворенность взаимоотношениями с коллегами по работе), однако этот показатель находится в зоне невысокого уровня фрустрированности.

На рисунке 1 также видно, что итоговый показатель уровня социальной фрустрированности выше у лиц с врожденными нарушениями функции опорно-двигательного аппарата ($1,3 \pm 0,06$ и $0,75 \pm 0,04$ у лиц с приобретенными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, $P < 0,01$). Однако, данный итоговый индекс социальной фрустрации в группе лиц с врожденными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата ($1,3 \pm 0,06$) соответствует невысокому уровню фрустрированности и свидетельствует о неплохой устойчивости данной категории лиц к неудачам и отсутствию страха трудностей. Итоговый средний показатель социальной фрустрации по выборке испытуемых с приобретенными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата составляет $0,75 \pm 0,04$ балла, что соответствует очень низкому уровню социальной фрустрированности и свидетельствует о достаточно высокой устойчивости к неудачам. Однако, по результатам исследования видно, что лица с врожденными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата демонстрируют статистически значимый более высокий уровень социальной фрустрированности по сравнению с лицами с приобретенной патологией опорно-двигательного аппарата.

рата. Это может свидетельствовать о том, что инвалиды с приобретенной патологией характеризуются большей удовлетворенностью своими достижениями и социальным ростом. Подтверждением этого факта также служат данные Учебного центра профессиональной реабилитации инвалидов, из которых следует, что инвалиды с приобретенными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, прошедшие переподготовку в их центре, более активны на рынке труда, быстрее находят новую работу.

На рисунке 2 представлены средние баллы по 13-ти показателям социально-психологической адаптации у лиц с врожденными и приобретенными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

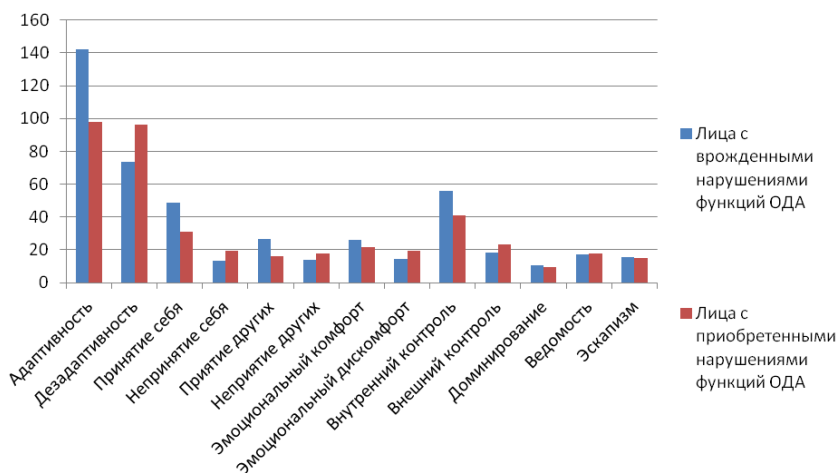


Рисунок 2. Показатели социально-психологической адаптации в группах лиц с врожденными и приобретенными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (баллы)

Из данных, представленных на рисунке 2 видны различия в уровне адаптации у лиц с врожденными и приобретенными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, выявленные по ряду показателей социально-психологической адаптации. Лица с врожденными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата демонстрируют достоверно более высокие показатели по шкалам «Адаптивность» ($p < 0,001$), «Принятие себя» ($p < 0,01$), «Принятие других» ($p < 0,01$), «Эмоциональный комфорт» ($p < 0,05$), «Внутренний контроль» ($p < 0,01$). Лица с приобретенными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата статистически значимо

превосходят лиц другой группы по показателям «Деадаптивность» ($p < 0,01$) и «Эмоциональный дискомфорт» ($p < 0,05$).

Полученные результаты частично подтверждают данные работ современных исследователей (Е.Е. Торчинская, Д. Ю. Шапоров и др.), в которых отмечается наличие признаков социальной дезадаптации у лиц с приобретенной инвалидностью, в том числе вследствие нарушений функций опорно-двигательного аппарата [2,3]. Объяснением этому может служить тот факт, что после приобретения нарушения функции опорно-двигательного аппарата (травмы, ампутации) человек испытывает выраженный эмоциональный и физический стресс, и признаки стрессовой реакции сохраняются в течение длительного периода. Эти люди, в отличие от лиц с врожденной инвалидностью, знают, каково быть полноценным и после нарушения функций опорно-двигательного аппарата им сложнее пересматривать свою систему ценностей, самооценку, принятие себя и других и в целом адаптироваться к жизни в социуме в новом статусе. Кроме того, надо учитывать, что все испытуемые – взрослые, хотя и молодые люди 20-25 лет, и у лиц с врожденными патологиями, вероятно, было больше времени на адаптацию, которая в основном пришлась на период детства, когда компенсаторные механизмы вырабатываются наиболее активно.

Таким образом, наши данные свидетельствуют о более высоком уровне социально-психологической адаптированности у лиц с врожденными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата по сравнению с лицами с приобретенной патологией.

В контексте полученных данных, по нашему мнению, весьма оправданным и продуктивным было бы в рамках социально-психологического сопровождения инвалидов на этапе профессионального обучения проведение социально-психологических коррекционных занятий, тренингов в условиях центра профессиональной реабилитации, направленных на формирование социально активной личности, способной к профессиональному становлению и развитию, самореализации, хорошо адаптирующейся к условиям меняющейся социальной и профессиональной среды.

Литература

1. Указ Президента Республики Беларусь от 24 сентября 2015 г. № 401 «О подписании Республикой Беларусь Конвенции о правах инвалидов». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: B7/40-24.09.2015.htm – Дата доступа: 01.10.2015.
2. Социальная адаптация инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата: на материалах Республики Бурятия: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук: 22.00.04/ Будаева Галина Сергеевна; [Бурятский государственный университет]. – Улан-Удэ, 2005. – 21 с.
3. Черняева, В.В., Особенности процесса адаптации инвалидов с приобретенным нарушением функций опорно-двигательного аппарата / В.В. Черняева. – Пенза, филиал РГСУ, 2013 – С. 3
4. Вастльева, Л.П. Профессиональная реабилитация: профориентация и отбор на профессиональное обучение лиц с ограниченными возможностями / Л.П. Васильева, К.Э. Зборовский. – Минск: ГИУСТ БГУ, 2012. – 124 с.

5. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 3 апреля 2007 г. № 424 «Об утверждении государственной программы по созданию безбарьерной среды жизнедеятельности физически ослабленных лиц на 2011-2015 годы». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: usitmoik.gov.by/data/bezb-sreda.doc. – Дата доступа: 01.10.2015.

6. Смычек, В.Б. Современные аспекты инвалидности / В.Б. Смычек. – Минск: БГАТУ, 2012. – 268 с.

Применение опросника «Измеритель независимости при повреждении спинного мозга» (SCIM III) у пациентов с травматической болезнью спинного мозга на этапе стационарной реабилитации

Е.М. Васильченко, В.В. Ляховецкая, С.Ю. Фроленко, В.Ф. Мищенко

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты
Российской Федерации, г. Новокузнецк, Российская Федерация

Введение. Травма позвоночника и спинного мозга является одной из наиболее актуальных проблем в реабилитации, что обусловлено многочисленными осложнениями, сопутствующими повреждению спинного мозга [1].

Как правило, у пациентов с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) диагностируются грубые функциональные нарушения, приводящие к ограничению самообслуживания и передвижения, утрате контроля тазовых функций, высокому уровню инвалидизации, социальной и психологической дезадаптации больных. Наиболее выраженные осложнения, обусловленные ТБСМ, наблюдаются у пациентов с повреждением шейного отдела спинного мозга [2].

Необходимость оценки выраженности нарушений функций, активности и участия; результатов реабилитации у данного контингента пациентов предполагает использование адекватных инструментов измерения.

В последние годы разработаны и широко используются в международной практике новые эффективные измерительные инструменты, созданные специально для пациентов с ТБСМ [1]. Наиболее валидные и чувствительные результаты в процессе реабилитационного лечения показывает «Измеритель независимости при повреждении спинного мозга» (Spinal Cord Independence Measure (SCIM III)) – новая шкала измерения нарушений для пациентов с повреждениями спинного мозга [3]. SCIM III включает обследование следующих основных областей и функций: самообслуживание (предполагает оценку от 0 до 20 баллов), дыхание и управление сфинктерами (от 0 до 40 баллов), мобильность (от 0 до 40 баллов). Каждая сфера выделена согласно ее пропорциональному

весу в общей деятельности этих пациентов. Окончательная оценка варьирует от 0 до 100 баллов.

В ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России проведена языковая и культурная адаптация данного опросника на основе технологии, изложенной в работах Beaton D.E. et al., Escorpizo R. et al. [4, 5].

Цель исследования. Оценить результаты применения русскоязычной версии опросника SCIM III «Измеритель независимости при повреждениях спинного мозга» при повреждениях спинного мозга у пациентов с тетрапарезом на этапе стационарной реабилитации.

Материалы и методы. Обследован 81 пациент с позвоночно-спинномозговой травмой, в том числе: 77 мужчин и 4 женщины. Пациенты поступили в отделение нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России для проведения мероприятий медицинской реабилитации в период с 2014 г. по 2015 г. Средний возраст пациентов составил $33,1 \pm 1$ год; средний срок после травмы – $4,5 \pm 0,4$ года. Все пациенты имели позвоночно-спинномозговую травму на уровне шейного отдела позвоночника (C6-C7).

Степень неврологического дефицита определяли по шкале ASIA. Полное нарушение проводимости по спинному мозгу типа «А» имели 27 (33,3%) человек; больные с неврологическим дефицитом типа «В» составили 26 (32,1%) человек. Неврологические нарушения типа «С» имели 15 (18,5%) человек; пациенты с типом «D» неврологических нарушений составили 13 (16,1%) человек. Все пациенты имели I группу инвалидности.

Комплекс реабилитационных мероприятий включал: медикаментозную терапию; массаж; физиолечение (теплолечение и электролечение); мероприятия лечебной физкультуры, направленные на формирование активных и рефлекторных навыков в парализованных конечностях, освоение паттернов стояния и ходьбы; аппаратную реабилитацию.

Пациентам с травмой спинного мозга на шейном уровне проводились занятия: по восстановлению функции захвата кисти; по социально-бытовой адаптации, включающей обучение навыкам личной гигиены (умывание, мытье, гигиена полости рта, уход за волосами) и навыкам самостоятельного одевания и раздевания; по восстановлению бытовых и социальных навыков; по обучению пациента перемещению в кровати, пересаживанию из кровати в кресло-коляску.

При необходимости пациентов обучали активному и безопасному передвижению на кресле-коляске.

Анкетирование с использованием опросника SCIM III проводилось специалистами отделения медико-социальной реабилитации, физиотерапии и лечебной физкультуры в начале и конце госпитализации.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA-6.0». При оценке различий выраженности нарушений жизнедеятельности до и после лечения использовался

критерий Вилкоксона. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. В ходе анализа результатов госпитальной реабилитации пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой на шейном уровне с помощью опросника SCIM III на первом этапе обследования установлено, что полностью зависимы от посторонней помощи при приёме пищи были 34 пациента, что составило 42,0% от общего числа обследованных. Требовалась частичная помощь при приёме пищи и/или при питье, либо при использовании специальных вспомогательных приспособлений 23 (28,4%) пациентам. Самостоятельно принимать пищу могли 24 (29,6%) человека.

В полной или частичной помощи при купании (верхняя часть тела) нуждались 38 (46,9%) больных с ТБСМ. При мытье нижней части тела полная или частичная помощь была необходима 42 (51,9%) обследованным больным.

В полной или частичной помощи при одевании верхней части тела нуждались 38 (46,9%) больных. Полная или частичная помощь при одевании нижней части тела требовалась 39 (48,2%) пациентам.

Зависимость от посторонней помощи при выполнении гигиенических процедур выявлена у 29 (35,8%) пациентов.

Средний балл по разделу «самообслуживание» составил $9,7 \pm 0,3$.

Анализ нарушений жизнедеятельности у пациентов с ТБСМ по разделу «управление сфинктерами» показал, что одному больному с тетраплегией требовалась искусственная вентиляция лёгких, что составило 1,2% от общего числа больных. Также только один больной нуждался в кислороде, значительной помощи при кашле и управлении трахеальной трубкой (1,2%) и одному пациенту была необходима незначительная помощь при кашле и управлении трахеальной трубкой (1,2%). Остальные пациенты – 78 (96,3%) – дышали самостоятельно без использования дополнительных приборов.

Анализ данных контроля мочеиспускания показал, что постоянный катетер был у 10 (12,3%) человек. Степень выраженности нарушения мочевыделительной функции в опроснике включает такие параметры, как: объем остаточной мочи, проведение интермиттирующей катетеризации, применение внешних дренажных приборов, посторонняя помощь. У 14 (17,3%) пациентов с тетраплегией определяли статус: интермиттирующая катетеризация; большие перерывы между катетеризацией; дренажный прибор не применяется. Нормальные параметры контроля сфинктера наблюдали у 57 (70,4%) больных.

Большинство пациентов с ТБСМ, а именно 71 (87,7%) человек имели проблемы при дефекации, в том числе: непостоянный или редкий стул был у 48 (59,3%) больных; посторонняя помощь на фоне постоянного стула требовалась 23 (28,4%) пациентам.

В полной или частичной помощи при пользовании туалетом нуждались 39 (48,1%) пациентов с ТБСМ. Могли самостоятельно проводить гигиенические процедуры при посещении туалета, но при этом нуждались в частичной помощи 9 (11,1%) больных. Не нуждались в помощи при пользовании туалетом 20 (24,7%) больных с ТБСМ. При этом 13 (16,1%) пациентам требовались специальные устройства или приспособления.

Средний балл по разделу «дыхание и управление сфинктерами» составил $24,3 \pm 0,7$.

При движении в кровати полностью зависели от посторонней помощи 25 (30,9%) человек. Могли выполнять несколько действий (от одного до трех) самостоятельно 20 (24,7%) человек. Не нуждались в посторонней помощи 36 (44,4%) человек.

При перемещении из кровати в кресло-коляску требовалась помощь во всём 36 (44,4%) больным. Нуждались в частичной помощи или присмотре, либо в специальных вспомогательных устройствах или приспособлениях 15 (18,5%) пациентов. Выполняли действия самостоятельно или не нуждались в кресле-коляске 30 (37,1%) больных.

При перемещении из кресла-коляски на унитаз полная помощь была нужна 36 (44,4%) больным. Нуждались в частичной помощи или присмотре, либо в специальных вспомогательных средствах 16 (19,8%) пациентов. Выполняли действие самостоятельно 29 (35,8%) человек.

Средний балл по разделу «мобильность» (в комнате и туалете) составил $5,3 \pm 0,5$.

Передвижение в помещении: требовалась помощь во всём 18 (22,2%) пациентам. Требовалось электрическое кресло-коляска или частичная помощь в ручном управлении креслом-коляской 26 (32,1%) больным. Самостоятельно передвигались на кресле-коляске 24 (29,6%) больных, включенных в исследование. Могли ходить под наблюдением и/или с использованием дополнительных средств опоры (ходунки, костыли, трости), или полностью самостоятельно (без наблюдателя и технических средств реабилитации) 13 (16,1%) пациентов.

При передвижении на улице на короткие дистанции требовалась помощь во всём 18 (22,2%) пациентам. Требовалось электрическое кресло-коляска или частичная помощь в ручном управлении креслом-коляской 27 (33,3%) больным. Самостоятельно передвигались на кресле-коляске 23 (28,4%) больных. Остальные 13 (16,1%) пациентов могли ходить под наблюдением и/или с использованием дополнительных средств опоры (ходунки, костыли, трости), либо полностью самостоятельно (без наблюдателя и технических средств реабилитации).

При передвижении на улице на дистанции более 100 м требовалась помощь во всём 23 (28,4%) пациентам. Требовалось электрическое кресло-коляска или частичная помощь при ручном управлении креслом-коляской

30 (37,0%) больным. Самостоятельно передвигались на кресле-коляске 19 (23,5%) больных. Остальные 9 (11,1%) пациентов могли ходить под наблюдением и/или с использованием дополнительных средств опоры (ходунки, костыли, трости), либо полностью самостоятельно (без наблюдателя и технических средств реабилитации).

Подъём и спуск по лестнице был невозможен для 64 (79,0%) пациентов. Могли подниматься и спускаться по ступенькам с посторонней помощью, под присмотром или с использованием дополнительной опоры 17 (21,0%) пациентов. Преодолеть 3 ступеньки без присмотра и без помощи не мог ни один из пациентов.

При перемещении из кресла-коляски в автомобиль требовалась помощь во всём 45 (55,6%) больным. В частичной помощи, присмотре или дополнительных устройствах нуждались 24 (29,6%) больных. Двенадцать (14,8%) пациентов могли самостоятельно переместиться в автомобиль.

Требовалась помощь при перемещении с пола на кресло-коляску 67 (82,7%) больным. Остальные 14 (17,3%) человек были самостоятельны.

Средний балл по разделу «мобильность» (в помещении и на улице) составил $6,1 \pm 0,7$.

Общий балл первого этапа по опроснику составил $45,4 \pm 2,3$.

Установлено, что у 11 (13,6%) пациентов зафиксирована положительная динамика по разделу «самообслуживание» по разным позициям. Независимости от полной посторонней помощи при приеме пищи удалось достичь у 2-х (2,5%) больных; еще 2-е (2,5%) больных перестали нуждаться в частичной посторонней помощи при приеме пищи и/или при питье.

Степень самостоятельности при мытье верхней части тела возросла у 2-х (2,5%) пациентов; при мытье нижней части тела – у 11 (13,6%) больных.

У 10 (12,3%) больных удалось достичь самостоятельности при выполнении гигиенических процедур.

Средний балл по разделу «самообслуживание» после проведения стационарной реабилитации увеличился до $9,9 \pm 0,3$ ($p \leq 0,05$).

По остальным разделам опросника положительной динамики не выявили.

Выводы. Таким образом, использование русскоязычной версии опросника SCIM-III позволило подробно описать выраженность нарушений жизнедеятельности пациентов с тетрапарезом вследствие травмы позвоночника и спинного мозга с учетом нуждаемости в посторонней помощи и вспомогательных технических устройствах; выявить пациентов с положительной динамикой на фоне реабилитационных мероприятий и определить сущность улучшений, достигнутых в ходе реабилитации. Данный измерительный инструмент, несомненно, будет полезен в отечественной практике

реабилитации контингента больных с травматической болезнью спинного мозга.

Литература

1. Иванова, Г.Е. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / под общ. ред. Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А. Поляева. – М.: ОАО «Московские учебники и Картолиитография». – 2010. – 640 с.
2. Herrmann, K.H. Differences in functioning of individuals with tetraplegia and paraplegia according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) / K.H. Herrmann, I. Kirchberger, F. Biering-Sørensen, A. Cieza // *Spinal Cord*. – 2011. – Vol. 49, № 4 – P. 534-543.
3. Itzkovich, I. The Spinal Cord Independence Measure (SCIM) version III: reliability and validity in a multi-center international study / M. Itzkovich, I. Gelemter, F. Biering-Sørensen et al. // *Disability and rehabilitation*. – 2007. – Vol. 29, № 24. – P.1926-33.
4. Beaton, D.E. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures / D.E. Beaton, C. Bombardier, F. Guillemin, M.B. Ferraz // *Spine*. – 2000. – Vol. 25, № 24. – P. 3186-3191.
5. Escorpizo, R. Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation: Application and Implementation of the ICF / R. Escorpizo, S. Brage, D. Homa, G. Stucki // *New York.: Springer*. – 2014. – 571 p.

Основные положения профессиональной реабилитации пациентов после трансплантации органов (печени, почки, сердца)

Е.В. Власова-Розанская

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Профессиональная реабилитация (ПР) – комплекс мероприятий, направленных на полное или частичное восстановление трудоспособности, включающий профессиональную ориентацию, профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации инвалидов. Профессиональная реабилитация неразрывно связана с трудовой реабилитацией – комплексом мероприятий, направленных на обеспечение возможности получения и (или) сохранения подходящей работы, включающим адаптацию к трудовой деятельности и рациональное трудоустройство.

Профессиональную реабилитацию следует разделить на три этапа:

- профессиональную ориентацию, завершающуюся выбором профессии;
- профессиональное обучение, заканчивающееся получением новой профессии;
- трудоустройство на специализированное рабочее место, трудовая адаптация к нему либо только трудовая адаптация к рабочему месту общего профиля.

Профессиональная ориентация инвалидов включает в себя:

- анализ медицинского, психологического, образовательного, про-

фессионального и социального уровней инвалидов и их возможного развития;

- профессиональную информацию и консультацию;
- профессиональный подбор.

Рациональное трудоустройство пациента или инвалида, перенесшего трансплантацию органа, предполагает наиболее полное соответствие функциональных возможностей организма требованиям, предъявляемым профессией, как в плане преимущественного использования наиболее развитых функций, так и в плане охраны функционально неполноценного органа или системы, т.е. способность пациента или инвалида длительное время работать на данном рабочем месте в конкретных производственных условиях без ущерба здоровью.

Профессиональная реабилитация пациентов после трансплантации органов базируется на интегральной оценке клинико-функциональных, психологических и социальных факторов и их сопоставления с требованиями, предъявляемыми профессией и условиями труда пациента.

На данном этапе реабилитации решаются следующие задачи:

1. Проведение экспертизы профессиональной пригодности, а при отсутствии профессии – профессиональная ориентация,

2. Профессиональный подбор новой профессии, профессиональная адаптация к подобранной профессии,

3. Тренировка профессионально значимых функций пациента с помощью различных физических средств, в том числе, с использованием целенаправленной трудотерапии на конкретном рабочем месте или стендовых моделей трудовых процессов,

4. Консультирование и оказание помощи в медико-социальных и психологических аспектах в целях адаптации к новому состоянию, выработки установок к активной трудовой реабилитации и сотрудничеству со специалистами-реабилитологами,

5. Консультация и оказание помощи в вопросах профессиональной реабилитации и восстановления профессиональной престижности с учетом предыдущей деятельности,

6. Выдача рекомендаций и оказание услуг в медико-социальных, бытовых, психологических аспектах, связанных с приобщением пациента или инвалида к трудовой деятельности, для обеспечения его нормального существования при ограниченных возможностях и наличии спецусловий, необходимых для инвалида и его участия в трудовой деятельности

К организациям, занимающимся профессиональной и трудовой реабилитацией, относятся:

- учреждения образования;
- комитет по труду, занятости и социальной защите Минского городского исполнительного комитета, управления (отделы) по труду, занятости и социальной защите областных, городских, районных исполнительных

комитетов;

- организации, создающие рабочие места для инвалидов, и организации, осуществляющие адаптацию инвалидов к трудовой деятельности;
- организации общественных объединений инвалидов, занимающиеся профессиональной и трудовой реабилитацией;
- иные организации, занимающиеся профессиональной и трудовой реабилитацией.

Индивидуальные предприниматели занимаются профессиональной и трудовой реабилитацией инвалидов в порядке, определенном законодательством Республики Беларусь.

Программа профессиональной реабилитации для пациентов после трансплантации органов (почек, печени, сердца)

В программе профессиональной реабилитации указываются:

- полученное (получаемое) образование,
- последнее место работы;
- должность, профессия по последнему месту занятости;
- дата увольнения, причина увольнения.

Указывается: учащийся, студент, слушатель учреждения образования (наименование учреждения образования)

Приводятся сведения о реабилитационных мероприятиях:

1. Освоение содержания образовательных программ
2. Нуждаемость в трудоустройстве по профессии, специальности (направление специальности, специализации)
3. Нуждаемость в адаптации к трудовой деятельности в профессии, должности
4. Нуждаемость в оснащении рабочего места специальными приспособлениями для осуществления трудовой деятельности

На первом этапе проводится оценка медико-социального статуса пациента (инвалида), где учитывается полученное (получаемое) образование, профессиональный маршрут. Определяется основная профессия. Указывается наличие инвалидности, группа и причина в течение всего периода наблюдения. Учитываются условия труда на предыдущих местах работы. Оценивается профессионально-трудовой статус, характеристика условий труда, связанных с занятостью в профессии, предъявляющих требования к дефектной функции.

Далее проводится определение допустимых условий труда для пациентов после трансплантации органов. При проведении профессиональной реабилитации пациентов после трансплантации органов оценивается физическое и психоэмоциональное состояние, определяются противопоказанные производственные факторы, доступные классы тяжести и напряженности труда.

В качестве критериев, допустимых к трудовой занятости пациентов, мы определили следующие:

- оптимальные и допустимые санитарно-гигиенические условия производственной (рабочей) среды (1 и 2 классы) по физическим (шум, вибрация, инфразвук, ультразвук, электромагнитные излучения, микроклимат), химическим (вредные вещества, аэрозоли, преимущественно фиброгенного действия) и биологическим (микроорганизмы, включая патогенные, белковые препараты) факторам;

- работа преимущественно в свободной позе, сидя, с возможностью смены положения тела, в отдельных случаях стоя или с возможностью ходьбы;

- рабочее место, соответствующее эргономическим требованиям;

- работа, преимущественно не связанная со значительными перемещениями (переходами);

- работа преимущественно в одну (дневную) смену;

- работа, характеризующаяся незначительной (1 класс) и средней интеллектуальной, сенсорно-эмоциональной нагрузкой без ответственности за безопасность других людей и собственную жизнь;

- работа без выраженной монотонности нагрузок.

В случаях, когда необходимо снизить общий показатель класса условий труда, с целью максимальной сохранности профессиональной пригодности выбирается для дозирования временем и объемом наиболее выраженные показатели.

Основные требования к санитарно-гигиеническим производственным факторам, допустимым для пациентов после трансплантации органов: температура воздуха на рабочем в помещении в теплый период года до $+22^{\circ}\text{C}$, в холодный период – не ниже $+17^{\circ}\text{C}$ - $+19^{\circ}\text{C}$ при влажности воздуха до 60%, незначительных колебаниях атмосферного давления.

Показанные и противопоказанные факторы трудового процесса для пациентов после трансплантации органа.

Противопоказана работа в неблагоприятных условиях: умеренное или выраженное постоянное физическое напряжение; постоянная ходьба; значительное нервно-психическое напряжение, быстрый заданный темп работы; неблагоприятные микроклиматические и метеорологические условия (высокие и низкие температуры, перепады температуры и атмосферного давления, повышенная влажность, загазованность и т.д.); контакт с токсическими веществами; контакт с ионизирующим и неионизирующим (лазерным) излучением, электромагнитным излучением УВЧ и СВЧ, общая и локальная вибрация, контакт с токсическими веществами, белково-витаминными концентратами, аллергенами, промышленными аэрозолями, работа на высоте, около механизмов; работы, связанные с ненормированным рабочим днем, командировками, быстрым переключением внимания в условиях дефицита времени, высокой или низкой температурой окружающей среды, вынужденным положением тела.

Показано: лица интеллектуального труда могут продолжать работу, не связанную со значительным нервно-психическим напряжением в кабинетных условиях, с уменьшением объема трудовой деятельности или в специально созданных условиях.

При подборе профессии учитывается физическая работоспособность, доступная категория тяжести и напряженности по условиям труда, тренированность и опыт. Для оценки доступных классов тяжести и напряженности труда используются показатели энергетической оценки физической деятельности и показатели нагрузочных тестов (велоэргометрии, тредмилэргометрии, 6-минутный шаговый тест и др.), учитывается эффект трудовой терапии

Фотомагнито- и ультрафотонотерапия в лечении и реабилитации пациентов с остеоартрозом

Н.В. Войченко, А.В. Волотовская, Е.А.Сущенко

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Высокая социальная значимость остеоартроза (ОА) данной патологии обусловлена такими клиническими проявлениями, как боль, ограничение объема движений, нарушение функции суставов, что приводит к ухудшению качества жизни и социальной активности пациента [1-5]. Неуклонное прогрессирование заболевания и развитие необратимых дегенеративных изменений в суставе в конечном итоге вызывает необходимость хирургического лечения – протезирования сустава. Все это обуславливает постоянный поиск лечебно-реабилитационных методов, замедляющих темп прогрессирования патологических нарушений, позволяющих воздействовать на основные клинические проявления заболевания и увеличить функциональные возможности пациента [6,7].

ОА рассматривают как комплексное дегенеративное поражение всех тканей сустава, в том числе хрящевой ткани, субхондральной кости, суставной капсулы, сумки и фасции. В основе патогенеза ОА лежит совокупность механических и биологических процессов, вызывающих дисбаланс между синтезом и деградацией хондроцитов, во внеклеточном матриксе, в субхондральной кости [3,8].

На фоне широкого применения при реабилитации пациентов с ОА арсенала медикаментозных средств, достаточно эффективно используются и немедикаментозные методы реабилитации, к которым относятся физиотерапевтические [9]. В настоящее время наибольшая доказательная база по эффективности использования физических методов при заболеваниях сус-

тавов представлена по применению ультразвукового, магнитного и оптического излучения [9,10].

Ультразвук (УЗ) обладает выраженным противовоспалительным, болеутоляющим, спазмолитическим, рассасывающим, трофическим, гипосенсибилизирующим и антиаллергическим действием, широко применяется в реабилитации пациентов с заболеваниями суставов [9].

В последние десятилетия успешно применяются при различных заболеваниях, в том числе при ОА, источники импульсных магнитных полей, а также светодиодные источники. Известно, что низкочастотная магнитотерапия обладает противовоспалительным действием, связанным с влиянием на синтез простагландинов, стабилизацией мембран тучных клеток и базофилов, торможением выброса гистамина и других медиаторов. Магнитотерапия оказывает вазоактивный, противоотечный, трофический и анальгезирующий эффекты [11]. Действие оптического излучения зависит от длины волны, что предопределяет дифференцированный подход к его использованию. Так, красному и инфракрасному излучению присущи физиологические и лечебные эффекты, сходные с эффектами, вызываемыми низкочастотными магнитными полями, что обеспечивает усиление терапевтического действия при сочетании этих двух физических факторов и лежит в основе одного из новых сочетанных физиотерапевтических методов – фотомангнитотерапии [11,12,13].

Разработка методов комплексного применения физических факторов, обеспечивающих более выраженный терапевтический эффект, представляется весьма важной в реабилитации пациентов с ОА.

Цель работы – повысить эффективность лечения и реабилитации пациентов с дегенеративными заболеваниями суставов конечностей и позвоночника путем разработки и внедрения метода, основанного на комплексном применении физиотерапевтических воздействий – ультрафонотерапии и фотомангнитотерапии.

Материал и методы. Нами было проведено обследование и лечение 68 пациентов с остеоартрозом коленных и тазобедренных суставов. Средний возраст пациентов составлял $62,3 \pm 2,1$ года, длительность заболевания – $9,5 \pm 5,6$ лет. I-ая рентгенологическая стадия остеоартроза была диагностирована у 36-ти, II-ая – у 32-х пациентов.

Пациенты основной группы на фоне приёма хондропротекторов и нестероидных противовоспалительных средств получали ежедневно комплексную физиотерапию: фотомангнитотерапию (аппарат «ФотоСПОК», ОДО «Магномед», Беларусь) и ультрафонотерапию на область пораженного сустава без перерыва между двумя процедурами. Параметры фотомангнитотерапии: индукция магнитного поля 25 ± 5 мТл, плотность потока мощности комбинации инфракрасного (920-960 нм) и красного (610-680 нм) оптического излучения $3,5 \pm 0,5$ мВт/см², длительность воздействия до 10 мин. Ультрафонотерапию применяли лабирально в импульсном режиме,

при интенсивности 0,4-0,6 Вт/см², длительности воздействия 5-6 минут на сустав. В качестве контактной среды использовали ультразвуковой гель. У пациентов с поражением симметричных суставов в один день проводили комплексное физиотерапевтическое воздействие на оба сустава по приведенной методике. Курс лечения составил 10 процедур. Контрольная группа пациентов получала курс ультрафоновотерапии в количестве 10-ти процедур на фоне аналогичной медикаментозной терапии.

Эффективность проведенного лечения оценивали по динамике индекса WOMAC, интенсивности боли в суставе (по 100-бальной визуально-аналоговой шкале ВАШ) до и после курса лечения. Качество жизни пациентов исследовали с помощью общего опросника SF-36.

Результаты. После проведенного курса лечения у пациентов отмечено клиническое улучшение в обеих группах. 22 человека основной группы (48%) указывали на уменьшение болевого синдрома уже после 3-й процедуры, в контрольной группе существенное уменьшение болевого синдрома пациенты отмечали только после 5-6-ой процедуры. Уменьшение припухлости сустава, болезненности при пальпации, снижение локальной гипертермии пораженных суставов наблюдалось в обеих группах. К моменту завершения курса физиотерапевтических процедур значительное улучшение и улучшение отметили 93,8 % пациентов основной группы и 73% пациентов контрольной группы. При этом выявлено снижение боли при движении по ВАШ на $37 \pm 2,7$ баллов в основной и на $26 \pm 2,5$ – в контрольной группе, боль в покое уменьшилась на $41 \pm 5,3$ балла в основной и на $37 \pm 1,4$ – в контрольной группе, болезненность при пальпации снизилась на $22 \pm 4,7$ балла в основной и на $16 \pm 3,3$ – в контрольной группе. Положительная динамика показателей индекса WOMAC – уменьшение боли, увеличение подвижности в суставах, увеличение повседневной активности наблюдалось в основной и контрольной группах, однако положительная динамика показателей в основной группе достигалась быстрее.

Анкетирование пациентов с использованием опросника SF 36 выявило ухудшение параметров качества жизни пациентов с остеоартрозом, преимущественно за счет физического компонента здоровья. В первую очередь это касалось шкалы «физическая боль», связанной с интенсивностью болевого синдрома, его продолжительностью, а также степенью влияния боли на способность пациента к выполнению повседневной нагрузки. Большинство пациентов с остеоартрозом отметили невозможность выполнения тяжелых физических нагрузок. Наличие болевого синдрома приводило к ухудшению физического функционирования, связанного с ограничением пациентов при ходьбе на различные расстояния, подъеме по лестнице. Уменьшение физической активности оказывало влияние на ролевое физическое функционирование пациентов.

За счет снижения болевого синдрома, увеличения объема движений в суставах улучшились показатели шкалы «физическая боль» – на 86% в ос-

новой и на 75% в контрольной группе. Изменился в положительную сторону такой показатель, как «физическое функционирование» – на 33% в основной группе и на 27% в контрольной.

Расширение физической активности, уменьшение интенсивности боли приводило и к возрастанию социальной активности, связанной с влиянием болевого синдрома и эмоционального состояния на повседневную активность.

Физическое состояние пациентов после курса лечения в меньшей степени оказывало негативное влияние на выполнение работы и повседневную деятельность – расширился объем выполняемой работы, для выполнения своих обычных дел пациентам требовалось меньше усилий, о чем свидетельствуют положительные изменения шкалы «ролевое физическое функционирование».

Таким образом, предложенный комплекс – фотоманнитотерапия и ультрафототерапия на область суставов позволяет улучшить качество жизни пациентов с остеоартрозом за счет влияния на такие параметры как физическая боль, физическое функционирование и ролевое физическое функционирование.

Следует так же отметить, что большинство пациентов основной группы (91,3%) оценили переносимость проведенного комплекса физиопроцедур как отличную и хорошую. Побочных явлений при проведении комплексной физиотерапии выявлено не было.

Выводы. Комплексное использование ультразвука (ультрафототерапия), импульсных магнитных полей и оптического излучения (фотоманнитотерапия) при лечении и реабилитации пациентов с заболеваниями суставов уменьшает болевой синдром, увеличивает функциональную способность пациентов, улучшает качество жизни. Данный метод может быть рекомендован к применению в комплексной реабилитации пациентов с остеоартрозом.

Литература

- 1.Лесняк, О.М. Клинические рекомендации. Остеоартрит. Диагностика и ведение больных остеоартритом коленных и тазобедренных суставов/ под ред. О.М. Лесняк. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 176 с.
- 2.Мазуров, В.И. Клиническая ревматология: руководство для практических врачей / В.И. Мазуров. - СПб, 2005. – 416 с.
- 3.Насонова, В.А. Остеоартроз коленного сустава: причины развития, диагностика и профилактика / В.А. Насонова // CONSILIUM MEDICUM//. –2003. – Т. 5. № 2. С. 46-51.
- 4.Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова // Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. - М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. –320 с.
- 5.Лыткина, К.А. Качество жизни больных остеоартрозом / К.А. Лыткина, Л.В. Сидорова, П.А. Воробьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении: Научно-практический рецензируемый журнал. – 2007. – № 5. – С. 54-60
- 6.Григорьева, В.Д. Медицинская реабилитация больных остеоартрозом / В.Д. Григорьева, Н.Е. Федорова, Г.О. Шавианидзе // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация – 2003. – № 2. – С. 48–50.

7. Медицинская реабилитация. /Под ред. В.М.Боголюбова. Т.1, изд. 2. - М., 2007. – С.293-294.
8. Chu, C.R., Early diagnosis to enable early treatment of pre-osteoarthritis / C.R Chu, A.A Williams, C.H Coyle, M.E Bowers //Arthritis Reseach and Therapy. – 2012. Jun. 7; 14(3). – С. 212.
9. Физиотерапия: национальное руководство. Абрамович С.Г., Адилов В.В., Антипенко П.В. и др. / Под ред. Г.Н. Пономаренко. 2009. – 864 с.
10. Nicolakis P, Kollmitzer J, Crevenna R, Bittner C, Erdogmus CB, Nicolakis J. Pulsed magnetic field therapy for osteoarthritis of the knee-a double-blind sham-controlled trial. //Wien Klin Wochenschr. – 2002. Aug 30; 114(15-16).P. 678-684.
11. Абрамович, С.Г. Комплексная физиотерапия: пособие для врачей /С.Г. Абрамович, Е.О. Коровина. – Иркутск.: РИО ИГИУВа, 2009. – 32 с.
12. Волотовская, А.В. Основные принципы комплексного применения лечебных физических факторов. Учебно-методическое пособие / А.В. Волотовская, Л.Е. Козловская. – Минск: БелМАПО, 2012. – 30 с.
13. Волотовская, А.В. Магнитофототерапия: применение аппарата «ФотоСПОК» в клинической медицине./ А.В. Волотовская, В.С. Улащик, А.С.Плетнев // – Минск, 2011. – 73 с.

Показатели работы реабилитационного неврологического отделения №2 городского центра медицинской реабилитации

И.Г. Гиль, А.Н. Филиппович

УЗ «11-я городская клиническая больница», г. Минска, Республика Беларусь
ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Реабилитационное неврологическое отделение №2 городского центра медицинской реабилитации развернуто на 65 коек. В отделении оказывается плановая реабилитационная помощь пациентам неврологического профиля. В отделение госпитализируются пациенты по направлениям всех городских поликлиник и клинических больниц города Минска.

Медицинские показания к направлению в отделение:

- мозговые инсульты в раннем и позднем восстановительных периодах, в период последствий (до 2-х лет) с наличием умеренных и выраженных двигательных и речевых нарушений;
- черепно-мозговая травма тяжелой и средней степени тяжести в раннем и позднем восстановительных периодах, в период последствий (до 2-х лет) с наличием умеренных и выраженных двигательных и речевых нарушений;
- состояния после нейрохирургических операций в раннем и позднем восстановительных периодах, в период последствий (до 2-х лет) с наличием умеренных и выраженных двигательных и речевых нарушений по поводу:
- доброкачественных образований головного мозга;
- сосудистых мальформаций, аневризм сосудов головного мозга;

- воспалительных заболеваний нервной системы с умеренными и выраженными двигательными и речевыми нарушениями, ранний и поздний восстановительный периоды;

- заболевания и травмы периферической нервной системы с умеренными и выраженными ограничениями передвижения и самообслуживания.

Противопоказания для госпитализации:

- все заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения;

- невозможность самостоятельно передвигаться в пределах отделения;

- психические расстройства;

- нарушение функции тазовых органов;

- инкурабельные онкологические заболевания;

- эпилепсия с частотой припадков чаще 1 раза в месяц;

- рецидивирующая тромбоэмболия;

- тромбоз и другие острые сосудистые заболевания сосудов;

- недостаточность кровообращения 2Б- 3 степени;

- рефрактерная артериальная гипертензия, частые гипертонические кризы, сложные нарушения ритма;

- все заболевания с наличием синдрома зависимости к алкоголю, наркотическим и психическим веществам.

В работе с поликлиниками города и стационарными отделениями патологии сосудов головного мозга налажена четкая преемственность в отборе контингентов пациентов, направляемых на реабилитацию в неврологическое реабилитационное отделение согласно приказам МЗ РБ и комитета по здравоохранению Мингорисполкома. Систематически происходит обмен информацией с заместителями главных врачей по МЭиР указанных учреждений по всем возникающим в данном разделе работы проблемам, в том числе, по дефектам направления на реабилитацию, по отбору контингентов пациентов, направляемых на стационарный этап реабилитации. В отделении проводятся консультации специалистами РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации.

Пациенты проходят реабилитацию в течение 25 дней. Преимущество отдается пациентам в раннем и позднем восстановительном периоде. Однако на повторные курсы принимаются и пациенты с последствиями и отдаленными последствиями до 3-5 лет. Комплексная реабилитация направлена на восстановление двигательных функций, нормализации мышечного тонуса, восстановление речи, координации, равновесия, улучшения фона настроения. Существует мультидисциплинарная бригада, в состав которой входят: невролог, врач ЛФК, психолог, логопед, врач- физиотерапевт. Эта бригада составляет непосредственно на каждого пациента индивидуальную программу реабилитации.

Медикаментозная реабилитация играет важную роль в жизни пациентов перенесших ОНМК. Основные группы препаратов, используемые

для лечения: антигипертензивные, антиагреганты, антикоагулянты, антиоксиданты, сосудистые препараты, антидепрессанты, противосудорожные препараты и многие другие.

С целью улучшения понимания проблемы на базе отделения созданы школы здоровья: школа больных афазией, школа пациента, перенесшего ОНМК, школа больных третьего возраста.

Каждого пациента осматривает психолог с целью уточнения фона настроения, выявления тревоги или депрессии, а также степени когнитивных нарушений.

Врач-физиотерапевт назначает лечение, учитывая сопутствующую патологию. Сюда входят электропроцедуры, водные процедуры и многие другие.

Важную роль играет инструктор ЛФК. Он подбирает определенный вид кинезотерапии, ЛФК, направленную на координацию движений.

Реабилитационное отделение оборудовано следующим:

Оснащение ЛФК:

1. Locohelp (тренажер для локомоторной тренировки)
2. Amadeo (для тренировки верхних конечностей)
3. Thera-Vital
4. Balance Trainer
5. Велотренажер
6. Кардиокруизер – кушетки для Бобат-терапии пр-во Германия
7. Блочные тренажеры
8. Мотомед
9. Имитатор ходьбы «ИМИТРОН»
10. Оборудование медицинское для пассивной реабилитации верхних и нижних конечностей 2015 г.в.

В целях формирования здорового образа жизни у населения врачами и медсестрами отделения проведено 54 беседы. В отчетном периоде работали школы здоровья:

- школа больного инсультом (проведено 47 занятий, посещений – 376);

- школа больного афазией (проведено 49 занятий, посещений – 286);

- школа 3-го возраста (проведено 306 занятий, посещений – 353).

Например, в 2015 году прошли курсы лечения и реабилитации 917 пациентов, в т.ч. 509 пациентов и 408 инвалидов:

- 1 группы - 73,

- 2 группы - 271,

- 3 группы - 64.

В результате проведенной реабилитации:

- у 826 пациентов наступило значительное улучшение (на 1 и более ФК), в т.ч. у 455 пациентов и 371 инвалидов;

- у 52 пациентов – незначительное улучшение (динамика в пределах 1 ФК), в т.ч. у 18 пациентов и 34 инвалидов;
- у 2 пациентов динамики ограничений жизнедеятельности не отмечено.

Анализируя качественные показатели деятельности отделения, следует отметить, что практически все основные показатели работы отделения выполнены и улучшены в сравнении с аналогичным периодом 2014 года.

План пролеченных больных выполнен на 100,2% (в 2014 г. – 98,1%), выполнение плана койко-дней – 95,3% (в 2014 г. – 94,4%), занятость койки составила 334,4 дня (в 2014 – 331,2 дня) при плане 351 день, средний оборот койки составил 14,1 (в 2014 – 13,8) при плане 14,0, средняя длительность пребывания на койке – 23,8 дня (в 2014 – 24,0 дня) при плане 25,0.

Снижение выполнения основных плановых показателей работы отделения в 2015 году связано с:

- недостаточно налаженной преемственностью с 13, 14, 15, 27, 30 поликлиниками, направившими на реабилитацию по 1-2 пациенту;
- недогруженностью реабилитационного (неврологического) отделения №3 (основной поток пациентов перенаправлялся в отделение №3);
- сокращением потока пациентов в летний период;
- в период 11.12.2015-28.12.2015 отделение частично было перепрофилировано в острое неврологическое согласно приказа КЗ МГИК.

Основными задачами отделения являются:

- восстановление нарушений функций физическими, психологическими. Логопедическими, медикаментозными и другими методами реабилитации
- формирование у пациентов навыков и мотиваций к здоровому образу жизни.

Мероприятия медицинской реабилитации при ожоговом поражении пищевода

В.В. Голикова, В.М. Рустамов

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Мероприятия медицинской реабилитации осуществляются на всех этапах оказания медицинской помощи детям с ожоговым поражением пищевода: в остром периоде, в раннем и позднем восстановительном периоде, а также в периоде отдаленных последствий ожогового поражения пищевода.

В остром периоде ожогового поражения пищевода мероприятия медицинской реабилитации детям с ожоговым поражением пищевода включаются в объем специализированной хирургической помощи в виде отдельных методов медицинской реабилитации.

Ребенок с подозрением на проглатывание агрессивного вещества неизвестного состава, рассматривается как пациент, пострадавший от самого агрессивного вещества и ему оказывается медицинская помощь, как при ожоге тяжелой степени, до получения результатов диагностики.

При нарастании симптомов дыхательных расстройств и симптомов общей интоксикации организма, пациент госпитализируется в отделение интенсивной терапии и реанимации, а при их отсутствии – в хирургическое отделение.

Мероприятия медицинской реабилитации направлены на создание лечебного положения пациента, обеспечение оксигенации тканей организма, купирование болевого синдрома, коррекцию ситуационного эмоционального состояния у ребенка и его законных представителей.

Пациенту придается возвышенное положение корпуса (Фоулеровское), назначается увлажнение верхних дыхательных путей воздушной или воздушно-кислородной смесью (соотношение «атмосферный воздух: кислород» задается исходя из данных исследования кислотно-основного состояния организма и сатурации), проводится психокоррекционная беседа с законными представителями ребенка и коррекция эмоционального состояния ребенка.

После купирования болевого синдрома и коррекции гомеостатических показателей, осуществляются мероприятия физической реабилитации, направленные на профилактику вторичных осложнений: нарушения местной микроциркуляции в зоне компрессии кожного покрова, застойных явлений в нижних отделах легких. С этой целью назначается: лечение положением, постуральный дренаж, вибрационный массаж, дыхательная гимнастика по общим методикам.

Данные мероприятия осуществляются на фоне патогенетической и симптоматической терапии.

В дальнейшем мероприятия медицинской реабилитации и их объем применяются дифференцированно от степени ожогового поражения пищевода.

С целью оптимизации подбора мероприятий медицинской реабилитации для пациентов с ожоговым поражением пищевода используются критерии степени ожогового поражения пищевода, которые разработаны в рамках научно-исследовательской работы и дифференцированы на 0, 1, 2, 3 и 4 степени в зависимости от клинических и клинико-инструментальных (рентгенологических, эндоскопических).

Диагностика степени ожогового поражения пищевода осуществляется на основании анализа совокупности клинических признаков, результа-

тов эндоскопического (фиброэзофагогастродуоденоскопия - не ранее 24 часов от момента ожога) и рентгеноскопического (или рентгенографического) методов исследования. Рентгенологическое исследование проводится при условии отсутствия нарушений сознания и дыхательных расстройств, при наличии акта глотания.

При 0 степени ожогового поражения пищевода назначается полупостельный режим двигательной активности на период диагностики, а в дальнейшем – общий режим двигательной активности; диетотерапия: первые 1-2 суток диета П (протертая пища), а в дальнейшем диета Б (базовый рацион); психотерапевтическая коррекция; медикаментозная терапия (обволакивающие лекарственные средства).

При 1 степени ожогового поражения пищевода назначается полупостельный режим двигательной активности первые 3-4 суток; диетотерапия: первые 3-4 суток диета П, а в дальнейшем диета Б; психотерапевтическая коррекция; мероприятия физической реабилитации (лечебная гимнастика, массаж (классический, ручной) грудной клетки с элементами постурального дренажа); медикаментозная терапия перорально (антибактериальные лекарственные средства, ингибиторы протонной помпы, обволакивающие и адсорбирующие лекарственные средства).

При 2 степени ожогового поражения пищевода назначается полупостельный режим двигательной активности; диетотерапия: диета П; психотерапевтическая коррекция; мероприятия физической реабилитации (лечебная гимнастика, массаж (классический (ручной)) грудной клетки с элементами постурального дренажа); медикаментозная терапия перорально (антибактериальные лекарственные средства; ингибиторы протонной помпы; адсорбирующие, обволакивающие и улучшающие трофику и стимулирующие процесс регенерации лекарственные средства или комплексное средство: жирогормональная смесь).

При 3 и 4 степени ожогового поражения пищевода назначается постельный режим двигательной активности; парентеральное питание; психотерапевтическая коррекция; мероприятия физической реабилитации (мероприятия, направленные на профилактику вторичных осложнений); медикаментозная терапия парентерально (антибактериальные лекарственные средства, ингибиторы протонной помпы, лекарственные средства, улучшающие трофику и стимулирующие процесс регенерации).

Острый период химической, электрохимической травмы пищевода длится от момента ее получения до 7-10 суток. После завершения острого периода пациенты, находящиеся в отделении интенсивной терапии и реанимации переводятся в хирургическое отделение. Пациенты, имеющие ожоговое поражение пищевода 0,1 степени в дальнейшем стационарном лечении и диагностике не нуждаются и выписываются для наблюдения врачом-педиатром по месту проживания (пребывания).

Пациенты с ожоговым поражением пищевода 0,1 степени не подлежат диспансерному наблюдению и не нуждаются в мероприятиях медицинской реабилитации.

Пациентам с 2, 3, 4 степенью ожогового поражения пищевода на 10-12 сутки проводится диагностическое эндоскопическое исследование для уточнения глубины и протяженности поражения пищевода, коррекции объема проводимого лечения и подбора мероприятий медицинской реабилитации.

Подбор мероприятий медицинской реабилитации данной категории пациентов выполняется дифференцированно в зависимости от степени ожогового поражения пищевода.

При 2 степени ожогового поражения пищевода назначается общий режим двигательной активности; диетотерапия: диета Б; психотерапевтическая коррекция; ингаляционная терапия; мероприятия физической реабилитации (лечебная гимнастика, массаж (классический, ручной) грудной клетки с элементами постурального дренажа, пешеходные прогулки); медикаментозная терапия перорально (антибактериальные лекарственные средства, ингибиторы протонной помпы, обволакивающие и адсорбирующие лекарственные средства).

При 3 степени ожогового поражения пищевода назначается полупостельный режим двигательной активности; диетотерапия: диета П; психотерапевтическая коррекция; ингаляционная терапия; мероприятия физической реабилитации (лечебная гимнастика, массаж (классический, ручной) грудной клетки с элементами постурального дренажа, вибрационный массаж); медикаментозная терапия перорально (антибактериальные лекарственные средства, ингибиторы протонной помпы, лекарственные средства, улучшающие трофику и стимулирующие процесс регенерации).

При 4 степени ожогового поражения пищевода назначается полупостельный режим двигательной активности; диетотерапия: пробное энтеральное кормление (при условии, что ребенок в состоянии глотать): вода – при отсутствии дискомфорта – бульон – при отсутствии дискомфорта – стол П; психотерапевтическая коррекция; ингаляционная терапия; мероприятия физической реабилитации (мероприятия, направленные на профилактику вторичных осложнений, лечебная гимнастика, массаж (классический, ручной) грудной клетки с элементами постурального дренажа, вибрационный массаж); медикаментозная терапия парентерально (антибактериальные лекарственные средства, ингибиторы протонной помпы, лекарственные средства, улучшающие трофику и стимулирующие процесс регенерации).

Сроки антибактериальной терапии определяются индивидуально в соответствии с медицинскими показаниями.

На 18-20 сутки проводится рентгеноскопическое исследование, по результатам которого определяется тактика дальнейшего лечения и медицинской реабилитации ребенка.

При 2 степени ожогового поражения пищевода, подтвержденной рентгенологически, пациенты не нуждаются в дальнейшем лечении и выписываются из стационара.

При 3, 4 степени ожогового поражения пищевода к 18-20 суткам у пациентов начинают формироваться последствия ожогового поражения пищевода в виде рубцовых стриктур, которые в данный период представлены эластичной рубцовой тканью. Рентгеноскопическое исследование позволяет определить признаки тяжести формирующихся рубцовых изменений пищевода, а при недостаточности полученной информации применяется дополнительное эндоскопическое исследование.

После проведения диагностики пациентам осуществляется раннее внутриспросветное расширение формирующихся рубцовых стриктур пищевода с периодичностью манипуляций 2 раза в неделю в течение 2-х недель; затем – 1 раз в неделю в течение последующих 2-х недель с оценкой прогноза темпов стенозирования пищевода.

Если в течение данного периода у ребенка не наступает рестенозирования, и по оценке данных рентгеноскопии и эндоскопии проходимость и диаметр пищевода в зоне формирующейся рубцовой стриктуры соответствует возрастному, ребенок выписывается для наблюдения в амбулаторно-поликлинические условия по месту проживания (пребывания).

Дальнейшее нахождение в стационаре показано пациентам, у которых диаметр просвета пищевода, при внутриспросветном расширении формирующихся рубцовых стриктур регрессирует до критического уровня, соответствующего дисфагии 3, 4.

При тотальном поражении пищевода с формированием протяженной или многоуровневой стриктуры, а также извитой (эксцентричной, штопоробразной) стриктуры, при возникновении осложнений (перфорации пищевода с развитием медиастинита), показано выполнение гастростомии для обеспечения энтерального кормления и внутриспросветного расширения пищевода путем бужирования за нить.

Окончательное формирование рубцовых стриктур наступает после 3-4 месяцев от даты ожога. Рубцовое сужение пищевода в зависимости от степени тяжести ранжируется по функциональным классам (далее – ФК): ФК1 – легкое сужение, ФК2 – умеренное, ФК3 – выраженное, ФК4 – резко выраженное сужение.

При ФК1, ФК2 рубцового сужения пищевода ребенок подлежит наблюдению врачом-хирургом в амбулаторно-поликлинических условиях. При стабильном клинико-функциональном состоянии в течение 6 месяцев ребенок не нуждается в малоинвазивных манипуляциях по увеличению просвета пищевода в рубцовой зоне. Если в течение 6 месяцев после ожо-

га, данное состояние является персистирующим в связи с периодическим рестенозированием, то такой пациент подлежит проведению продленного внутрипросветного расширения пищевода – стентирования.

При ФК3, ФК4 рубцового сужения пищевода дети подлежат продленному внутрипросветному расширению путем постановки стента в соответствии с медицинскими показаниями.

Реализация мероприятий медицинской реабилитации контролируется на протяжении всего курса стационарного лечения и отражается в дневнике наблюдения.

При выписке ребенка из стационара оценивается клиническая эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, указывается степень выраженности рубцового сужения пищевода, выдается выписка из медицинских документов ребенка с рекомендациями.

Включение мероприятий медицинской реабилитации в процесс восстановления функциональных возможностей пациента, нарушенных вследствие ожогового поражения пищевода, позволит повысить эффективность медицинской помощи таким пациентам, а порядок проведения мероприятий медицинской реабилитации в зависимости от ожогового поражения пищевода будет способствовать снижению частоты возникновения рубцовых стенозов пищевода и сокращению сроков восстановления самостоятельного приема соответствующей возрасту пищи.

К вопросу о профессиональном консультировании абитуриентов, учащихся и выпускников учреждений профессионального образования

Л.Н. Горустович, Л.А. Овсянникова, Т.В. Чумакова, К.В. Кулеш

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Законодательством Республики Беларусь гарантируются гражданам доступность основного, в том числе профессионального образования. Государство оказывает поддержку молодежи в получении образования, создает и обеспечивает для этого необходимые условия, в том числе путем: финансирования из средств республиканского и (или) местных бюджетов функционирования государственных учреждений образования; создания специальных условий для получения образования молодыми гражданами с особенностями психофизического развития и др. [1, 2].

В современных условиях профессионально-техническое, среднее специальное и высшее образование является одним из важнейших источников формирования кадрового потенциала отраслей экономики и социальной сферы в Республике Беларусь, гарантом интеллектуального, культурного и духовно-нравственного развития молодежи.

Одной из главных задач социального развития государства, его экономики является формирование трудовых ресурсов страны и, в первую очередь, за счет квалифицированных специалистов, получивших профессиональное образование и (или) профессиональную подготовку. Продолжительность профессиональной деятельности, рост профессионального мастерства специалистов находится в прямой зависимости от состояния их здоровья, пригодности к выполнению профессионального труда, условий труда на рабочем месте.

За последние 10 лет выявлены негативные тенденции в показателях физического развития подростков. Снижается доля подростков с нормальным физическим развитием.

Лабораторией экспертизы профессиональной пригодности проведено комплексное научное исследование абитуриентов, учащихся и выпускников (молодых специалистов) в количестве 357 человек учебных заведений профессионального образования: профессионально-технического, среднего специального и высшего, в том числе на этапах производственной, квалификационной практики, предоставление первого места работы.

Применение и коррекция технологии медико-профессиональной экспертизы и реабилитации (разработанной в ГУ «РНПЦ МЭ и Р»), а также принципа индивидуального подхода позволили изменить заключения о профессиональной пригодности в пользу профессиональной занятости около 80% молодых специалистов, признанных организациями здравоохранения непригодными к профессиональному труду по результатам предварительных медосмотров [3].

Предметом исследований являлись: нормативные и распорядительные документы (материалы), регламентирующие проведение медико-профессионального консультирования абитуриентов и учащихся учебных заведений профессионального образования, их готовность к профессиональной занятости [4-9].

Нами были выделены три основные группы исследования (рисунок 1):

1. Молодые специалисты, выпускники учебных заведений профессионально-технического, среднего специального и высшего образования:

1.1 признанные непригодными для занятости на первом рабочем месте, предоставленном в качестве гарантированной меры социальной защиты, по результатам предварительного медосмотра, согласно заключению врачебно – консультативных комиссий (далее – ВКК) организаций здравоохранения;

1.2 допущенные к работе на первом рабочем месте по результатам предварительного медицинского осмотра и в период занятости, направленные на внеочередной медицинский осмотр в связи с прогнозируемыми противопоказаниями к продолжению работ по условиям труда (в том числе по причине впервые диагностированных заболеваний).

2. Учащиеся учебных заведений профессионально-технического, среднего специального и высшего образования, у которых определены противопоказания к работе в связи с:

2.1 впервые диагностированным заболеванием и прогнозируемыми противопоказаниями к будущей профессиональной деятельности;

2.2 уточнением и (или) расширением перечня «профессиональных вредностей», связанных с характером и условиями труда в осваиваемой профессии, объективизированным данными аттестации условий труда.

3. Абитуриенты учебных заведений профессионально-технического, среднего специального и высшего образования, направленные в ГУ «РНПЦ МЭ и Р» для первичной профориентации и медико-профессионального консультирования.

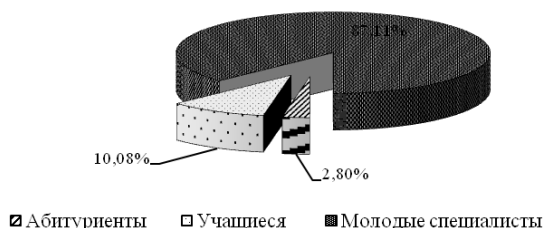


Рисунок 1. Количественная характеристика основных групп исследования (n = 357)

Большую часть исследуемых (63,03%) составили учащиеся и молодые специалисты мужского пола. Соответственно, количество исследуемые женского пола составили 36,97%. Преимущественное количество исследуемых (около 80%) зачислены для обучения в возрасте до 18 лет (15-17 лет).

Примерно 90 % исследуемых (абитуриентов, студентов, молодых специалистов) учебных заведений высшего образования были признаны непригодными (по медицинским противопоказаниям) к работе на первом рабочем месте. В то же время каждый из них при поступлении в учебное заведение предоставил медицинскую справку о годности к обучению.

Данный факт позволяет предполагать низкое качество или отсутствие коррекционного профессионального консультирования на этапе поступления и обучения в учебном заведении профессионального обучения.

По результатам профконсультирования в РНПЦ МЭ и Р были уточнены: заключения о пригодности на первом рабочем месте; заключения о пригодности в освоенной профессии и рекомендации к условиям рационального трудоустройства. На рисунке 2 представлены результаты профессионального консультирования.

Так, из 347 молодых специалистов, признанных негодными к занятости на первом рабочем месте, по результатам выполненных нами исследований видно, что показатель объективной оценки негодности в освоенной молодыми специалистами профессии на базе 3-х уровней профессионального образования остается стабильным. Так признаны негодными в освоенных профессиях 30,46% выпускников учреждений профтехобразования, 6,59% выпускников учреждений среднего специального образования и 6,78% выпускников учреждений высшего образования. То есть выполненные нами исследования подтверждают низкий уровень медико-профессионального консультирования в учреждениях здравоохранения.

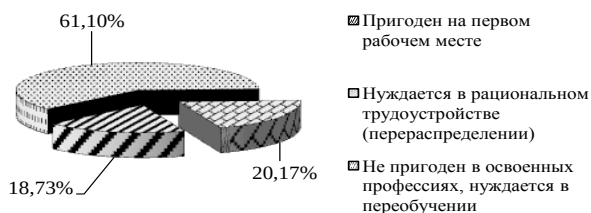


Рисунок 2. Распределение абитуриентов, учащихся и выпускников учреждений профессионального образования по результатам профконсультирования (n=347)

Применение разработанной технологии позволило снизить показатель утраты годности на первом рабочем месте и в профессии выпускников учебных заведений профессионального образования до 20,17%, в том числе для выпускников ССУЗов до 19,78%, ВУЗов до 16,95% на этапе предварительного медицинского осмотра по сравнению с результатами медицинских осмотров, выполненных в поликлиниках. Для выпускников ПТУЗов показатель утраты годности на первом рабочем месте и в профессии снижен до 30,46%.

Таким образом, социальный и экономический эффект применения элементов реабилитационных технологий значителен, так как позволит обеспечить:

- возвращение подготовленных специалистов к профессиональной деятельности во все сферы экономики народного хозяйства, устранение трудовых потерь, сохранение трудового потенциала страны;

- обоснование необходимости возврата в бюджет средств за обучение, необоснованное медицинскими показаниями к последующей занятости (заключения организаций здравоохранения о показаниях к профессио-

нальному обучению: суммы к возврату в бюджет составляет от 11 млн. бел. руб. (ПТО) до 50 млн. бел. руб. (ВУЗ));

- определение этапов профконсультирования, выполняемого в организациях здравоохранения, на которых возможна коррекция заключений о годности учащихся к профессиональному обучению по избранной специальности.

Литература

1. Об основах государственной молодежной политики: Закон Респ. Беларусь от 7 дек. 2009 г. № 65-3: в ред. Закона Респ. Беларусь от 10 июля. 2012 г. № 426 – 3 // Консультант Плюс: Беларусь Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Наццентр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

2. Белорусское образование в контексте международных показателей / сборник Министерства образования Республики Беларусь; аналитическое издание – Минск: Учреждение «Главный информационно-аналитический центр Министерства образования Республики Беларусь», 2013. – 74 с.

3. Инструкция по применению «Технология экспертизы профессиональной пригодности и профессиональной трудоспособности больных и инвалидов для применения в кабинетах медико-профессиональной реабилитации МРЭК»: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 2008г., регистрационный № 215-120 8– Минск: ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», 2011 – 45с.

4. Об утверждении инструкции о порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 28 апр. 2010г., №47: в ред. постановления Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 26 апр. 2011г., №31 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр. – Минск, 2014.

5. Инструкция по применению «Гигиеническая оценка характера трудовой деятельности по показателям тяжести и напряженности труда»: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь, 13 июня 2013 г., регистрационный № 027 – 1212 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр. – Минск, 2014.

6. Об утверждении санитарных норм, правил и гигиенических нормативов 13-2-2007 «Гигиеническая классификация условий труда»: постановление министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 20 дек. 2007г., № 176// Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр. – Минск, 2014.

7. Об установлении предельных норм подъема и перемещения несовершеннолетними тяжестей вручную: постановление министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.10.2010 г. № 134 // Консультант Плюс. Беларусь Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр., Наццентр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2013.

8. Санитарные нормы и правила «Гигиеническая классификация условий труда»: постановление министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 декабря 2012 № 211//Консультант Плюс. Беларусь Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр., Наццентр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2013.

9. Инструкция по применению «Технология экспертизы профессиональной пригодности и профессиональной трудоспособности больных и инвалидов для применения в кабинетах медико-профессиональной реабилитации МРЭК»: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 2008г., регистрационный № 215-1208 – Минск: ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», 2011 – 45с.

Психотерапевтические аспекты в реабилитации при эпилепсии

И.В. Григорьева, Т.В. Докукина, Ф.П. Хлебоказов, М.М. Махров

ГУ «РНПЦ психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

Во многих странах мира люди с эпилепсией имеют высокий процент инвалидности. По статистическим данным первую группу имеют 2-4%, вторую 50-60%, третью 35-40% пациентов [1]. Причем, большинство людей с третьей группой продолжают работать под социальной защитой в специально созданных условиях труда, а при первой и второй группе остается мало шансов на полную реабилитацию данных лиц. Существенным является, что в течение пяти лет до определения бессрочной группы инвалидности у них существует большая возможность благодаря своевременному проведению реабилитационных мероприятий с включением психотерапевтических программ проведения процесса ресоциализации и реадaptации [1].

Большинством людей слово «эпилепсия» воспринимается негативно. Эпилепсия может сочетаться с психологическими и социальными проблемами. Больные эпилепсией иногда страдают от непонимания и отчуждения со стороны окружающих, испытывают трудности при поступлении на работу, ощущают крушение надежд, озлобление, недостаток безопасности. Данные проблемы для них являются часто более серьезными, чем приступы.

Даже в самых развитых странах действующие законодательные положения значительно ограничивают социальную активность, приводя к социальной дезадаптации пациентов и изоляции [2, 3]. Несмотря на то, что адекватная противозепилептическая терапия позволяет добиться ремиссии заболевания у 50-70% пациентов, нежелательные побочные эффекты могут наблюдаться со стороны когнитивной и репродуктивной сферы [4].

По данным ряда авторов, только 35-40% пациентов с эпилепсией □ социально адаптированы: у 50% отмечаются те или иные проблемы, связанные с реакцией, как на саму болезнь, так и на обусловленные ею социальные ограничения с формированием чувства неполноценности, ущербности, а иногда и развитием депрессии [5].

Общество в настоящее время не готово к принятию того факта, что эпилепсию можно вылечить, а пациента полностью реабилитировать и восстановить в правах [6]. Психологическая нагрузка, обусловленная контактом или проживанием с человеком, у которого есть эпилепсия, приводит часто к значительному эмоциональному напряжению со стороны родственников, относительно частоты и структуры приступов, которое поэтому по принципу обратной связи отрицательно сказывается на самом пациенте. Решение вопросов адаптации микросоциальной среды относительно

пациентов с эпилепсией представляет актуальность не только для преодоления эффектов стигматизации, но и для их психологической адаптации от негативных реакций социального окружения [7, 8].

Известно, что эпилепсия поддается лечению приблизительно в 70% случаев и в настоящее время работ отражающих эффективность вклада психотерапии и психокоррекции в терапевтический процесс улучшения состояния при эпилепсии недостаточное количество [8].

Человек, которому установлен диагноз «эпилепсия», нуждается в постоянной психологической и психотерапевтической поддержке, на всех этапах лечения и реабилитации с целью коррекции физического, психологического и социального функционирования, нарушенного вследствие эпилепсии.

Наиболее деформированными у пациентов с эпилепсией являются те стороны жизненного функционирования, которые непосредственно ассоциированы с приступами и их последствиями. Это физическая безопасность и защищенность, зависимость от пожизненного приема лекарственных средств и периодических изменений в процессе подбора новых терапевтических схем, частого физического дискомфорта в до и постприступном периоде, отмечающиеся когнитивные нарушения и повышенная утомляемость, переизбыток отрицательных и недостаток положительных эмоций, сложность сексуальных отношений, финансовые затруднения, ограничения возможностей в развлечениях и отдыхе, приобретении новых навыков и умений.

Высокий уровень социальной фрустрации пациентов с эпилепсией значительно снижает их качество жизни и оценку своего физического, психологического и социального функционирования, уровень защищенности и независимости [8].

Вышеперечисленные особенности определяют эффективные «терапевтические мишени» для проведения психотерапевтических воздействий, направленные, как на изменение системы отношений пациента к самому себе, так и последствий эпилепсии. Чем раньше они получают адекватную психотерапевтическую помощь, тем лучше их перспективы взаимодействия с самим собой и окружающими, развития и динамики гармоничных и продуктивных отношений в масштабах всей жизни.

Цель исследования: оценить эффективность действия психотерапевтической программы для пациентов с психическими и поведенческими расстройствами при эпилепсии.

Материалы и методы. В исследование были включены 53 пациента с наличием в личном анамнезе согласно МКБ-10 диагнозов из рубрик F 06.4 - F 06.7, F 07.0 вследствие G.40.0 - G.40.06, , возраст от 25 до 55 лет. Пациентам основной группы (I) в дополнение к стандартной медикаментозной терапии проводилась психотерапевтическая программа, продолжительностью 20 встреч, пациенты контрольной группы (II) получали меди-

каментозную терапию противосудорожными лекарственными средствами. Психологическое исследование проводилось с применением шкалы реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) Спилберга-Ханина (1976).

Результаты. В I группе наблюдалось 30 пациентов: 24 женщин (80%) и 6 мужчин (20%), во II группе – 23 пациента: 15 женщин (65,2%) и 8 мужчин (34,8%).

При поступлении в стационар эмоциональные нарушения выявлялись практически у всех пациентов в виде жалоб на постоянное чувство тревоги, относительно неизвестности возникновения следующего приступа или серии приступов, опасения возможной травматизации тела, колебания настроения до и после приступов. У 80% пациентов имелась вторая группа инвалидности, и у них отмечался наиболее высокий уровень тревоги, как в связи с потерей работы, так и постоянного наличия чувства неустойчивости, обремененности и вины перед родными, имеющейся социальной изоляции. Выявленные особенности определили эффективные «терапевтические мишени» для психотерапевтических воздействий, направленные, как на изменение системы отношений пациента к самому себе, окружающим, так и к последствиям эпилепсии.

Цели психотерапевтической программы: оказание помощи в разрешении имеющегося негативного психотравмирующего опыта связанного со стигматизацией, имеющихся социальных и семейных конфликтов и травм, опосредованно влияющих на эмоциональное состояние и поведение пациента с эпилепсией; семейная психотерапия пациента с эпилепсией и его семьи, нормализация жизненного стиля; обучение самостоятельной работе с антистрессовыми телесными зонами для максимального нивелирования отрицательных последствий до и после эпилептического приступа; формирование позитивных моделей поведения и научение технологии оказания самопомощи, обучение навыкам совладания с эпилептическим дистрессом; создание приверженности на возможность получения хороших терапевтических результатов в процессе терапии и изменения системы отношений пациента к самому себе, окружающим и к последствиям эпилепсии; помощь в образовании и включении внешних и внутренних ресурсных взаимоотношений с самим собой, семьей, социальной средой. Выход из директории эпилептического хронического болевого поведения и проведение процесса ресоциализации – восстановление социального и личностного статусов, поддержание процесса реадaptации и динамического функционирования в обществе.

Психотерапевтическая программа включала четыре последовательных этапа: информационно-мотивирующий, релаксационный, перестроительный, стабилизационный.

Информационно-мотивирующий этап: способствовал установлению контакта и взаимопонимания с пациентом, созданию условий для получе-

ния доступа к информации способствующей повышению адаптации к лечебно-активизирующему режиму сеансов; ориентации на возможность получения хороших терапевтических результатов.

Релаксационный этап: включал освоение навыков релаксации для снятия телесного напряжения в до и постприступном периоде, отдаленном периоде после приступов; продолжение занятий после выписки из стационара по программе релаксации и интеграции мозговой деятельности.

Переформирующий этап: переформирование негативного опыта и составление набора альтернативных конструктивных подходов, новых индивидуальных вариантов реагирования и функционирования.

Стабилизационный этап: формирование позитивных моделей поведения и технологий оказания самопомощи и совладания с эпилептическим дистрессом; научения работе с антистрессовыми телесными зонами для нивелирования отрицательных последствий до и после приступа, подключение ресурсов изменения для собственной актуализации в будущем.

Проведенный анализ показал наличие умеренно выраженной РТ у пациентов обеих групп до проведения психотерапии – $31,07 \pm 2,1$; $30,65 \pm 2,86$; и снижение ее до уровня низких показателей после терапии $22,13 \pm 1,72$; $29,22 \pm 2,45$ ($p < 0,05$) в I группе. Выявлено наличие высоких показателей ЛТ в I и II группе до психотерапии – $51,6 \pm 1,81$; $48,39 \pm 1,76$; и снижение уровня ЛТ в I группе после терапии до умеренного уровня $40,57 \pm 1,63$ ($p < 0,05$). Полученные результаты характеризуют снижение по обоим уровням РТ и ЛТ в I группе ($p < 0,05$), что подтверждает эффективность применения психотерапевтической программы у пациентов с эпилепсией.

Заключение. Проведение в процессе реабилитации психотерапевтической программы способствует повышению формирования у пациентов с эпилепсией позитивных моделей поведения и успешности процесса ресоциализации и реадaptации в целом.

Литература

1. Инвалидность при эпилепсии/ [Электронный ресурс]. – 2016. – Режим доступа: <http://www.medinsult.ru/epilepsia/invalidnost.html>. – Дата доступа: 23.02.2016.
2. Baskind, R. Epilepsy-associated stigma in sub-Saharan Africa: The social landscape of a disease / R. Baskind, G.L. Birbeck // *Epilepsy Behav.* – 2005. – № 7 (1) P. 68-73.
3. Sartorius, N. Fighting stigma: theory and practice / N.Sartorius // *The Image of Madness*/ ed. by Guimon J., Fisher W., Sartorius N. – Basle. – 1999. – P. 96-105.
4. Громов, С.А. Лечение и реабилитация больных эпилепсией / С.А. Громов, В.С. Лобзин. – СПб.: Образование, 1993. – 238 с.
5. Громов, С.А. Современные аспекты реабилитации больных эпилепсией /С.А. Громов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – №8. – С.14-18.
6. Тюменкова, Г.В. Стигматизация и дискриминация больных эпилепсией / Г.В. Тюменкова // Российский психиатрический журнал. – 2005. – №4. – С.51-57.
7. Baskind, R. Epilepsy-associated stigma in sub-Saharan Africa: The social landscape of a disease / R. Baskind, Birbeck G.L. // *Epilepsy Behav.* – 2005. – № 7 (1) P. 68-73.

8. Вассерман, Л.И., Михайлов В.А., Табулина С.Д. Психологическая структура качества жизни больных эпилепсией. Пособие для врачей. – СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2008. – 22 с.

Актуальность и перспективы новых подходов к медицинской реабилитации расстройств шизофренического спектра

Т.А. Емельянцева, Л.Г. Казак

ГУ «РНПЦ психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,

пос. Городище, Республика Беларусь

В Республике Беларусь в 2015г. впервые было признано инвалидами вследствие шизофрении, шизоаффективных, шизотипических и хронических бредовых расстройств (далее – расстройств шизофренического спектра) 583 чел., из них 571 чел. в возрасте 18 лет и старше, 571 чел. в трудоспособном возрасте, 12 чел. являлись детьми.

Уровень первичной инвалидности вследствие данной патологии составил 0,62 на 10 тыс. населения, в том числе:

среди взрослых – 0,74 на 10 тыс. населения,

среди трудоспособных – 1,01 на 10 тыс. населения,

среди детей – 0,07 на 10 тыс. населения (таблица 1).

Таблица 1

Первичная инвалидность вследствие расстройств шизофренического спектра в Республике Беларусь в 2015г.

Возрастные группы	Кол-во инвалидов	ПИ (на 10 тыс. населения)
Все население	583	0,62
Взрослые (18 лет и старше)	571	0,74
Трудоспособные (18-54(59) лет)	549	1,01
Дети (младше 18 лет)	12	0,07

Таким образом, в сравнении с предыдущими годами отмечается рост первичной инвалидности у взрослых вследствие расстройств шизофренического спектра на 21% (таблица 2).

Таблица 2

Динамика показателей первичной инвалидности (ПИ) вследствие расстройств шизофренического спектра в Республике Беларусь

Год	Кол-во инвалидов среди взрослых (18 лет и старше)	ПИ на 10 тыс. взрослого населения (18 лет и старше)
2013г.	488	0,6
2014г.	471	0,6
2015г.	571	0,74

При анализе региональной структуры первичной инвалидности было выявлено, что наибольшее число впервые признанных инвалидами вследствие расстройств шизофренического спектра проживало в г. Минске (115 чел.), далее следовала Витебская область (92 чел.) и Гомельская область (84 чел.). Меньше всего человек было признано инвалидами вследствие расстройств шизофренического спектра в Могилевской области (64 чел.).

Уровень первичной инвалидности вследствие данной патологии был наибольшим в Витебской области (0,77 на 10 тыс. населения).

Наименьший уровень отмечен в Брестской области (0,55 на 10 тыс. населения) (таблица 3).

Таблица 3

Региональная структура первичной инвалидности вследствие расстройств шизофренического спектра в Республике Беларусь в 2015г.

Регион	Кол-во инвалидов	ПИ (на 10 тыс. населения)
Брестская область	77	0,55
Витебская область	92	0,77
Гомельская область	84	0,59
Гродненская область	72	0,68
Минская область	79	0,56
Могилевская область	64	0,60
г. Минск	115	0,60
Республика Беларусь	583	0,62

Анализ тяжести инвалидности трудоспособного населения показал, что чаще всего вследствие расстройств шизофренического спектра устанавливалась 2 группа инвалидности – в 56,3% случаев (309 чел.).

В 43,5% (239 чел.) случаев устанавливалась 3 группа инвалидности.

Наиболее тяжелая 1 группа инвалидности была установлена только 1 чел. (0,2%).

Таким образом, тяжесть первичной инвалидности (суммарный удельный вес 1 и 2 групп инвалидности) вследствие расстройств шизофренического спектра составила 56,5% (таблица 4).

Таблица 4.

Распределение лиц, впервые признанных инвалидами в возрасте 18-59 (54) лет вследствие расстройств шизофренического спектра в Республике Беларусь в 2015 г.

Группа инвалидности	Кол-во инвалидов	%
1 группа	1	0,2
2 группа	309	56,3
3 группа	239	43,5
Всего	549	100,0

Проведенный анализ показателей первичной инвалидности и вследствие расстройств шизофренического спектра на современном этапе позволил сделать несколько выводов:

1. Необходима разработка и внедрение единых подходов к экспертно-диагностической оценке пациентов с расстройствами шизофренического спектра;

2. Требуется концептуально новая унифицированная модель медицинской реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра, в основе которой лежат системный биопсихосоциальный подход, принципы доказательной медицины и обоснованное использование бюджетных средств.

В рамках выполнения ОНТП «Реабилитация, экспертиза, предупреждение инвалидности» на 2015-2020 годы, задания «Разработать и внедрить логистическую модель медико-социальной реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра с использованием Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья» (далее – МКФ)» с целью разработки и внедрения метода комплексной дифференцированной медицинской реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра согласно МКФ планируется решить следующие задачи:

1. Определить базовый список кодов МКФ, необходимый для разработки функциональных и реабилитационно-экспертных критериев с учетом условий оказания специализированной медицинской помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра в Республике Беларусь;

2. Провести комплексный анализ взаимоотягивающего влияния клинико-функциональных и психосоциальных факторов у пациентов с расстройствами шизофренического спектра на степень тяжести функциональных нарушений по основным категориям жизнедеятельности в соответствии с кодами МКФ;

3. Определить критерии реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза медицинской реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра с учетом кодов МКФ;

4. Определить маршруты реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра в зависимости от реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза с использованием кодов МКФ и разработать комплексные программы реабилитационных мероприятий для каждого маршрута с учетом этапов реабилитации (раннего стационарного, стационарного, амбулаторного, домашнего, позднего стационарного);

5. Повысить эффективность мультидисциплинарного взаимодействия специалистов при оказании специализированной помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра.

Литература

1. Емельянцева, Т.А. Диалектика инвалидности в связи с психическими заболеваниями / Т.А. Емельянцева // Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации психических и поведенческих расстройств» // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – Брест, 2014. – С.54-59.

2. Старцев, А.И. Психиатрическая помощь населению Республики Беларусь 2014г / А.И. Старцев, Т.В. Короткевич, Т.С. Голубева // Информ.-стат. сб. Министерства здравоохранения Республики Беларусь, ГУ «РНПЦ психического здоровья». – Минск: Профессиональные издания, 2015. – С.106-109.

Этапы оценки реабилитационного потенциала личности пациента

Т.В. Жукова, Г.А. Емельянов, Е.Ф. Святская

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Хронические заболевания, являясь хроническим стрессом для пациента, препятствуют его стремлению к самоактуализации, к развитию его как личности. Психогенные состояния, возникающие в связи с соматическим заболеванием, нередко определяют медицинское поведение пациентов, в том числе соблюдение врачебных рекомендаций, способствуют ограничениям в бытовой и профессиональной деятельности.

Среди многочисленных эмоциональных состояний у соматических пациентов в первую очередь выделяют и описывают такие, как тревога, эмоциональное напряжение, депрессия, агрессия, состояние фрустрации, состояние эмоционального стресса. Многими авторами анализируется роль негативных эмоциональных состояний в развитии психосоматических заболеваний.

Изучению состояния тревожности у пациентов уделяется значительное внимание как зарубежными, так и отечественными авторами. Состоя-

ние тревоги возникает, когда индивид воспринимает определенный раздражитель или ситуацию как несущие в себе актуально или потенциально элементы опасности, угрозы, вреда.

Изучение такого эмоционального состояния как депрессия показывает ее патогенное влияние на физическое здоровье человека. Обычными проявлениями депрессивных расстройств являются «страдания и ощущения печали, потеря аппетита, бессонница, уход от социальных контактов, раздражительность, ослабление интересов и способности к концентрации, а так же озабоченность жалобами на физическое состояние» (Раттер М., 1997).

Хотя социальная активность и ежедневная деятельность все чаще предлагается исследователями в качестве основных критериев оценки влияния болезни на человека, этот вопрос недостаточно хорошо представлен в литературе, в первую очередь, по причине отсутствия до последнего времени соответствующих методик оценки.

Основные усилия реабилитолога должны быть направлены на ликвидацию или уменьшение имеющихся нарушений, ограничений жизнедеятельности, что в конечном итоге должно способствовать устранению или уменьшению социальной дезадаптации пациента с хронической соматической патологией (ИБС, ХОБЛ и др.).

Психологические факторы – важная составляющая РП (реабилитационного потенциала), так как одним из стержневых принципов реабилитации является опора на личность пациента. Поэтому актуальной становится оценка особенностей психологического статуса с точки зрения эффективности проведения реабилитационных мероприятий у конкретного человека, с учетом индивидуальных характеристик личности и психического состояния.

Существуют методики оценки психологических факторов, определяющих реабилитационный потенциал личности у пациентов, перенесших инсульт. Однако до настоящего времени не было способа оценки РП у пациентов с психоэмоциональными расстройствами при хронической соматической патологии, что необходимо для создания индивидуальной программы психологической реабилитации лиц данной категории.

Методика оценки РП включает последовательное проведение следующих этапов диагностики:

1. Клинико-anamnestический анализ медицинской документации.
2. Клиническое интервью.
3. Диагностика психологического статуса пациента.
4. Клиническая оценка полученных психодиагностических показателей и анализ психологического статуса пациента.
5. Дифференциальная психодиагностика.
6. Оценка РП личности пациента.

При оценке РП используются методы клинико-психопатологического и клинико-катамnestического наблюдений, дополненных блоком психометрического исследования психического состояния

и свойств личности с использованием стандартизированных шкал и проективных методик.

На первом этапе проводят анализ данных пациента: клинического, инструментального, лабораторных исследований.

На втором этапе проводят клиническое интервью, причем его проводят в начале и в конце курса реабилитации 2 раза по 30 мин.

Для оценки эмоциональных расстройств у пациентов используется перечень стандартизированных симптомов и синдромов унифицированной оценки психического состояния пациентов.

На третьем этапе проводят диагностику психологического статуса пациента по 5-уровневой схеме:

1. Нейро-психофизиологический уровень включает в себя оценку базовых психофизиологических процессов: внимания, памяти, мышления, работоспособности и интеллекта. Оценка проводится при клиническом обследовании, клинко-психологическом обследовании, а также с использованием традиционных психодиагностических методов (корректурные пробы, 10 слов, тестирование интеллекта и т. п.) и методов нейропсихологической диагностики.

2. Уровень саморегуляции включает в себя оценку состояния эмоционально-волевой сферы, активности, настроения, ответственности. Оценка проводится при клиническом, клинко-психопатологическом или психодиагностическом обследовании.

3. Нозогнозический уровень включает в себя оценку внутренней картины болезни как при помощи выявления типа отношения к болезни, так и в плане определения модели прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов лечения.

Выделяют 12 типов отношения к болезни, как адаптивных, так и дезадаптивных, психологическую диагностику которых легко можно провести с помощью методики ТОБОЛ («Психологическая диагностика типов отношения к болезни»). Модель прогноза заболевания – одна из составляющих внутренней картины болезни. Она носит явно адаптационный характер и формируется пациентом на основе тех медицинских знаний, которые хочет, может и умеет использовать больной человек, страдающий соматической патологией. Модель прогноза заболевания может включать ориентацию, как на выздоровление, так и на смерть или на инвалидность.

Модель ожидаемых результатов лечения создается также самим пациентом, однако в ней большое значение имеет воздействие врача или окружающих людей, которые оказывают влияние на человека. Эта модель во многом определяет отношение пациента к врачу – степень доверия, уровень открытости и т. п. Представление о типе отношения к болезни, модели прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов врач может получить при направленном расспросе пациента.

4. Личностно-характерологический уровень включает в себя оценку поведенческих стереотипов, адаптационных возможностей лично-

сти. Оценка проводится при клиническом, клинико-психопатологическом или психодиагностическом обследовании.

5. Мотивационно-личностный уровень включает в себя оценку жизненных ценностей и устремлений, традиций и предпочтений. Оценка проводится при клиническом, клинико-психопатологическом или психодиагностическом обследовании.

Данные обследования дополняются результатами тестирования по следующим методикам:

- SF-36 Опросник «Качество жизни»
- Опросник ИТТ – Интегративный тест тревожности
- Опросник УСФ – уровень социальной фрустрированности
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and

Depression Scale)

На четвертом этапе проводят клиническую оценку полученных психодиагностических показателей и анализ психологического статуса пациента.

На пятом этапе дифференциальную психодиагностику проводят с психоэмоциональными расстройствами, которые связаны с психологическими причинами и стрессом и при которых отсутствует характерный анамнез (связь с соматическим заболеванием).

Затем по данным анализа, консультирования и психологического тестирования производят оценку реабилитационного потенциала личности пациента.

Оценку реабилитационного потенциала у пациентов с психоэмоциональными расстройствами при хронической соматической патологии выполняют для реабилитационного прогнозирования и проведения психологической реабилитации. От точности оценки интегрального показателя реабилитационного потенциала зависит правильность подбора реабилитационных назначений и их реализация. Кроме того, уровень реабилитационного потенциала имеет большое значение при решении вопросов медицинской экспертизы.

Подготовка культи конечности к первичному протезированию в комплексной реабилитации пациентов после ампутации по поводу ранений

М.В. Зайцев, В.А. Кузин, И.С. Дондорева, Р.А. Бобошко, Г.В. Пономарева

Украинский научно-исследовательский институт протезирования,
протезостроения и восстановления трудоспособности, г. Харьков, Украина

Вступление. Проблема реабилитации инвалидов с ампутационными дефектами конечностей вследствие боевой травмы в настоящее время по-прежнему является актуальной мировой медико-социальной проблемой в

связи с локальными войнами. Применение новых современных видов оружия обусловило значительный рост тяжести огнестрельных боевых травм, увеличило частоту множественных и сочетанных ранений [1].

Центральным компонентом лечебных мероприятий при боевых повреждениях была и остается первичная хирургическая обработка (ПХО) огнестрельной раны. Ампутация конечности у пострадавших в результате минно-взрывных и огнестрельных ранений выполняется и в настоящее время, она часто необходима для сохранения жизни пострадавших. Ампутация по типу ПХО предполагает иссечение всех нежизнеспособных, поврежденных тканей и усечение конечности строго по уровню уцелевших тканей, на границе повреждения кости.

Среди современных методов лечения ран, которые возникли в результате боевой травмы, важное место занимает вакуум-терапия. Она улучшает течение всех стадий раневого процесса и используется как для лечения ран конечностей, так и для заживления послеоперационной раны культи [2].

Однако, несмотря на применение современных методов лечения ран после ампутаций конечностей, в настоящее время частота возникновения пороков и заболеваний культи увеличивается. Если во время Великой Отечественной войны не менее 39% нуждающихся в протезировании имели заболевания и пороки культи, то во время войны в Афганистане их количество достигло уже 44%, а во время боевых действий в Чеченской Республике – 60-70%, то есть подавляющее большинство [3].

Цель работы. Подготовка культи конечности к протезированию в комплексной реабилитации пациентов с ампутациями вследствие минно-взрывных и огнестрельных ранений.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 36 пациентов с ампутационными дефектами верхних и нижних конечностей по поводу минно-взрывных и огнестрельных ранений. Из них 18 пациентов военнослужащие и 18 пациентов мирные жители. Распределение по сегментам ампутации представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение пациентов по сегментам ампутации

Сегмент ампутации	Всего	
	абс.	%
голень	5	13,9
бедро	11	30,5
голень и бедро	3	8,3
бедро и стопа	1	2,8
голень и плечо	1	2,8
плечо	6	16,6
предплечье	4	11,1
плечо и предплечье	1	2,8
2 голени и плечо	1	2,8

Продолжение таблицы 1

Сегмент ампутации	Всего	
	абс.	%
2 кисти	1	2,8
2 стопы	1	2,8
бедро и плечо	1	2,8
Всего:	36	100

По данным таблицы видно, что у 10 пациентов (27,8%) были сочетанные ампутации.

Все пациенты были обследованы клиническими, лабораторными и инструментальными методами. Обязательно проводилось рентгенологическое исследование культей конечностей. По показаниям назначались дополнительные методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Нами проанализирована частота пороков и заболеваний культей у пациентов с ампутационными дефектами конечностей вследствие минно-взрывных и огнестрельных ранений. Полученные данные приведены в таблице 2.

Таблица 2

**Частота пороков и заболеваний культей у пациентов
с ампутационными дефектами верхних и нижних конечностей
вследствие ранений (n=36)**

Пороки культи	Количество	%
Нейротизированный рубец	7	19,4
Послеожоговые рубцы	2	5,6
Контрактура в ближайшем суставе	2	5,6
Избыток мягких тканей на торце культи	1	2,8
Выстояние опиала под кожу	1	2,8
Короткая культя	1	2,8
Фантомно-болевой синдром	7	19,4
Остеофиты	5	13,8
Остеомиелит конца кости	1	2,8
Длительно незаживающие раны	1	2,8
Остеонекроз конца кости	1	2,8
Всего:	29	80,6

Изучение состояния культей показало, что пороки и заболевания довольно часто встречаются у пациентов с ампутационными дефектами по поводу ранений. Пороки и заболевания культи от всего числа обследованных пациентов, как видно, составили очень высокий процент (80,6%). Они затрудняли первичное протезирование пациентов и пользование протезами у недавно протезированных пациентов, поэтому для подготовки культи мы использовали и хирургические методы лечения.

Объем и вид хирургического лечения определялся индивидуально, в каждом конкретном случае, в зависимости от порока и заболевания культи.

При этом мы придерживались принципа сохранения длины культи, обеспечивая её функциональность, для дальнейшего протезирования высокофункциональным протезом.

При подготовке к первичному протезированию в клинике института было прооперировано 12 пациентов с ампутационными дефектами верхних и нижних конечностей вследствие минно-взрывных и огнестрельных ранений. До операции у 10 пациентов (83%) наблюдались боли в культе по разным причинам, 3 из них были протезированы в других клиниках, но пользоваться протезами не смогли. Операции были выполнены по поводу нейротизированных рубцов, остеофитов, избытка мягких тканей на торце культи, длительно незаживающих ран, выстояния опиля под кожу. В послеоперационном периоде все раны зажили первичным натяжением. После снятия швов проводилась подготовка культи к протезированию консервативными методами. Приводим клинический пример.

Пациент Н-в, 39 лет, поступил с жалобами на отсутствие правой нижней конечности на уровне бедра, фантомные боли, невозможность пользования протезом из-за болей в культе. 28.10.14 получил ранение при выполнении военной службы, в связи с чем была произведена ампутация правой нижней конечности на уровне средней трети бедра. Рана зажила первичным натяжением. Снабжен высокофункциональным протезом, но пользоваться им не смог, беспокоили боли в культе при ходьбе. При осмотре на торце культи определяется У-образный рубец, болезненный при пальпации, на рентгенограмме культи – остеофит конца бедренной кости.

В клинике института выполнена резекция остеофита конца бедренной кости и иссечение нейротизированного рубца. Рана зажила первичным натяжением. После консервативной подготовки культи пациент снабжен новым протезом, которым пользуется до 8 часов в день. Фотографии культи пациента представлены на рисунках 1 и 2.



Рисунок 1. Культи правого бедра до- и после хирургического лечения



Рисунок 2. Рентгенограмма культы до- и после хирургического лечения

После операции у всех 10 пациентов (100%) с болями в культе устранен болевой синдром, пациенты снабжены высокофункциональными протезами и успешно освоили ходьбу.

Выводы. Подготовка к протезированию с применением хирургического лечения пороков и заболеваний культей конечностей, возникших вследствие ранений, помогает в дальнейшем реализовать возможности высокофункционального протезирования и получить хороший результат реабилитации пациентов.

Литература

1. Вогнепальні поранення кінцівок. Травматичний шок / Методичні рекомендації / Під ред. О.А. Бур'янова. – Київ, 2015. – 31 с.
2. Оболенский В.Н Вакуум-терапия в лечении ран и раневой инфекции / В.Н. Оболенский, А.Ю. Семенистый, В.Г. Никитин, Д.В. Сычев // Независимое издание для практикующих врачей. – www.tmj.ru. – 2010. – № 17
3. Шаповалов В.М. Боевые повреждения конечностей: инфраструктура ранений и особенностей состояния раненых в период локальных войн / В.М. Шаповалов // Травматология и ортопедия России. – 2006. – № 2. – С. 301-302.

Понятие о технических средствах реабилитации

А.В. Зуева

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

На сегодняшний день в странах СНГ происходит качественное изменение контингента инвалидов. В структуре общей инвалидности взрослого населения преобладают лица пенсионного возраста, однако велика и доля инвалидов трудоспособного возраста.

В связи с этим, одной из главных задач является восстановление

личностного и социального статуса инвалидов, их интеграция в общество с использованием комплексной реабилитации (социальной, медицинской, профессиональной) [1].

Реабилитация инвалида – процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации является восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация. Обеспечение техническими средствами реабилитации является частью реализации реабилитационных мероприятий.

Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности (ТСР), реабилитационные технологии или вспомогательные технологии – общее название средств для облегчения повседневной жизни людей с инвалидностью и другими ограничениями жизнедеятельности.

К техническим средствам реабилитации инвалидов относятся устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалидов.

Техническими средствами реабилитации инвалидов являются:

- специальные средства для самообслуживания;
- специальные средства для ухода;
- специальные средства для ориентирования (включая собак-проводников с комплектом снаряжения), общения и обмена информацией;
- специальные средства для обучения, образования (включая литературу для слепых) и занятий трудовой деятельностью;
- протезные изделия (включая протезно-ортопедические изделия, ортопедическую обувь и специальную одежду, глазные протезы и слуховые аппараты);
- специальное тренажерное и спортивное оборудование, спортивный инвентарь [5].

Технические средства реабилитации являются важнейшим компонентом системы медико-социальной реабилитации инвалидов. Их значение особенно возрастает на этапе приспособления к сложным условиям окружающей среды при выраженных ограничениях жизнедеятельности.

К техническим средствам реабилитации, облегчающим труд и быт инвалидов, относятся устройства, инструменты, оборудование или технические системы, которые благодаря специальным свойствам облегчают компенсацию или устранение ограничений способностей к бытовой, общественной и профессиональной деятельности инвалидов, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Технические средства реабилитации выполняют различные функции: улучшение

мобильности и устойчивости, разгрузку больного органа или сустава, фиксацию, улучшение опорности, нормализацию весовых нагрузок, облегчение движений и самообслуживания, сохранение удобного положения и др.

Специальные свойства технических средств реабилитации определяются наличием в их конструкции технических решений, обеспечивающих учет специфических потребностей инвалидов. Использование инвалидом соответствующих технических средств и связанных с ними реабилитационных технологий способствует максимальной реализации реабилитационного потенциала инвалида [4,5,6].

В настоящее время вопросы обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации отражены в Законе Республики Беларусь от 14.06.2007 года «О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан», а также постановлением Совета Министров Республики Беларусь 11.12.2007 г. №1722 утвержден Государственный реестр (перечень) технических средств социальной реабилитации и порядок обеспечения ими отдельных категорий граждан и Положение о порядке обеспечения граждан техническими средствами социальной реабилитации органами по труду, занятости и социальной защите [2].

В соответствии с Государственным реестром (перечнем) технических средств социальной реабилитации и порядке обеспечения ими отдельных категорий граждан (далее – Государственный реестр) граждане обеспечиваются следующими средствами социальной реабилитации:

- технические средства социальной реабилитации для передвижения;
- технические средства социальной реабилитации, используемые в качестве реабилитационных приспособлений;
- протезно-ортопедические изделия;
- технические средства социальной реабилитации для граждан с нарушениями органов зрения и (или) слуха;
- другие технические средства социальной реабилитации.

Основополагающей позицией обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации должна быть их медико-функциональная и социальная адекватность. В зависимости от характера анатомического дефекта, органических изменений, функциональных расстройств технические средства реабилитации должны обеспечивать компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности инвалидов. В то же время они должны способствовать реализации социального предназначения реабилитации, восстановления способности к самообслуживанию, передвижению, получению образования, трудовой деятельности, социальной адекватности.

Понятие функциональной достаточности технического средства зависит от конкретных задач, решаемых с его помощью: улучшение мобильности в квартире, на улице, самостоятельное обслуживание, участие в производственном процессе и т.д.

Функциональная достаточность технического средства определяется его конструктивными и техническими возможностями, т.е. наиболее многофункциональные технические средства реабилитации максимально компенсируют ограничения жизнедеятельности человека.

При определении функциональной достаточности технического средства реабилитации необходимо учитывать социальные факторы жизнедеятельности и среды обитания. Так, кресла-коляски, предоставляемые инвалиду в городской и сельской местности, должны отличаться по ряду параметров (устойчивость, преодоление препятствий и пр.).

Под социальными критериями следует понимать определенные условия (совокупность условий), которые должны приниматься во внимание (в дополнение к установленным медицинским показаниям) при назначении инвалидам конкретных технических средств реабилитации в целях повышения эффективности восстановления способностей инвалидов к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентированию, общению, обучению и трудовой деятельности.

Необходимо учитывать следующие основные социальные критерии:

- социально-средовой: уровень развития инфраструктуры жизнеобеспечения человека (город, село, малообжитая местность, наличие транспортных путей, систем энергообеспечения и связи, сервисных структур и т.д.);

- материальный: возможность осуществления затрат, связанных с эксплуатацией технического средства реабилитации;

- социально-бытовой: микросоциальное окружение инвалида, условия его проживания (обеспеченность жильем, проживание в семье или одинокое проживание, обеспечение безопасности для жизни инвалида, социальный статус инвалида и др.);

- индивидуальный объективный: интеллектуально-образовательный и профессиональный уровень, социальная активность, коммуникабельность, состояние здоровья с точки зрения прогноза течения заболевания, общие физические способности с точки зрения занятия спортом, наличие вредных привычек, возраст;

- индивидуальный субъективный: уровень притязаний инвалида на обеспечение техническими средствами реабилитации [6].

Осуществление реабилитационных мероприятий с применением средств реабилитации, учитывающее все вышеперечисленные социальные критерии, поможет создать реальные условия для более полного обеспечения инвалидов всеми необходимыми техническими средствами реабилитации, облегчающими их труд и быт.

Литература

1. Международное законодательство и опыт реабилитации // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.invalid.kz/index.php?p=336
2. Государственный реестр (перечень) технических средств социальной реабилитации, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 11

декабря 2007 г. N 1722 "О Государственном реестре (перечне) технических средств социальной реабилитации и порядке обеспечения ими отдельных категорий граждан" // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2008 г. – № 1. – 5/26402.

3. О социальном обслуживании: Закон Республики Беларусь от 13.07.2012 г. №427-3.

4. Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации: Федеральный закон от 10.12.1995 г. № 195.

5. Национальный стандарт РФ «Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация» ГОСТ Р 51079-2006 (ИСО 9999:2002), введенный в действие 01.01.2007 приказом Ростехрегулирования от 11.05.2006 № 92.

6. Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду: распоряжение Правительства РФ от 30.12.2005 № 2347-р.

Анализ видов и эффективности хирургического лечения и реабилитации больных, страдающих облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей

А.Ш. Каличава, Л.А. Карасаева, Р.Т. Скляренко

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования
врачей-экспертов», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Известно, что в Российской Федерации на протяжении последних десятилетий в структуре первичной инвалидности болезни системы кровообращения стабильно удерживают первое ранговое место. Причем наряду с цереброваскулярными болезнями и ишемической болезнью сердца дефинируют облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ОАСНК). В нашей стране насчитывается 250 тыс. инвалидов вследствие сосудистых заболеваний артерий нижних конечностей, что составляет 3,5% от общего числа инвалидов. Основной причиной инвалидизации пациентов, страдающих данной патологией, является недостаточная эффективность лечения, наличие высокого риска потери конечности или ее сегмента, что ведет к ограничениям жизнедеятельности в самостоятельном передвижении и последующей инвалидизации.

Целью настоящего исследования явилось изучение и анализ результатов осуществленного консервативного и хирургического лечения пациентов страдающих ОАСНК до первичного освидетельствования в бюро МСЭ.

Проведен анализ социально-гигиенических, медико-социальных и клинко-экспертных показателей 1120 мужчин страдающих облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК) в динамике 5-летнего наблюдения. Средний возраст больных на начало наблюдения составил 52,5 года. Больные по возрасту объединены в три группы: 1

группа – от 34 до 49 лет, 2 группа – от 50 до 59 лет и 3 группа объединяла пациентов в возрасте старше 60 лет.

До момента освидетельствования в бюро МСЭ всем пациентам в медицинских организациях (МО) осуществлено комплексное реабилитационно-восстановительное лечение. По характеру проведенного лечения больные были разделены на 3 группы. В первую группу объединены не оперированные больные, лечившиеся исключительно консервативно – 610 чел. (54,5%), во вторую группу вошли пациенты, которым была выполнена операция по реваскуляризации – 384 чел. (34,3%), третью группу составили лица, которым была проведена поясничная симпатэктомия – 126 чел. (11,2%)

Анализ осуществленного комплексного консервативного лечения, в которое входила лекарственная терапия: вазодилататоры, ганглиоблокаторы, вегетотропные препараты и мероприятия медицинской реабилитации (физиолечение, массаж, иглорефлексотерапия, кинезиотерапия, водные процедуры, психотерапия в сочетании с лечением сопутствующих заболеваний) показал, что вышеописанные курсы консервативной терапии в разной степени полноты и систематичности, получали все больные с симптомами перемежающейся хромоты. В случаях ухудшения кровообращения с развитием декомпенсации пациентами выполняли реконструктивные операции, а при прогрессивном развитии сосудистого поражения и наличии показаний осуществлялись операции по ампутации нижних конечностей.

Реваскуляризирующие операции выполнены больным с более тяжелыми расстройствами кровообращения конечностей, так у большей части прооперированных – 59,1% (227 чел.) ранее была диагностирована «критическая ишемия», характеризовавшаяся несостоятельностью коллатерального кровообращения.

Установлено, что более половины (51,6%) реконструктивных вмешательств выполнены при поражении аорто-подвздошного сегмента, причем двухстороннее вмешательство выполнено в два раза чаще. Бедренно-подколенное шунтирование выполнено с одной стороны у 71 чел. (18,5%) и у 13 пациентов (3,4%) – последовательно на обеих конечностях. Петлевая тромбэндартерэктомия (ТЭАЭ) бедренной артерии и артерий голени произведена 79 пациентам (20,6%). Характеристика уровня сегмента и характер выполненного вмешательства представлены в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика уровня и объема реваскуляризирующих операций, выполненных у больных ОАСНК (абс., %)

Название операции	Число больных	
	абс.	%
Аорто-бедренное шунтирование:		
– бифуркационное	136	35,4
– одностороннее	62	16,1

Продолжение таблицы 1

Название операции	Число больных	
	абс.	%
Бедренно-подколенное шунтирование		
– двухстороннее	13	3,4
– одностороннее	71	18,5
– петлевая ТЭАЭ	79	20,6
Реконструкция двух уровней	23	6,0
Всего	384	100,0

Установлено, что из 384 произведенных оперативных вмешательств, повторное реконструктивное вмешательство имело место у 18 больных.

Операция на симпатических нервных стволах выполнена у 181 чел. (16,2%) больных. Симпатэктомия как самостоятельное оперативное пособие осуществлена у 126 чел. (69,6%), из них у 17 пациентов при периферическом типе поражения, у 55 чел. (30,4%) – в сочетании с реваскуляризирующей операцией, при этом у 30 пациентов выполнена двухсторонняя (последовательная) симпатэктомия.

Основными критериями в оценке эффективности операций по реваскуляризации служили восстановление магистрального кровотока в реконструированном сегменте (проходимость) и сохранение конечности. Показателем восстановления проходимости кровотока на участке операции считалось появление пульсации бедренной артерии после операций в аорто-подвздошном сегменте и подколенной – после вмешательств в бедренно-подколенном сегменте. В последнем случае можно было также определить пульсацию трансплантата по медиальной поверхности бедра. По восстановлению пульсации сосудов стопы судили о полноте восстановления кровотока. Степень хронической артериальной недостаточности (ХАН) уточнялась по данным РВГ или доплерографии.

Была проанализирована степень тяжести ХАН в зависимости от произведенной операции. Установлено, что лучшие показатели кровообращения у больных были достигнуты после реваскуляризации, в этой группе – 274 чел. (71,4%) имели ХАН II и I ст. В группе больных с произведенной симпатэктомией и прошедших консервативное лечение, определялись более выраженные нарушения периферического кровообращения: так ХАН II и III ст. диагностировалась у 86,1% и 81,2% пациентов соответственно. Разница показателей статистически достоверна.

Важным неблагоприятным медико-социальным критерием, определявшим выраженность ограничения жизнедеятельности (ОЖД) в самостоятельном передвижении, явился показатель ампутации конечности. На момент первичного освидетельствования 358 чел. (32,0%) перенесли ампутацию нижней конечности. Нами был проанализирован показатель наличия ампутации нижних конечностей в зависимости от возраста (таблица 2). Оказалось, что число ампутаций выше в молодом возрасте, у лиц до 49 лет и у лиц пенсионного возраста, старше 60 лет.

Таблица 2

Распределение пациентов, страдающих ОАСНК и перенесших ампутацию нижних конечностей в возрастных группах (абс., %)

Возрастные группы	Кол-во больных	Из них, перенесших ампутацию нижних конечностей	
		абс.	%
I	228	73	32,0
II	542	125	23,1
III	350	160	45,7
Всего	1120	358	32,0

У всех больных, страдающих ОАСНК и получившие реабилитационно-восстановительное лечение в стационарах, специализированных сосудистых Центрах и поликлиниках определялись стойкие расстройства нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, в связи с чем пациенты были направлены на МСЭ.

При первичном освидетельствовании в бюро МСЭ на основании интерпретации социально-гигиенических, клинических, клинко-функциональных результатов исследования было установлено, что ведущими ОЖД, влияющими на вынесение экспертной оценки, у обследуемого контингента больных явились ОЖД в самостоятельном передвижении, ОЖД в самообслуживании и трудовой деятельности. Установлено, что лишь треть пациентов (31,9%) характеризовалась ОЖД I ст., остальные (68,1%) имели выраженную II и III ст. ОЖД в самостоятельном передвижении (таблица 3). У этих пациентов передвижение было возможно при помощи технических средств реабилитации и при помощи посторонних лиц.

Невозможность самостоятельного передвижения влияла на возможность полноценного самостоятельного обслуживания, что вполне объясняет наличие у пациентов ОЖД в самообслуживании. Определено, что полностью не могли самостоятельно себя обслуживать подавляющее большинство пациентов – 89,4% (таблица 4).

Таблица 3

Распределение больных с ОАСНК по степени выраженности ОЖД в самостоятельном передвижении (абс., %)

Число больных	Степень ОЖД в самостоятельном передвижении			Всего
	I	II	III	
абс.	356	704	60	1120
%	31,9	62,8	5,3	100,0

Наличие у пациентов выраженных степеней ОЖД в категориях самостоятельного передвижения и самообслуживания, с учетом выполнения

работ в противопоказанных условиях, обусловило то, что почти у 71,8% освидетельствованных определены ограничения в трудовой деятельности (ОСТД) II ст. У этих инвалидов были определены трудовые возможности, но рекомендован труд при условии создания специальных условий труда. ОСТД III ст. определена 60 пациентам (5,3%) с возможностью трудовой деятельности в элементарных видах труда при организованной помощи других лиц.

Таблица 4

Распределение больных с ОАСНК по степени выраженности ОЖД в самообслуживании (абс.,%)

Число больных	Степень ОЖД в самообслуживании			Всего
	I	II	III	
абс.	119	971	30	1120
%	10,6	86,7	2,7	100,0

У 256 чел. (22,9%) определены ограничения к трудовой деятельности I ст., что означало, что эти больные могли трудиться в обычных условиях труда с определенными ограничениями в трудовой деятельности (таблица 5).

Таблица 5

Распределение больных с ОАСНК по степени выраженности ОСТД (абс.,%)

Число больных	Степень ОСТД			Всего
	I	II	III	
абс.	256	804	60	1120
%	22,9	71,8	5,3	100,0

Заключение. Таким образом, в целом эффективность проведенного хирургического лечения в комплексе с реабилитационными мероприятиями по сравнению с консервативным лечением можно оценить как более эффективную по медицинскому критерию с учетом восстановленной степени ХАН.

Однако комплексная оценка трудоспособности с учетом ряда социально-демографических и медико-социальных критериев (выраженность ведущих ОЖД: у 68,1% больных определены II, III ст. ОЖД в самостоятельном передвижении, у 89,4% ОЖД в самообслуживании) позволяет заключить, что в целом реабилитацию пациентов с ОАСНК, проведенную в медицинских организациях следует оценить как не эффективную, поскольку у большинства освидетельствованных (71,8%) установлены ОСТД II, III ст. и соответственно – II и I группы инвалидности.

Опыт участия волонтеров в слете активной реабилитации, как современный подход обучения студентов медицинского ВУЗа

Н.Ю. Коневалова, Л.Е. Криштопов, О.А. Сыродоева, Т.Л. Оленская,
С. Г. Наджафова, Н.А. Чепурненко, Е. Е. Лебедь-Великанова

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Республика Беларусь

УО «Полесский государственный университет», г. Пинск, Республика Беларусь

С 2008 г. в Беларуси действует Закон о правах инвалидов, в 2007-2010 гг. выполнялась Государственная программа о безбарьерной среде жизнедеятельности физически ослабленных лиц, утвержденная Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 3 апреля 2007 г. № 424. Основные положения этого документа получили развитие в новой программе по безбарьерной среде на 2011-2015 гг., которая действует в республике сейчас. Программы поддержаны нормами проектирования – изменениями СНиП, СНБ, ТКП, а с прошлого года еще и специальным стандартом.

4 сентября 2015 года Президент Республики Беларусь подписал указ № 401 «О подписании Беларусью Конвенции о правах инвалидов». Конвенция о правах инвалидов принята Генеральной Ассамблеей ООН в декабре 2006 года.

Цель этой конвенции заключается в поощрении, защите и обеспечении полного осуществления инвалидами на равной основе всех прав человека. Она охватывает ряд таких ключевых вопросов, как доступность, индивидуальная мобильность, здоровье, образование, занятость, абилитация и реабилитация, участие в социальной и политической жизни, а также равенство и отсутствие дискриминации. Эта конвенция меняет представление об инвалидности и сосредотачивается на вопросах соблюдения прав человека.

Государственная программа по созданию безбарьерной среды жизнедеятельности физически ослабленных лиц на 2011-2015 годы была разработана в соответствии с основными направлениями социально-экономического развития Республики Беларусь. Государственная программа направлена на реализацию положений законов Республики Беларусь от 11 ноября 1991 года «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» от 5 июля 2004 года «Об архитектурной, градостроительной и строительной деятельности в Республике Беларусь» и от 23 июля 2008 года «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», а также постановления Совета Министров Республики Беларусь от 21 июня 2005 г. № 673 «Об утверждении комплекса дополнительных мероприятий по созданию безбарьерной среды для инвалидов, обеспечению их свободного доступа к общественному транспорту, местам учебы, работы, отдыха».

Государственной программой предусматривается комплексный подход к решению вопросов устранения естественных, информационно-коммуникационных и архитектурных преград, препятствующих доступу к объектам социальной и другой инфраструктуры и свободному передвижению лиц с ограниченными возможностями.

Почти во всех странах мира в последние годы ведется большая и дорогостоящая работа по адаптации среды обитания к возможностям физически ослабленных лиц. К ним относятся: люди с ограниченными возможностями различных нозологических групп, престарелые, беременные, дети дошкольного возраста, взрослые с детьми на руках или в колясках, пациенты с хроническими инвалидизирующими заболеваниями и состояния после травм с ограничением подвижности и т.п.

Одним из подходов в организации учебного процесса в медицинском ВУЗе на современном этапе, является подготовка высокоспециализированных врачей-специалистов.

Одним из важных направлений преподавания медицинской реабилитации, является преподавание и социального аспекта медицинской реабилитации с акцентом на знание о безбарьерной среде и повышения роли студентов-волонтеров в медико-социальных проектах.

Со 2 октября 1997 года в Беларуси действует Общественное объединение «Республиканская ассоциация инвалидов – колясочников». ОО «РАИК» является общественным объединением инвалидов с повреждением опорно-двигательного аппарата (ПОДА), пользующихся при передвижении креслом-коляской и лежащих инвалидов, проживающих в Республике Беларусь.

Целями деятельности данной организации являются: создание инвалидам-колясочникам равных с другими гражданами Республики Беларусь возможностей участия во всех сферах жизни и деятельности общества и государства; защита гражданских прав и свобод, законных интересов инвалидов-колясочников – членов ОО «РАИК» и членов их семей, исключение всех видов дискриминации.

Общественное Объединение Республики Беларусь Республиканская Ассоциация Инвалидов-Колясочников совместно с организациями по активной реабилитации из стран Европы проводит слеты-семинары активной реабилитации для инвалидов-колясочников по методике шведской неправительственной организации REKRYTERINGSGRUPPEN for active rehabilitation, направленные на решение поставленной проблемы вторым путем посредством обучения инвалида-колясочника навыкам и приемам самостоятельного преодоления всех препятствий при использовании инвалидной коляски активного типа. Эффективность данной методики обусловлена тем, что обучение ведется инструкторами, которые сами передвигаются в инвалидных колясках и могут практически доказать преимущества такого способа передвижения.

Система активной реабилитации активно практикуется в различных странах с разным уровнем экономического и социального развития на протяжении уже более 20 лет и везде дает одинаково хорошие результаты, что подтверждается и белорусским опытом. Кроме этого, данная методика включает в себя курс теоретической подготовки для профилактики специфических медицинских проблем людей с повреждением спинного мозга, а также рекомендации по организации жизненного пространства колясочника, решению проблем интимного и семейного характера, знакомство с законами, касающимися инвалида и инвалидности и т.д.

С целью повышения практических навыков в рамках преподавания вопроса безбарьерной среды студенты-волонтеры и специалисты по физической реабилитации приняли участие в слете активной реабилитации.

Материалы и методы. Первый слет активной реабилитации (АР) состоялся в г. Барановичи в 1997 году. Данные слеты имеют четкую программу, каждый пункт из которой выполняется ОО "РАИК" неукоснительно и является обязательным для каждого, кто присутствует на слете. За этим следят организаторы – председатель ОО «РАИК» Шевко Е.М. и заместитель председателя ОО «РАИК» по активной реабилитации Дигилевич И.А.

Программа включает в себя занятия по 6 дисциплинам: техника езды, общая физическая подготовка, аэробика, подвижные игры, плавание, стрельба из лука. Обязательным компонентом программы являются лекции, направленные на обучение людей в колясках самообслуживанию, личной гигиене, освещаются проблемы интимного характера, основы физиологии травмы и многое другое.

Каждый участник лагеря (участники – люди, проходящие реабилитацию) может получить практический совет по волнующему его вопросу на месте от опытного инструктора. Программа насыщена спортивными, игровыми, культурными мероприятиями, которые являются неотъемлемой частью реабилитации и социализации.

Но в настоящее время людям с ограниченными возможностями не обойтись без помощи следующих специалистов: инструктор-методист по эрготерапии, инструктор-методист по реабилитации, инструктор-методист по адаптивной физической культуре.

Привлечение данных специалистов позволит расширить двигательные способности людей с ограниченными возможностями, повысить качество их жизни, получить коммуникативный опыт, подбирать вспомогательные средства, а также восстановить или получить новые профессиональные навыки. Ведь самое главное для человека, попавшего в инвалидное кресло – это максимальное приближение к той жизни, которой он жил до получения травмы.

Работа слетов активной реабилитации невозможна без участия волонтеров – людей без травмы.

Результаты. В июле 2015 года студенты лечебного факультета ВГМУ работали волонтерами на слете в г. Пинске. Студенты-волонтеры, осуществляли страховку участников во время тренировок, оказывали им помощь в решении бытовых проблем. Они оказывали помощь, когда она действительно нужна, но не решали проблем за участника. Цель слета – добиться максимальной самостоятельности и приспособленности к жизни в социуме каждого участника, а также его психологической адаптации. Все лекции и мероприятия были обязательны для волонтеров, что помогло всем коллегам по волонтерству лучше понять специфику травмы или заболевания, с какими трудностями сталкиваются люди в колясках каждый день и то, какие огромные возможности есть у этих людей.

Одной из важнейших задач для нас был постоянный контакт с участниками, общение и поддержка, помощь инструкторам в донесении до людей, перенесших травму, что между ними и здоровыми людьми нет и не должно быть никаких границ.

Обсуждение. Деятельность ОО «РАИК» – это эффективная система восстановления людей с ограниченными возможностями и обучение их максимальной самостоятельности, но для повышения результативности ее функционирования необходимо:

- привлечение специалистов в области эрготерапии, реабилитации и адаптивной физической культуры для комплексного воздействия на людей, имеющих инвалидизирующие последствия после травмы и заболевания;
- информировать общество и работников медицинской сферы о проблемах и нуждах людей с ограниченными возможностями;
- создать условия для привлечения и обучения большего количества волонтеров.

Параллельно с адаптацией инвалидов-колясочников студенты-волонтеры получают необходимые знания по социальной реабилитации, что улучшает вопрос инклюзии общества и человека с ограниченными возможностями.

Выводы.

1. Слеты активной реабилитации являются актуальной формой восстановления людей с ограниченными возможностями и обучение их максимальной самостоятельности.

2. Современным подходом к обучению студентов медицинского вуза вопросам безбарьерной среды является участие студентов-волонтеров медицинского вуза в слетах активной реабилитации.

Литература

1. В.Б. Смычек Реабилитация больных и инвалидов. Москва, 2009 г. – 560 с.
2. Указ № 401 «О подписании Беларусью Конвенции о правах инвалидов».
3. www.raik.by.

Эффективность применения магнитофототерапии в раннем послеоперационном периоде операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава

В.Г. Крючок, Л.А. Малькевич, Ю.О. Лисковская, Е.А. Ковалевич

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Благоприятное течение раннего послеоперационного периода операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС) является залогом скорейшего восстановления функциональных возможностей пациентов, основой предупреждения послеоперационных осложнений, гарантией качества реабилитации в целом [1].

Применение в данном периоде нового сочетанного физиотерапевтического метода магнитофототерапии позволяет реализовать необходимые противовоспалительный, обезболивающий и противоотечный эффекты, стимулирует остеогенез и местное кровообращение, ускоряет регенерацию поврежденных тканей, активирует иммуногенез кожи и подавляет аллергические реакции, уменьшает контрактуры и напряжение спазмированных мышц. При этом возможность сочетанного действия метода способствует достижению оптимального комплексного эффекта при одновременном сокращении нагрузки на организм, а также затрат времени и средств на лечение [2].

Цель работы: оценить эффективность применения магнитофототерапии в раннем послеоперационном периоде операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материалы и методы. Наблюдали 91 пациента трёх сопоставимых по половозрастной и клинической характеристикам групп в раннем послеоперационном периоде после ТЭТС, произведённого во всех случаях по поводу диагностированной III стадии коксартроза, из них 42 мужчины и 49 женщин в возрасте 42-69 лет (средний возраст $54 \pm 1,57$ года). Все больные проходили реабилитацию на базе травматологического отделения 11 ГКБ.

В комплекс реабилитации 31-го пациента первой группы включили 8 ежедневных 7-10-минутных процедур магнитофототерапии от аппарата «ФотоСПОК» при максимальной мощности воздействия импульсным магнитным полем с индукцией 25 ± 5 мТл и цветом оптического излучения синим-красным, 30-ти пациентов второй группы – традиционные методы физиотерапии, 30-ти пациентам третьей группы физиотерапевтическое лечение (ФТЛ) по разным причинам не проводили.

У всех пациентов оценили клиническое течение послеоперационного периода: наличие, степень выраженности и длительность болевого синдрома и отёчных явлений, динамику заживления послеоперационной раны,

психоэмоциональное состояние с помощью самоопросника «Индекс Общего Психологического Благополучия» в баллах от 0 до 110.

Статистический анализ провели с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10.0. Результаты считали значимыми при уровне статистической достоверности $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов, которым проводили реабилитационные мероприятия, положительную динамику наблюдали уже с 1-2-х суток терапии: отмечали уменьшение жалоб, улучшение сна, аппетита и настроения, повышение общей и двигательной активности. Непереносимости физиотерапии и побочных эффектов не выявили.

Болевой синдром на 2-3 сутки полностью купировали у 17% пациентов группы традиционной терапии и 36% пациентов группы с использованием магнитофототерапии ($p \leq 0,05$).

Снижение интенсивности болей определили у всех пациентов, которым проводили ФТЛ, в большей степени и быстрее – у получавших процедуры магнитофототерапии. У пациентов контрольной группы отмечали сохранение болей различной интенсивности, которые купировались постепенно медикаментозными обезболивающими средствами, в течение всего раннего послеоперационного периода.

Значительное уменьшение отёка области оперированного тазобедренного сустава наблюдали у всех пациентов, получавших ФТЛ: в группе магнитофототерапии – преимущественно к 3-4 суткам, в группе традиционных физиотерапевтических методов – к 5-6-м суткам ($p \leq 0,05$). В контрольной группе длительное сохранение отёка и гиперемии оперированной области выявили у 73% пациентов.

Наличие отека дистальных отделов оперированной конечности разной степени выраженности отметили в основном у пациентов контрольной группы: на 7-8 сутки – у 80% пациентов по сравнению с получавшими физиотерапевтические воздействия (в 13% случаев для группы «ФотоСПО-Ка» и в 17% – для стандартного ФТЛ) ($p \leq 0,05$).

Установили, что заживление ран на 13-15 сутки во всех случаях происходило первичным натяжением. При сравнительном анализе отметили ускорение сроков заживления ран на 2-3 дня у пациентов, которым проводились физиотерапевтические реабилитационные мероприятия ($p \leq 0,05$).

Значение «Индекса Общего Психологического Благополучия» определили как более высокое у пациентов, которым проводили ФТЛ, причём наиболее высокое – у получавших магнитофототерапевтическое воздействие (100-105 баллов у 81%) ($p \leq 0,05$).

Заключение. Значительные по сравнению с результатами контрольной группы снижение интенсивности болей, отёка и воспалительных явлений в области оперированного сустава, уменьшение отёка дистальных отделов оперированной конечности и сроков заживления послеоперационной раны, а также более высокие значения «Индекса Общего Психологическо-

го Благополучия» свидетельствуют о необходимости и эффективности проведения лечебных мероприятий в раннем послеоперационном периоде ТЭТС.

Выражена данная положительная динамика в большей степени при использовании в комплексе лечения метода магнитофототерапии с применением аппарата «ФотоСПОК».

Литература

1 Тихилов, Р.М. Основы эндопротезирования тазобедренного сустава / Р.М. Тихилов, В.М. Шаповалов, В.А. Аверкиев. – СПб, 2008. – С. 189-214.

2 Улащик, В.С. Магнитофототерапия: применение аппарата «ФотоСПОК» / В.С. Улащик, С.В. Плетнёв. – Мн., 2009. – С. 4-6, 19-31.

Итоги ретроспективного изучения отдалённых результатов реабилитации пациентов после операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава

В.Г. Крючок, Ю.О. Лисковская

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Ежегодно в Республике Беларусь проводится около пяти тысяч операций тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС). Несмотря на совершенствование конструкций эндопротезов и техники их имплантации, расширение возможностей оказания соответствующей лечебной и реабилитационной помощи, количество ревизионных операций, а также различных осложнений оперативного лечения достигает уровня 2,5-5%. ТЭТС по-прежнему осуществляется преимущественно тяжёлому контингенту пациентов со значительными статодинамическими нарушениями, страдающему коксартрозом (КА) II-III степени в течение длительного периода времени, а среднее время ожидания необходимой операции составляет 1,5-2 года [1, 2].

Цель работы: ретроспективно изучить и провести анализ отдалённых результатов реабилитации пациентов после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, определить существующие недостатки и причины неблагоприятных исходов.

Материалы и методы. Обследовали 204 пациента, проходивших реабилитацию после одностороннего ТЭТС на базе травматологического отделения 11 ГКБ, из них 86 (42,16%) мужчин и 118 (57,84%) женщин, в следующих сроках после операции: до года – 15 пациентов (7,35%), 1-2 года – 99 пациентов (48,53%), 3-5 лет – 84 пациента (41,18%), 6-10 лет – 27 пациентов (13,24%), более 10 лет – 11 пациентов (5,39%).

Из полученных в ходе обследования результатов сформировали базу данных. Статистический анализ провели в программе STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. 1) Возраст выполнения операция ТЭТС колебался в пределах 36-84 года, и составил в среднем $60,82 \pm 11,18$ лет. Большинство прооперированных на момент вмешательства были старше 55 лет, однако пациенты трудоспособного возраста составили 30,39%. Эти данные отражают, с одной стороны, тенденцию к своевременной диагностике и лечению соответствующего контингента пациентов, состояние которых ещё не достигло критической степени тяжести и позволяет не только сократить операционные риски, но и провести полноценную эффективную реабилитацию. С другой стороны, свидетельствуют об омоложении основного заболевания, приведшего к необходимости оперативного вмешательства, и высокой актуальности вопросов медико-социальной экспертизы.

2) Наиболее распространённым патологическим состоянием, приведшим к необходимости выполнения тотального эндопротезирования, явился КА II-III степени (67,65%), что указывает на возможность предварительной реализации направленных на повышение качества оказываемой помощи при ТЭТС диагностических и реабилитационных технологий ввиду преимущественно планового характера операции.

3) Наличие сопутствующей патологии опорно-двигательного аппарата, оказывающей существенное влияние на функциональное состояние пациентов, сужающей реабилитационные возможности и ухудшающей прогноз эффективности реабилитации, отметили у 47,55% пациентов. Диагностировали преимущественно остеохондроз поясничного отдела позвоночника (49,48% пациентов), из них с неврологической симптоматикой у 70,83% пациентов, а также КА второго тазобедренного сустава (31,96%), преимущественно 1-2 степени тяжести (83,87%). Также зарегистрировали наличие одно-(6,19%) и двухстороннего гонартроза (у 3,09% пациентов), других периартритов (у 5,15%) и остеопороза (у 4,12%).

4) Сопутствующую соматическую патологию, влияющую на состояние сосудов и трофику тканей, повышающую операционные риски и снижающую реабилитационные возможности, выявили у 63,73% пациентов, в основном старших возрастных групп. Определили наличие преимущественно патологии сердечнососудистой и эндокринной систем: артериальной гипертензии – у 43,85% пациентов, в сочетании с ишемической болезнью сердца и атеросклеротическим кардиосклерозом – у 25,39% пациентов, сахарного диабета – у 10,77%, патологии щитовидной железы – у 4,62%, повышение индекса массы тела – у 54,41% пациентов (в пределах 25-30 – у 29,90%, больше 30 – у 24,50%).

5) В 55,39% исследований отметили чёткое соблюдение этапной технологии медицинской реабилитации после ТЭТС – специализированная

стационарная реабилитация пациентов была осуществлена и в раннем, и в позднем послеоперационных периодах. В 19,61% случаев ранней реабилитации по месту проведения ТЭТС не проводили, реабилитационные мероприятия у этих пациентов были выполнены только в позднем послеоперационном периоде. Более 2-х курсов реабилитации в течение первых лет после операции прошли 12,75% пациентов, 36,27% были реабилитированы и в отдалённом периоде ТЭТС, из них в сроки 2-3 года после операции – 53,85%, в сроки 4-5 лет после операции – 30,77%, в более поздние сроки – 15,38% пациентов. Плановую подготовку к ТЭТС и последующую полноценную реабилитацию провели у 9,31% пациентов. В последующем у этого контингента пациентов не выявили послеоперационных осложнений и требующих коррекции состояний. Однако 12,25% прооперированных вообще не назначали курс реабилитации в течение первого года после операции, они были госпитализированы в стационар либо ввиду возникших осложнений, либо в отдалённом периоде после ТЭТС для коррекции сохраняющегося стойкого болевого синдрома и выраженных нарушений двигательной функции. Эффективность проведенной реабилитации к окончанию первого года после ТЭТС оценили в большинстве случаев как умеренную – на 1 функциональный класс (ФК) улучшилось состояние 49,02% пациентов. Выраженную эффективность реабилитации (на 2 ФК) отметили у 10,29% пациентов, незначительную (в пределах ФК) – у 28,43% пациентов.

6) Наличие осложнений ТЭТС выявили у 21,57% пациентов, преимущественно в первый год после операции (68,18%), по 50% в раннем и позднем послеоперационном периодах, в основной массе (77,27%) у пациентов, не получивших полноценной своевременной лечебной и реабилитационной помощи. Выхих головки эндопротеза определили у 34,09% пациентов (из них у 13,33% – рецидив), нестабильность компонентов эндопротеза с последующим реэндопротезированием – у 31,81% пациентов, реактивный периаартрит – у 9,09% пациентов, тромбоз глубоких вен – у 9,09% пациентов, перелом ножки эндопротеза – у 6,82% пациентов, наличие гематом в области послеоперационной раны – у 4,54% пациентов, свища – у 4,54% пациентов.

7) Функциональное состояние всех пациентов оценивали на момент осмотра. Определили, что выраженный стойкий болевой синдром с вынесением в диагноз сохранялся у 29,90% пациентов: 81,97% из них составили пациенты, которым не проводили реабилитации или провели один реабилитационный курс в позднем послеоперационном периоде, 21,31% – страдавшие КА второго тазобедренного сустава, 32,79% – имевшие неврологические проявления остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

Ограничение объёма движений в протезированном суставе разной степени выраженности, преимущественно за счёт нарушения отведения, боли при активном движении в суставе выявили у 57,35% пациентов, из

них 51,28% не проходили ни одного реабилитационного курса или реабилитировались однократно, 29,06% страдали сопутствующим остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с неврологическими проявлениями. Наличие контрактур отметили у 2,45% пациентов: у 1,47% пациентов – сгибательных, у 0,98% – приводящих, все в сроке после операции до 3-х лет у пациентов, стационарную реабилитацию которым до настоящего момента не проводили. Гипотрофию мышц области бедра и голени различной степени выраженности наблюдали у 39,22% пациентов, при этом значительное снижение тонуса мышц как оперированной, так и условно здоровой конечности – у 10,29% пациентов, также преимущественно не проходивших курса реабилитации.

Нарушения опорной функции стопы, способности к передвижению, походки разной степени тяжести, связанные с основной и сопутствующей патологией опорно-двигательного аппарата, отметили у 51,96% пациентов, при этом 55,24% из этих пациентов либо не получали стационарной реабилитации, либо получали однократно в позднем послеоперационном периоде. Хромоту функционального характера, обусловленную мышечной слабостью и снижением опоры на больную ногу для компенсаторной разгрузки конечности, выявили у 43,63% пациентов, укорочение конечности на 2-3 см. и значительный перекос таза, требующие соответствующей компенсации укорочения – у 8,33% пациентов. Самостоятельно свободно не передвигались 4,90 % пациентов, все после повторных и ревизионных операций. Применение дополнительных средств опоры установили в 60,29% процента случаев. При этом костыли использовали 18,62% пациентов (5,39% прооперированных в текущем году, 4,90% лежачих при передвижении с посторонней помощью): один костыль – 12,25% пациентов, два – 6,37% пациентов, постоянно – 7,84%, периодически – 10,78%. Тростью пользовались 41,67% пациентов, постоянно – 25,49%, периодически – 16,18%.

Заключение. Основными недостатками существующего подхода к ведению пациентов с ТЭТС являются:

а) Отсутствие подхода к предварительной комплексной оценке состояния пациентов, реализация которого даст возможность получить всестороннее представление об анатомо-функциональных особенностях, характере и тяжести нарушений в оперируемой области и организме в целом, подобрать оптимальные своевременные корригирующие лечебные и реабилитационные мероприятия, уточнить необходимость и сроки оперативного вмешательства, провести профилактику послеоперационных осложнений.

б) Отсутствие программы предварительной подготовки к ТЭТС и последующего полноценного осуществления этапной технологии медицинской реабилитации. Разработка и внедрение первой, и качественное вы-

полнение второй позволит обеспечить восстановление функционального состояния пациентов до и после ТЭТС, быстрое и достаточное устранение болевого синдрома, профилактику развития значительных статодинамических нарушений; снижение риска развития неблагоприятных исходов и осложнений оперативного лечения.

Литература

1 Кезля, О.П. Современные аспекты диагностики и лечения коксартроза / О.П. Кезля – Минск: БелМАПО, 2006. – С. 8-10, 40-52, 77-154.

2 Мухля, А.М. Эндопротезирование крупных суставов: состояние и перспективы / А.М. Мухля, Л.Н. Ломать, Е.А. Воробей / Развитие травматологии и ортопедии в Республике Беларусь на современном этапе: Материалы VIII съезда травматологов-ортопедов Республики Беларусь. – Мн., 2008. – С. 34-39.

Подходы к медико-социальной реабилитации лиц, имеющих зависимость от психоактивных веществ

В.П. Максимчук, О.С. Зиматкина

ГУ «РНПЦ психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

Проблема реабилитации пациентов с алкоголизмом и наркоманией в последние годы стала привлекать внимание не только врачей-психиатров-наркологов, но и психологов, социальных работников, социологов, юристов и других специалистов. Медико-социальная реабилитация пациентов, имеющих зависимость от психоактивных веществ (далее –ПАВ) – это совокупность медицинских (лечебных), психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление физического и психического состояния пациента, корреляцию, восстановление или формирование его социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности приспособления к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления ПАВ.

В Республике Беларусь на 1 февраля 2016 года под диспансерным наблюдением у психиатра-нарколога находилось 178 318 пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и наркотических средств (1 880,8 на 100 тыс. нас.) В системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь в 2015 году было развернуто 1 307 коек, из которых только 225 имеют статус реабилитационных, в 2014 г. – 1 263, в 2013 году – 1 424 стационарных наркологических коек для лечения пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и наркотических средств. В настоящее время функционирует 28 наркологических отделений и 26 отделений дневного пребывания для пациентов наркологического профиля.

В 2015г. стационарно пролечилось 39 680 чел., в 2014 г. 41 599 чел., в 2013 г. 76 841 пациентов. Средняя длительность стационарного лечения в

2015 г. составила 11,6 дн., в 2014 г. 11,8 дн., в 2013 г. 11,3 дн. В отделениях дневного пребывания в 2015г. пролечилось 17 678 чел., в 2014 г. 18 933 чел., в 2013 г. 20 150 чел. Эффективность диспансеризации в 2015 г. составила 8,7%, в 2014 г. 8,2%. Кроме того, в 2015 г. прошли медико-социальную реадaptацию в лечебно-тpудовых профилакториях (далее – ЛТП) 8 147 чел. из них 1 539 женщин, в 2014г. 6 586 чел., (женщин 1 435 чел.), в 2013г. 5 770 чел. (женщин 1337 чел.).

Медико-социальная реадaptация граждан, находящихся в ЛТП, включает помимо оказания медицинской помощи, оказание психологической помощи, профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации, повышение культурного уровня и создание условий для самообразования, а также воспитательной воздействие. Но в ЛТП попадают граждане только по решению суда. В ЛТП могут быть направлены только граждане, больные хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, которые в течение года три и более раз привлекались к административной ответственности за совершение административных правонарушений в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии, вызванном употреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, были предупреждены в соответствии с действующим законодательством о возможности направления в ЛТП и в течение года после данного предупреждения привлекались к административной ответственности за совершение административного правонарушения в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии, вызванном употреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ.

Реабилитация пациентов с алкоголизмом и наркоманией в условиях ЛТП довольно дорогостоящая процедура. Так, по данным РИА Новости – Москва (Иванов В.И. 2015) реабилитация наркоманов в России потребует 1,5 миллиарда рублей в год, что в 20 раз меньше затрачиваемых государством средств на действовавшую в СССР систему лечебно-тpудовых профилакториев.

С учетом этого, целесообразно создать государственную систему реабилитации для пациентов с алкоголизмом и наркоманией с использованием потенциала специализированных организаций здравоохранения. Это даст возможность привлечь к реабилитации и пациентов, которые страдают синдромом зависимости от алкоголя и наркотических средств, но не совершают правонарушений и имеют установку на лечение. Наиболее оптимально создавать такие реабилитационные отделения на базе специализированных организаций здравоохранения. Из числа всех стационарных отделений в Республике Беларусь, только некоторые имеют профиль реабилитационных отделений.

Регион	Кол-во реабилитационных коек
Брестская область	55
Витебская область	30
Гомельская область	0
Гродненская область	30
г. Минск	30 + 50 в ГУ «РНПЦ психического здоровья»
Минская область	30
Могилевская область	по потребности

Реабилитация в наркологии – это система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления алкоголя и наркотиков.

Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 25 сентября 2015 г. № 803 «Об утверждении Концепции социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией с обязательным привлечением к труду» была утверждена Концепция социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду (далее – Концепция). Основной целью Концепции является реализация комплексной системы правовых, организационных, социальных, трудовых (профессиональных), образовательных, медицинских, психологических, воспитательных, духовно-нравственных, экономических и иных мер, направленных на реинтеграцию в общество (адаптацию в обществе) граждан Республики Беларусь, иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих в Республике Беларусь (далее, если не указано иное, – граждане), страдающих зависимостью от наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических либо иных одурманивающих веществ, употребления алкогольных напитков и других психоактивных веществ (далее, если не указано иное, – ПАВ), в том числе граждан, больных хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, совершенствование порядка и условий направления граждан в лечебно-трудовые профилактории (далее – ЛТП), условий нахождения в них, оптимизация деятельности ЛТП.

Исходя из современных требований к проведению реабилитации, реабилитационные мероприятия в реабилитационных отделениях должны реализовываться мультидисциплинарной бригадой специалистов в составе: врач-психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник, инструктор ЛФК. В результате такого взаимодействия обеспечивается поэтапное решение задач реабилитационного процесса.

Примерный алгоритм работы мультидисциплинарной бригады по проведению медицинской реабилитации пациентов с алкоголизмом и наркоманией должен включать следующие действия:

1. Интервенция в виде первичного консультирования и мотивационного интервью (пациента, их родственников и мотивирование пациента на включение в лечебно-реабилитационную программу).

2. Диагностика психического, психологического и социального состояния пациента.

3. Диагностика уровня реабилитационного потенциала (определение факторов риска проведения реабилитационных мероприятий, факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий, состояние высших психических функций и эмоциональной сферы).

4. Диагностика степени сохранности бытовых и профессиональных навыков; агрессивных и поддерживающих факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса.

5. При необходимости проведение психофармакотерапии.

6. Составление индивидуального плана реабилитации с учетом заключений и выводов всех членов мультидисциплинарной бригады.

7. Реализация составленного плана реабилитации.

8. Формирование группы лечебной субкультуры выздоравливающих пациентов, в том числе с привлечением общественных негосударственных организаций.

Продолжительность каждого этапа зависит от уровня реабилитационного потенциала у конкретного пациента.

В настоящее время в Республике Беларусь идет активный процесс трансформации и реструктуризации наркологической службы в направлении реализации современной лечебно-реабилитационной концепции оказания наркологической помощи. Изменения носят как количественный, так и качественный характер.

Существует несколько основных алгоритмов создания реабилитационных структур:

1) выделение специализированных «реабилитационных коек» в структуре обычных наркологических стационаров;

2) целенаправленная трансформация наркологических отделений в специализированные лечебно-реабилитационные подразделения;

3) организация самостоятельных реабилитационных учреждений (реабилитационных центров – РЦ);

4) создание стационарзамещающих (амбулаторных и полустационарных) реабилитационных подразделений.

Исходя из имеющихся на местах возможностей местные органы управления совместно с областными управлениями здравоохранения могут выбрать ту или иную модель создания реабилитационных структур.

Таким образом, суть реабилитационного подхода к пациентам с алкоголизмом и наркоманией – это единство проводимых ступенчато биологических, психосоциальных воздействий и мероприятий, направленных на

разные стороны жизнедеятельности пациентов и опосредованных через его личность.

Необходимо продолжить работу по созданию реабилитационных отделений для пациентов с алкоголизмом и наркоманией с подготовкой специалистов для работы в них и необходимой нормативно правовой базы по их функционированию.

Литература

1. Валентик Ю.В. Вязьмин А.М. Зыков О.В и др.; Медико-социальная работа в наркологии. – Архангельск. 1977. – 112 с.
2. Кабанов М.М. Реабилитация психических больных. Л., «Медицина», 1978. – 232 с.
4. Шеремета Ю.Н. Тутаева О.В. Медико-социальная реабилитация лиц, имеющих зависимость, в амбулаторных условиях. /Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии. Сборник научных трудов /. Выпуск 14. – Саратов 2016, С. 306-308.
5. Иванов В.И. Видеоконференция «Организация и координация работы по созданию национальной системы реабилитации и ресоциализации наркопотребителей в субъектах Российской Федерации». – Москва, 2015.

Эффективность реабилитации пациентов с возвратной стенокардией

С.А. Мацкевич, Е.С. Атрошенко, М.И. Бельская

ГУ РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Одним из наиболее эффективных методов хирургического лечения пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) является операция аортокоронарного шунтирования (АКШ). Однако у части пациентов, перенесших операцию АКШ, на фоне улучшения гемодинамики сохраняются стойкие невротические расстройства и нарушения психологического статуса. По причине выраженного снижения качества жизни 30% пациентов после операций не возвращаются к работе, до 20% пациентов вынуждены периодически госпитализироваться [1], у значительной части пациентов показатели трудоспособности оказываются даже ниже, чем до операции [2]. Психологический дистресс после перенесенной операции, депрессия, повышенная тревожность существенно влияют на состояние пациентов. Вероятно, поэтому психические расстройства в кардиохирургии приобретают статус одного из факторов, первостепенно значимых для качества послеоперационной клинической и социальной реабилитации пациентов и прогнозирования выживаемости. Начиная с 90-х годов прошлого столетия психические нарушения (наряду с кардиологическими и другими соматическими показателями) рассматриваются как облигатная составляющая клинико-статистических моделей исходов кардиохирургических вмешательств [2,3,4]. Частота психических нарушений в послеоперационном периоде АКШ, по оценкам разных авторов, составляет 13-64%, причем при-

мерно в половине из них психические расстройства персистируют в течение 6-12 месяцев после операции [5,6,7]. В послеоперационном периоде АКШ депрессия и тревога способствуют нарастанию субъективной тяжести кардиалгий и нарушений сердечного ритма [8], снижению физической активности [9], усугубляют когнитивный дефицит [10]. В частности, приводятся наблюдения парадоксальной обратной динамики болевых ощущений, нормализации сердечного ритма и переносимости нагрузок по мере редукции депрессивной симптоматики после АКШ у пациентов с объективными признаками окклюзии шунтов [11]. Известно также, что при проведении психологической реабилитации приверженность к лечению и выполнению врачебных рекомендаций значительно повышается [12,13,14].

В соответствии с накопленными на сегодня данными психические расстройства, в первую очередь тревожные и депрессивные, рассматриваются как значимые и независимые прогностические факторы неблагоприятного клинического и социального прогноза в отдаленном послеоперационном периоде.

Цель: определение эффективности проведения комплексной реабилитации пациентов с возвратной (постоперационной) стенокардией в отдаленном периоде после операции коронарного шунтирования.

Материал и методы. Обследовано 150 пациентов с возвратной (постоперационной) стенокардией функционального класса II,III с сердечной недостаточностью не выше II_п (средний возраст составил $58,6 \pm 4,72$ года). Из них 122 мужчин (81,3%) и 28 женщин (18,7%). Время, прошедшее после проведенной операции коронарного шунтирования, в среднем составило $19,6 \pm 2,79$ месяца. Признаки стенокардии возникли у обследованных пациентов спустя $8,6 \pm 1,13$ месяца от оперативного вмешательства. Артериальная гипертензия I-III ст. наблюдалась у 89% пациентов, инфаркт миокарда в анамнезе у 79% пациентов. Большинство обследованных пациентов (82%) имели II или III группу инвалидности. Медикаментозное лечение представлено стандартной антиангинальной терапией в сочетании с приемом аспирина и статинов.

В исследование не включались пациенты с перенесенным в ближайшие 6 месяцев инфарктом миокарда или острым нарушением мозгового кровообращения, гемодинамически значимыми пороками сердца, нестабильной стенокардией, хроническими заболеваниями легких, сложными нарушениями ритма. Выбор позднего постоперационного периода для исследования обоснован целью исключить влияние ранних постоперационных осложнений на уровни депрессии и тревожности.

Всем пациентам проведено общеклиническое исследование. Верификация стенокардии напряжением, определение толерантности к физической нагрузке осуществлялись с помощью велоэргометрического тестирования на аппарате Hellige (Германия) с использованием аппаратно – программного комплекса «Сигма». У всех пациентов оценивалось число анги-

нозных приступов в неделю и потребляемых таблеток нитроглицерина в день. Суточное мониторирование ЭКГ выполнено на аппарате «Philips Zymed Holter» (США): оценивалась суммарное время инверсий интервалов ST и число ишемических эпизодов. Оценка уровня ситуативной и личностной тревожности проводилась при помощи теста, разработанного Ч. Спилбергером и Л. Ханиным, позволяющего выявить уровень тревожности пациента на момент проведения исследования и тревожность как личностную черту. Для определения и измерения тяжести депрессивной симптоматики использовали шкалу депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory-BDI). Физическая активность оценивалась по темпу и объему выполненной физической нагрузки в течение дня (средний темп ходьбы (шагов и минуту) и пройденной расстояние за день в км). Качество жизни оценивалось с использованием «Сиэтлского опросника по стенокардии». Всем пациентам в комплексе со стандартной антиангинальной терапией проводилась физическая и психологическая реабилитация в течение 6 месяцев.

Статистический анализ проведен с применением общепринятых методов математической статистики с помощью статистического пакета программ STATSOFT STATISTICA 6.0 for Windows (USA), MS EXCEL XP. Для сравнения количественных показателей двух независимых групп при нормальном распределении признака применяли критерий Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Для выявления силы и направления связей между исследуемыми переменными использовался корреляционный анализ с расчетом параметрического коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты. Данные, полученные при помощи шкалы депрессии Бека, показали, что исходно у 26% пациентов имелись признаки легкой и умеренной депрессии, у 9% пациентов – клинически выраженная депрессия. Результаты шкалы Спилбергера-Ханина показали, что исходно умеренный (средний) уровень выраженности ситуативной тревожности отмечался у 69% пациентов, личностной тревожности у 50% пациентов. Высокий уровень ситуативной тревожности был выявлен у 22% обследованных пациентов, личностной тревожности – у 50% пациентов. Получено также, что 10,7% пациентов страдают как тревогой, так и депрессией, качество жизни в этой группе хуже, чем при изолированной тревоге или депрессии ($p < 0,01$).

В результате проведенной физической и психологической реабилитации отмечалось уменьшение числа ангинозных приступов в неделю и потребляемых таблеток нитроглицерина ($p < 0,001$), количества эпизодов депрессии сегмента ST ($p < 0,05$) и суммарного количества ишемических эпизодов ($p < 0,001$) по данным суточного мониторирования ЭКГ, а также увеличение выполненной на велоэргометре работы и времени выполнения теста ($p < 0,05$) без увеличения энергозатрат. После проведенного каждому пациенту курса физической реабилитации физическая активность возрос-

ла: увеличился темп и объем дозированной ходьбы ($p<0,001$). На фоне проведения психологической и физической реабилитации отмечалось значимое уменьшение уровня депрессии ($p<0,05$), ситуативной ($p<0,001$) и личностной ($p<0,05$) тревожности, а также увеличение качества жизни ($p<0,001$). В результате корреляционного анализа выявлена обратная корреляционная зависимость между увеличением физической активности и уровнями тревожности ($p<0,05$) и депрессии ($p<0,01$), а также обратные корреляционные связи между степенью выраженности тревожно-депрессивных расстройств и показателем качества жизни ($p<0,01$), а также между физической активностью и показателем качества жизни ($p<0,01$).

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о том, что при применении программы физической реабилитации антиишемическая эффективность проводимой терапии сопровождается значимым улучшением физической активности, увеличением толерантности к физическим нагрузкам, а присоединение психологического аспекта реабилитации способствует снижению уровней депрессии и тревожности на фоне улучшения качества жизни. Таким образом, проведение комплексной реабилитации пациентов с возвратной стенокардией в позднем постоперационном периоде приводит к значимому увеличению толерантности к физическим нагрузкам, психологической стабильности и улучшению качества жизни.

Литература

1. (BARI): Influence of diabetes on 5-year mortality and morbidity in a randomized trial comparing CABG and PTCA in patients with multivessel disease: the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) // *Circulation*. – 1997. – Vol. 96, № 6. – P. 1761-1769.
2. Замотаев, Ю.Н. Опыт применения программы медицинской и психологической поддержки больных, перенесших кардиохирургические операции / Ю.Н. Замотаев, В.А. Косов, Ю.В. Мандрыкин // *Тер. архив*. – 2000. – № 1. – С. 25-28.
3. Сологуб, К.Н. Особенности психологического статуса и его коррекция у больных с постинфарктным ремоделированием ЛЖ: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.06; 19.00.04 / К.Н. Сологуб. – Москва, 2001. – 151 с.
4. Stratification of morbidity and mortality outcome by preoperative risk factors in coronary artery bypass patients: a clinical severity score / T.L. Higgins [et al.] // *J. Am. Assoc. Med.* – 1992. – Vol. 267. – P. 2344-2348.
5. Long-term postoperative cognitive dysfunction in the elderly: ISPOCD1 study / J.T. Mollera [et al.] // *Lancet*. – 1998. – Vol. 351. – P. 857-861.
6. Самушия, М.А. Патохарактерологические нарушения в отдаленном послеоперационном периоде аортокоронарного шунтирования (клиника и терапия) М.А. Самушия, К.О. Вечеринина // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2005. – Т. 7, № 4. – С. 214-217.
7. Иванов, С.В. Психические расстройства, связанные с хирургическими вмешательствами на открытом сердце // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2005. – Т. 7, № 3. – С. 4-8.
8. Ziegelstein, R.C. Depression after myocardial infarction // *Cardiol. Rev.* – 2001. – Vol. 9, № 1. – P. 45-51.
9. Jenkins, C.D. Predicting completeness of symptom relief after major heart surgery / C.D. Jenkins, R.T. Jono, B.A. Stanton // *Behav. Med.* – 1996. – Vol. 22, № 2. – P. 45-57.
10. Mood state as a predictor of neuropsychological deficits following cardiac surgery / M.J. Andrew [et al.] // *J. Psychosom. Res.* – 2000. – Vol. 48, № 6. – P. 537-546.

11. Sotaniemi, K.A. Long-term neurologic outcome after cardiac operation // Ann. Thorac. Surg. – 1995. – Vol. 59, № 15. – P. 1336-1339.
12. Психологические предикторы эффективности реабилитации после операции аорто-коронарного шунтирования / В.П. Зайцев [и др.] // Кардиология. – 1998. – № 4. – С. 30-33.
13. Погосова, В.Г. Эффективность психологической реабилитации больных, перенесших операцию аорто-коронарного шунтирования / В.Г. Погосова, Т.А. Айвазян, В.П. Зайцев // Кардиология. – 1999. – № 7. – С. 34-37.
14. Lane, D. Psychology in coronary care / D. Lane, D. Carrol, G.Y. Lip // Q.J.Med. – 1999. – Vol. 92. – P. 425-431.

Возможность применения скандинавской ходьбы в нейрокогнитивной реабилитации пациентов с артериальной гипертензией

А.Г. Николаева, И.Н. Деркач, А.А. Валуй, И.В. Зыгмант,
М.П. Морозов, Т.А. Денисенко, Н.Н. Горшкова, Э.О. Гиунашвили,
В.Е. Руммо, С.П. Воскобойникова

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Республика Беларусь

Городской центр ГБТ и БКА, г. Витебск, Республика Беларусь

УЗ «Витебский областной диспансер спортивной медицины»,
г. Витебск, Республика Беларусь

ДУП «Санаторий «Лётцы», Витебский район, Республика Беларусь
Санаторий «Железнодорожник», Витебский район, Республика Беларусь

По данным Всемирной организации здравоохранения недостаточно активный образ жизни представляет собой глобальную проблему для общественного здравоохранения. Недостаточная физическая активность является четвертым по значимости фактором риска глобальной смертности. Экспертами ВОЗ доказано, что регулярная физическая активность незначительно приводит к положительным изменениям биомедицинских показателей здоровья людей.

Для России, Белоруссии актуальна проблема оздоровления всех возрастных категорий населения средствами физической культуры, а, следовательно, существует необходимость применения таких форм организации, которые будут учитывать уровень физической подготовленности, развитие и состояние здоровья. И наша задача преподавателей физической культуры и спорта найти такой вид физической активности, который бы позволял преодолеть нежелание людей заниматься физической активностью.

Скандинавская ходьба является отличной профилактикой, лечебным и восстановительным компонентом при дисциркуляторной энцефалопатии и когнитивных нарушениях. Помогает при болезнях системы кровообращения, дыхания, при остеохондрозе, остеопорозе, стрессе, головокружении, в восстановительном периоде после инсульта (при незначительной и умеренной симптоматике), при болезни Паркинсона, ожирении. В Герма-

нии в реабилитационную программу после эндопротезирования коленных и тазобедренных суставов входят обязательные занятия по скандинавской ходьбе.

Кроме самого факта гармоничной физической нагрузки важно, что действие происходит на свежем воздухе, парке, сквере, на природе. Занятия часто проходят в коллективе единомышленников, сопровождаются приятным общением, устраняют его дефицит в любом возрасте. Длительное пребывание на воздухе и физическая усталость (но не перегрузка) нормализуют эмоционально-волевую сферу, помогают при стрессах.

При ходьбе с палками движения рук, ног, туловища осуществляются ритмично и похожи на движения при быстрой ходьбе, но являются более интенсивными. Амплитуда движения рук вперед-назад регулирует ширину шага. Отталкивание папкой заставляет делать более широким шаг. А чем слаженнее работают руки и ноги, тем эффективнее участвуют в движении суставы, мышцы бедер, грудного отдела, шеи и плеч. Техника скандинавской ходьбы соответствует с одной стороны естественному стереотипу движения при обычной ходьбе, а с другой – технике ходьбы на лыжах, что обеспечивает участие мышц всего тела в процессе движения. Движение рук позволяет увеличить эффективность тренировки на 40%. Опыт показывает, что уже после первых шагов с палками большинству участников удается ощутить и поймать свой ритм ходьбы. Формирование нового двигательного стереотипа происходит в течение первых 2-3 занятий.

Результаты многих исследований показали, что скандинавская ходьба улучшает состояние сердечнососудистой и дыхательной систем, снимает напряжение мышц шейно-плечевого отдела, укрепляет мышцы спины, позволяет снизить нагрузку на суставы ног на 10-20% по сравнению с обычной ходьбой, улучшает настроение, устойчивость к стрессам, снижает раздражительность, регулирует работу ЦНС. При такой ходьбе вырабатываются правильная осанка, с выпрямленной спиной и расправленными плечами.

В ходе проведенных исследований было показано, что Скандинавская ходьба: улучшает состояние дыхательной и сердечнососудистой систем организма; на 5-10% повышает потребление энергии по сравнению с обычной ходьбой; – повышает частоту сердечных сокращений на 10-15 ударов в минуту по сравнению с обычной ходьбой; не вызывает большей усталости, чем обычная ходьба; улучшает состояние мышц; снимает напряжение с мышц шейно-плечевого отдела, уменьшает болевые ощущения; снижает нагрузку на коленные суставы; является безопасной в качестве методики реабилитации; повышает мобильность у пожилых людей; благотворно влияет на настроение.

Нормализация артериального давления (АД) и оптимизация физической активности представляет одно из наиболее эффективных направлений профилактики развития и прогрессирования когнитивных расстройств у

пациентов с артериальной гипертензией (АГ). Наличие когнитивных нарушений в пожилом возрасте связано также с изменениями скорости и характера походки, что может являться причиной падений.

Целью работы было оценка возможности применения скандинавской ходьбы в процессе нейрокогнитивной реабилитации пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Группа «Скандинавская ходьба с палками» – 32 женщины, страдающих АГ, средний возраст – $65,2 \pm 4,6$ лет. Продолжительность занятий была 1 час, 2 раза в неделю под контролем профессионального инструктора. Темп ходьбы, расстояние оценивали по субмаксимальной частоте сердечных сокращений (ЧСС), клинической симптоматике.

Обследуемые ответили на вопросы разработанной анкеты, уточняющей особенности социального статуса, наличия факторов риска развития сердечнососудистых осложнений, контроля уровня АД, характера антигипертензивной терапии, наличие сопутствующих заболеваний.

Для оценки депрессивного состояния применяли шкалу депрессии позднего возраста (ШДПВ), состоящую из 15 пунктов. Наличие депрессивных нарушений определяли при значении результата более 5 баллов [2].

Для диагностики когнитивных расстройств применяли тест Mini-Mental State Examination (MMSE), 24 балла является пороговым значением для диагностики когнитивных расстройств. Использовали и тест рисования часов (ТРЧ), диагностическим уровнем когнитивных нарушений является 8 баллов [3].

Самооценку здоровья проводили с помощью стандартного валидизированного опросника EQ-5D по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) [1]. Проводили расчет индекса здоровья. Физическую активность определяли с помощью теста самооценки выполняемой нагрузки и передвижений.

Запись электроэнцефалографии проводили на компьютерном электроэнцефалографе Нейрон-Спектр-4/ВП фирмы Нейрософт (г. Иваново, Россия). Регистрировали слуховые вызванные потенциалы (СВП) в стандартной парадигме oddball. Анализировали волну P300 СВП на значимые стимулы: межпиковую амплитуду компонентов N2/P3 (мкВ) и латентность компонента P3 (мс).

До и после 2 месяцев курса тренировок оценивали самооценку здоровья, индекс активности (EQ-5D), MMSE, ТРЧ, ШДПВ, ЭЭГ с записью когнитивных потенциалов P300, самооценку физической активности.

Полученные в результате исследования данные обработаны статистически с использованием пакета прикладных программ для персонального компьютера STATISTICA 10.0.

Результаты исследования. Уровень САД до курса тренировок был – $154,2 \pm 18,8$ мм рт.ст, ДАД – $89,0 \pm 9,3$ мм рт.ст, после курса значение

уровня артериального давления было достоверно ниже - $136,2 \pm 15,8$ мм рт.ст, ДАД - $82,1 \pm 17,3$ мм рт.ст. ($p < 0,05$).

Среднее значение ВАШ до курса тренировок было статистически значимо ниже, по сравнению с результатами после окончания курса тренировок – $71,9 \pm 10,9$ мм и $85,1 \pm 11,1$ мм, соответственно ($p < 0,05$). Результаты индекса активности не отличались и составили $0,72 \pm 0,16$ и $0,79 \pm 0,15$, соответственно ($p > 0,05$).

Результаты ШДПВ уменьшались после курса тренировок и составили $3,9 \pm 1,8$ и $2,1 \pm 1,3$ балла, соответственно ($p = 0,05$). Результаты самооценки физической активности достоверно увеличились и составили $5,8 \pm 1,8$ балла и $7,5 \pm 1,4$ балла, соответственно ($p = 0,05$).

До начала курса тренировок данные MMSE составили в среднем $27,6 \pm 1,2$ балла, ТРЧ - $7,3 \pm 0,6$ балла, после – $27,9 \pm 1,2$ балла и $7,5 \pm 0,7$ балла ($p > 0,05$).

По данным анализа амплитуды P300 было показано статистически значимое увеличение значений во фронтальных и центральных отведениях (таблица 1). По данным анализа латентности P300 было показано статистически значимое укорочение латентности (времени когнитивного процесса) у пациентов с АГ, после двух месяцев тренировок, в двух фронтальных отведениях.

Таблица 1

Амплитуда P300 до и после курса тренировок

Электроды	Показатели амплитуды, мкВ до тренировок	Показатели амплитуды, мкВ после тренировок	p
F7A1	$-1,9 \pm 0,01(1,6)^*$	$-4,3 \pm 0,02(2,5)$	0,01
C3A1	$-1,3 \pm 0,01(0,9)^*$	$-4,4 \pm 0,02(1,3)$	0,01
Электроды	Показатели латентности, мс до тренировок	Показатели латентности, мс после тренировок	p
Fp2A2	$382,0 \pm 5,2(19,2)^*$	$362,2 \pm 4,9(16,4)$	0,05
F4A2	$385,0 \pm 5,1(19,4)^*$	$364,4 \pm 4,7(19,9)$	0,04
P3A1	$392,5 \pm 5,7(26,3)$	$365,0 \pm 5,1(22,6)$	0,08

Примечание: * $p < 0,05$ – статистически значимые отличия между изучаемыми показателями у пациентов с артериальной гипертензией до и после курса тренировок.

По данным анализа латентности P300 показано статистически значимое укорочение латентности (времени когнитивного процесса) у пациентов с АГ, после двух месяцев тренировок, в двух фронтальных отведениях ($p < 0,05$).

Выводы. Для пациентов с артериальной гипертензией старших возрастных групп обоснованным является назначение дозированных физических тренировок «Скандинавская ходьба с палками» в комплексную программу медицинской реабилитации с целью профилактики развития ког-

нитивных нарушений, депрессивных расстройств, низкой физической активности, повышению уровня самооценки здоровья.

Литература

1. Амирджанова В.Н. Валидация русской версии общего опросника EuroQol – 5D (EQ-5D) // Научно-практическая ревматология. – 2007. – № 3. – С. 69-76.
2. Baldwin R.C. Лечение депрессии у лиц пожилого возраста // Advances in Psychiatric Treatment – 2002. – № 10. С. – 131-139.
3. Folstein M.F. 'Mini-Mental State': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. // J Psychiatr Res. – 1975. – № 12. – P. 189-198.

Когнитивные функции и депрессивное состояние у лиц старших возрастных групп с артериальной гипертензией: влияние средств физической реабилитации

Т.Л. Оленская, Л.Л. Шебеко, Н.Ю. Коневалова,
А.Е. Гуринович, Ю.Е. Самуилич

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Республика Беларусь

УО «Полесский государственный университет»,
г. Пинск, Республика Беларусь

УЗ «Пинская центральная больница», г. Пинск, Республика Беларусь

Не вызывает сомнений роль повышенного артериального давления как фактора риска в развитии расстройств памяти и других когнитивных функций. Проявлениями поражения головного мозга как органа-мишени считают когнитивные нарушения.

В рекомендациях по диагностике и лечению АГ впервые на необходимость выявления субклинических поражений головного мозга указано лишь в 2009 г. в согласительном документе Европейского общества по артериальной гипертензии. Другим важным фактором в рассмотрении такого заболевания как АГ является диагностика депрессивных расстройств, которые часто сопутствует как самому заболеванию, так и его осложнениям. Несмотря на клиническую значимость, как когнитивные функции пациентов, так и депрессивные состояния, в общемедицинской сети в большинстве случаев не выявляются и, соответственно, не лечатся [1].

Своевременные мероприятия адекватной активизации пациентов с АГ с помощью дозированных физических нагрузок, которые воздействуют, в том числе, на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, психоэмоциональную сферу, способствуют повышению толерантности к физической нагрузке, восстанавливают физическую работоспособность, улучшают их психоэмоциональное состояние, тем самым, способствуют улучшению качества жизни.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе УЗ «Пинская центральная больница». В группу исследования были включены

50 пациентов старших возрастных групп с диагнозом АГ I-III степени. Средний возраст обследуемых составил $67,9 \pm 6,1$ лет (от 61 до 80 лет), из которых мужчины – 34 %, женщины – 66%.

Для оценки депрессивных расстройств применяли шкалу депрессии позднего возраста (ШДПВ) [2]. Для диагностики когнитивных расстройств применяли тест Mini-Mental State Examination (MMSE) [3]. Использовали также тест рисования часов (ТРЧ), диагностическим уровнем когнитивных нарушений является 8 баллов [4]. Физическую активность определяли с помощью теста самооценки выполняемой нагрузки и передвижений.

Полученные в результате исследования данные обработаны статистически с использованием пакета прикладных программ для персонального компьютера STATISTICA 10.0.

Наблюдение осуществлялось в течение 10 дней (стационарный этап реабилитации). К основным программным мероприятиям относятся: лечебная гимнастика; когнитивная гимнастика для улучшения и сохранения должного уровня когнитивных функций; дозированная ходьба до 1 км; самостоятельные занятия.

Продолжительность занятия лечебной гимнастикой составляла 30-40 минут, из которых 35-40% времени занятия (10-15 минут) отводилось когнитивной гимнастике, которые включала в себя гетеролатеральные и гомолатеральные упражнения, упражнения на развитие памяти, внимания, ориентации в пространстве, скорости мышления, разнонаправленные и однонаправленные движения, упражнения на релаксацию. Кроме этого пациентам была рекомендована дозированная ходьба в медленном темпе и самостоятельные занятия, включающие в себя прогулки, разгадывание кроссвордов, чтение и прослушивание музыки.

Результаты исследования и их обсуждение. Самооценка состояния здоровья пациентов, поступивших в стационар, проводимая методом анкетирования, позволила выявить, что у 32% опрошенных возникают проблемы при ходьбе, 26% пациентам трудно умываться и одеваться ежедневно, 56% трудно выполнять свои повседневные дела.

У большей части опрошенных выявлена низкая двигательная активность. Так, 34% респондентов не ходят за покупками ежедневно, а предпочитают остаться дома, 50% опрошенных имеют сидячую работу и 68% пациентов не занимаются ЛФК самостоятельно. Около 12% респондентов ежедневно имели низкую физическую нагрузку до 30 минут в день (поход в магазин, работа), еще 12% опрошенных посвящали двигательной активности около 0,5-1 часа в день (поход в магазин, самостоятельные занятия ЛФК, движения на работе). У 8% опрошенных ежедневная двигательная активность составляла 1-2 часа, оставшиеся опрошенные пациенты имели регулярную физическую нагрузку более 2 часов день (работа в движении, поход за покупками, самостоятельные занятия ЛФК дома).

По результатам оценки состояния когнитивных функций было отмечено, что 12% исследуемых пациентов набрали наивысший балл, что соот-

ветствует отсутствию нарушений, у остальных 88% пациентов были выявлены когнитивные нарушения разной степени выраженности.

При анализе полученных данных было выявлено, что у 4% респондентов по результатам теста отсутствуют когнитивные нарушения, у 96% испытуемых имеются когнитивные нарушения разной степени выраженности, что проявлялось в неточном или неправильном расположении стрелок, цифр на циферблате, неправильном указании времени, нарушенной целостности нарисованного круга, в отсутствии части чисел на циферблате.

Анализ результатов показал, что 68% испытуемых набрали наивысший балл, который характерен отсутствию достоверно выраженных симптомов депрессивного состояния. Однако у 32% пациентов были выявлены нарушения в психоэмоциональной сфере разной степени выраженности, проявляющаяся в плохом настроении, навязчивых мыслях, нарушении сна, утрате интереса к жизни, неудовлетворенности своей жизнью.

Таким образом, было установлено, что самооценка уровня здоровья при поступлении в стационар в среднем у пациентов, страдающих артериальной гипертензией, была на низком уровне и составила 50 баллов. Более 50% пациентов отметили, что имеют трудности при выполнении своих повседневных дел и обязанностей.

Около 24% опрошенных пациентов имели низкий уровень повседневной двигательной активности (12% – менее 30 мин и 12% – 30-60 мин в день).

Анализ уровня когнитивных функций позволил выявить у 88% пациентов когнитивные нарушения различной степени выраженности, а также у третьей части обследуемых – наличие депрессивно-тревожных расстройств.

После курса лечения, который в среднем составлял 10-12 дней, и занятий по предложенной программе реабилитации было отмечено, что средний показатель самооценки здоровья увеличился до 61,3 баллов. Это позволило уже оценить уровень здоровья как средний, при этом прирост данного показателя составил 22,6%.

Так, у 18% пациентов самооценка здоровья составила 50 баллов, что продолжало соответствовать низкому уровню здоровья; 30% опрошенных пациентов после курса реабилитации оценили уже свой уровень здоровья как средний; у оставшихся 36% и 8% пациентов самооценка здоровья составила 61 балл и выше, что соответствовало хорошему и высокому уровню самооценки здоровья.

При оценке показателей уровня когнитивных функций после курса реабилитации по разработанной программе было выявлено, что у 40% занимающихся уровень когнитивных функций достиг нормы, а у 90% пациентов отмечены улучшения психоэмоционального состояния, нормализация сна, повышение тонуса и настроения.

В таблице 1 представлены результаты анализа когнитивных функций и психоэмоционального состояния спустя 10 дней занятий по предложенной программе реабилитации. Была получена положительная динамика в показателях состояния когнитивных функций и уровня депрессивного состояния, которая выражалась достоверным улучшением показателей состояния когнитивных функций по тесту MMSE ($p \leq 0,01$), тесту рисования часов ($p \leq 0,01$) и улучшению психоэмоционального состояния по оценке Шкалы депрессии позднего возраста ($p \leq 0,01$).

Таблица 1

Показатели анализа состояния когнитивных функций и психоэмоционального состояния в ходе занятий ЛФК

Показатели	До курса	После курса
Тест MMSE	$24,6 \pm 0,55$	$26,12 \pm 0,49^*$
Тест рисования часов	$6,88 \pm 0,15$	$8,32 \pm 0,1^*$
Шкала депрессии	$5,88 \pm 0,49$	$2,88 \pm 0,3^*$

*достоверность различия $p \leq 0,01$

Заключение. Систематические занятия физическими упражнениями в сочетании с когнитивной гимнастикой оказывают положительное влияние на состояние организма через многие звенья регулирующих систем длительного воздействия.

Выявление когнитивных нарушений и изменений психоэмоциональной сферы у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией, а также возможность коррекции выявленных нарушений с учетом их обратимости на фоне сочетанного медикаментозного и немедикаментозного лечения является актуальной задачей, которая пока не находит широкого применения в практическом здравоохранении. Предложенная программа физической реабилитации с включением когнитивной гимнастики является эффективным способом немедикаментозного лечения, позволяющим оказать позитивное действие на высшие психические функции мозга, повысить уровень качества жизни, уменьшить ограничения социальных контактов и уровня коммуникаций, снизить степень утомления и повысить жизненную активность пациентов, страдающих артериальной гипертензией. Для клинической практики целесообразно систематизировать доступную информацию о механизмах формирования и методах диагностики когнитивных нарушений и депрессивных расстройств у пациентов с артериальной гипертензией, а также и методах их коррекции.

Литература

1. Захаров, В.В. Когнитивные нарушения при сосудистых поражениях головного мозга: клиника, диагностика, лечение / В.В. Захаров // Фарматека. – 2009. – №7. – С.32-37
2. Baldwin R.C. Лечение депрессии у лиц пожилого возраста // Advances in Psychiatric Treatment – 2002. – № 10. С. – 131-139.

3. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. 'Mini-Mental State': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. // J Psychiatr Res. – 1975. – № 12. – P. 189-198.

4. Cosentino S., Jefferson A., Chute D.L., Kaplan E., Libon D.J. Clock drawing errors in dementia: neuropsychological and neuroanatomical considerations / Cogn Behav Neurol. – 2004. – Jun. № 17(2). – P. – 74-84.

Алгоритм управления процессом медицинской реабилитации при посттравматических артрозах суставов конечностей с позиции Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

Ю.В. Осипов, Е.Л. Талако, А.И. Разуванов, Л.Г. Кобизькая, А.А. Шнигир

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

УЗ «11-я городская клиническая больница», г. Минска, Республика Беларусь

Посттравматические артрозы (ПТА) являются исходом изолированных или сочетанных повреждений костных и мягкотканых структур суставов: капсулы, гиалинового хряща, связочного аппарата, сосудов, нервов. ПТА чаще всего поражает тазобедренные и коленные суставы, доля гонартроза при ПТА составляет 23,0-33,3% [1].

ПТА относится к заболеваниям, требующим длительного лечения, ближайшие результаты которого признаются неудовлетворительными у 14%, а отдаленные – у 48% пациентов. Развитие ПТА приводит к стойким умеренным и выраженным нарушениям статодинамической функции, и, как следствие этого, к инвалидизации и снижению «качества жизни» пациента. Крайне актуальна и социально-экономическая значимость данной проблемы, поскольку наибольшее количество случаев ПТА – 60-82,5% – регистрируют преимущественно среди лиц трудоспособного возраста, что также сопровождается высоким удельным весом – до 35% пациентов, получивших инвалидность. В хирургическом лечении, в том числе и эндопротезировании, нуждаются инвалиды I и II группы, чаще с коксартрозами и гонартрозами III-IV степени, в медицинской реабилитации (МР) с применением консервативных методов нуждаются 81,5% пациентов с ПТА [2].

Конкретные реабилитационные задачи определяются посредством – экспертно-реабилитационной диагностики (ЭРД) и реализуются через индивидуальную программу медицинской реабилитации (ИПМР). Формирование индивидуального клинико-функционального профиля пациента с ПТА может быть проведено в рамках категорий доменов МКФ с помощью стандартных определителей, что требует разработки алгоритма использования МКФ в медицинской реабилитации при данной патологии.

Цель исследования: Разработать алгоритм управления процессом медицинской реабилитации при ПТА суставов конечностей с позиции МКФ.

Материалы и методы исследования Проведено обследование 185 пациентов с ПТА суставов конечностей, проходивших МР в 11-й клинической больнице и ЭРД в консультативно-поликлиническом отделении ГУ «РНПЦ МЭиР», период исследования 2013-2015гг. Средний возраст пациентов относился к трудоспособному и составил $54,38 \pm 2,85$ лет. Из 185 обследованных пациентов мужчин составили 101 (54,59%) пациент, женщины – 84 (45,41 %).

Контингент пострадавших с посттравматическими артрозами суставов конечностей в большинстве случаев был представлен лицами физического труда – 107 (57,83%) пациентов, служащих – 36 (19,46%), учащихся – 4 (2,16%), пенсионеров – 38 пациентов (20,54%) (рисунок 1).

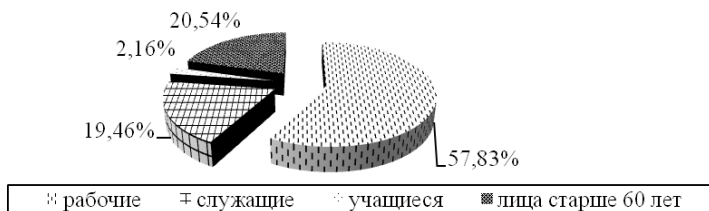


Рисунок 1. Социальная структура обследованных пациентов с ПТА

С ПТА тазобедренного сустава исследовано 29 (15,67%) пациентов, коленного сустава – 61 (32,97%), голеностопного – 68 (36,75%), плечевого сустава – 10 (5,41%), локтевого сустава – 8 (4,32%), лучезапястного – 9 (4,86%) пациентов (рисунок 2).

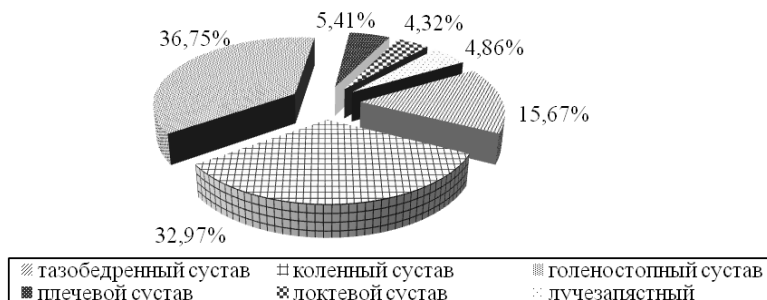


Рисунок 2. Распределение пациентов с ПТА по нозологическим группам

В рамках предлагаемой этапной технологии при ПТА реализовались следующие технологические элементы:

1. Отбор пациентов с ПТА на МР: порядок отбора, определение показаний и противопоказаний к проведению МР; определение показаний к направлению на отдельные этапы МР, оптимальных сроков перевода и длительности курса МР на этапах;
2. Проведение ЭРД ограничений жизнедеятельности с позиции МКФ;
3. Формирование индивидуального профиля кодов по МКФ;
4. Определение уровня реабилитационного потенциала и прогноза;
5. Формирование индивидуального реабилитационного маршрута при ПТА;
6. Формирование и осуществление ИПМР с позиции МКФ;
7. Оценка эффективности ИПМР с позиции МКФ.

Алгоритм управления процессом медицинской реабилитации при ПТА на основе МКФ предполагал использование следующих базовых МКФ-наборов и средств:

1) Базовый МКФ-категорийный набор при ПТА – набор категорий доменов структур, функций, активности и участия МКФ, в которых возникают нарушения и ограничения, характерные для патологических проявлений развития ПТА;

2) Лист индивидуального МКФ-профиля – набор категорий доменов МКФ, нарушения и ограничения в которых возникли у конкретного пациента, с указанием степени выраженности нарушений и ограничений путем внесения значений определителя категорий доменов (ОКД);

3) Таблица (программа) МКФ-реабилитационного медицинского вмешательства включает в себя указание специалистов мультидисциплинарной реабилитационной бригады, набор категорий доменов МКФ, с указанием ОКД нарушений и ограничений которые возникли у пациента, а так же перечень методов медицинской реабилитации показанных для применения на данном реабилитационном этапе;

4) МКФ-реабилитационный дисплей – набор категорий доменов МКФ пациента с ПТА указанием ОКД нарушений и ограничений в начале и по завершению цикла МР.

Последовательное включение базовых МКФ-наборов в процесс МР при ПТА позволяет на качественно новом уровне с учетом индивидуального профиля пациента, составленного из категорий МКФ, разрабатывать ИПМР, оценивать результаты и эффективность МР. Алгоритм МР с позиции МКФ при ПТА представлен на рисунке 3.

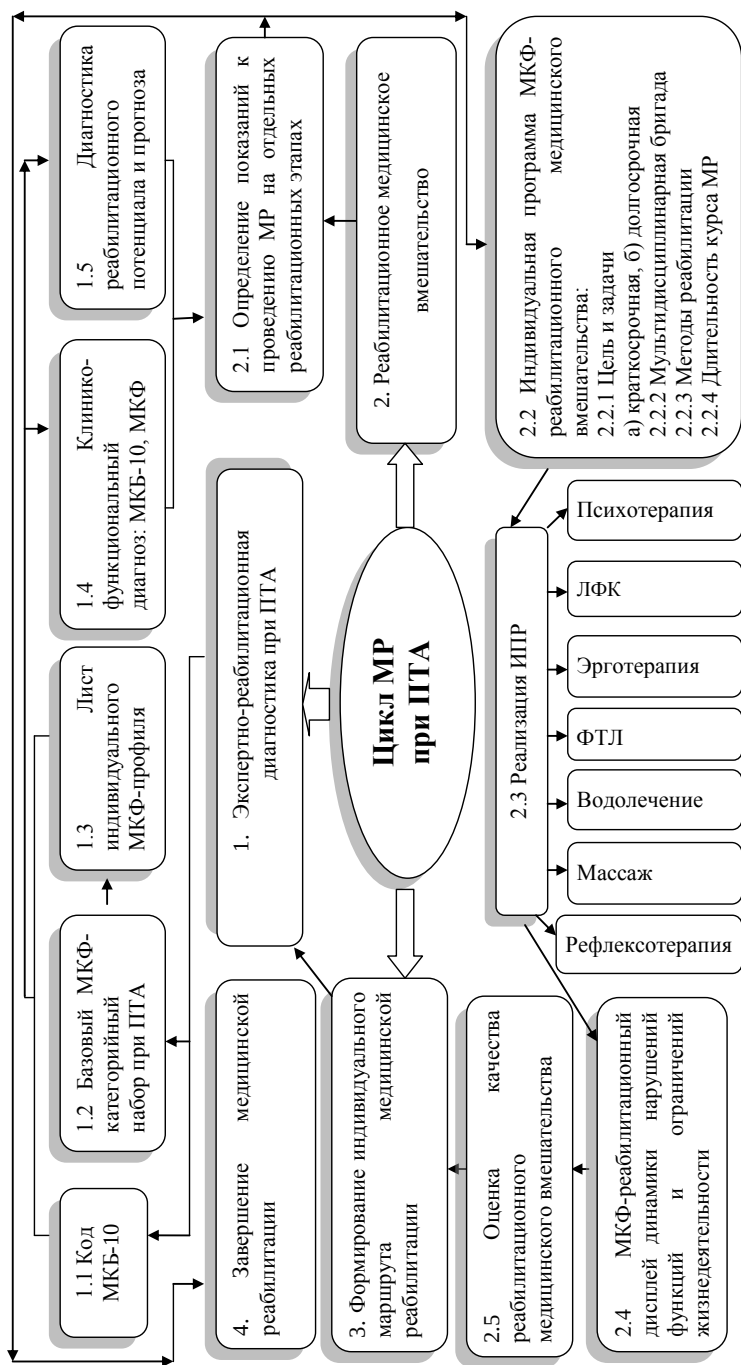


Рисунок 3. Алгоритм управления процессом медицинской реабилитации при ПТА с позиции МК

Используя разработанный алгоритм, составлялась программа МР с указанием кратности и дозирования мероприятий МР. Комплекс мероприятий медицинской реабилитации включал определение режима двигательной активности, устранение или уменьшение факторов риска, применение методов физической реабилитации, физиотерапевтическое лечение, эрготерапию, механотерапию, медикаментозную терапию, психотерапию, обучение пациента (школу больного). Для оценки эффективности МР учитывали данные динамики определителя категорий доменов индивидуального МКФ профиля, полученные в процессе реабилитации. Проведенная апробация разработанного алгоритма управления процессом МР доказала, что его применение позволяет добиться положительной динамики МКФ профиля в доменах активности и участия у 70,6% пациентов с ПТА. У остальных пациентов положительная динамика ОКД была отмечена в доменах функций организма. В том случае если на фоне консервативной МР не удается достичь ремиссии, патологический процесс прогрессирует, нарастает нарушение функции и деформация сустава – проводится оперативное лечение.

Выводы: Разработанный алгоритм управления процессом медицинской реабилитации при посттравматических артрозах суставов конечностей на основе МКФ позволяет сформировать индивидуальный реабилитационный маршрут и эффективную программу МКФ-реабилитационного медицинского вмешательства с учетом особенностей патологических проявлений на уровне функций, и структур организма, а так же особенностей функционирования в домене активность и участие.

Литература

1. Лебедева, Е. А. Клинико-эпидемиологическая характеристика заболеваний суставов у городского населения: дис. канд. мед. наук /Е. А. Лебедева. – Иваново, 2007. – 121 л.
2. Ондар, В.С. Реабилитация больных и инвалидов с патологией крупных суставов методом эндопротезирования с применением современных имплантов / В.С. Ондар // Ж. Медико-социальные проблемы инвалидности. – Москва – 2011. – № 2. – С. 95-98

Структура комплексной программы психосоциальной реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ

С.И. Осипчик, А.А. Кралько, И.В. Григорьева

ГУ «РНПЦ психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

Заболевания, связанные с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), представляют собой единый аддиктивный болезненный процесс, несмотря на имеющиеся различные клинические формы – химические зависимости, алкоголизм, наркомании, токсикомании и другие формы зависимого поведения феноменологически проявляются расстройством влече-

ний. Любое наркологическое заболевание реализуется в связи с накоплением факторов риска: от генетических до приобщения к той или иной субкультуре, которая предполагает употребление психоактивных веществ [1].

Лечение расстройств, связанных с употреблением ПАВ, является хорошими инвестициями и было подсчитано, что каждый доллар потраченный на лечение от последствий ПАВ, дал в среднем экономию затрат в размере семи долларов вследствие снижения преступности и возвращения зависимых от ПАВ в рабочий процесс и появления у них источников доходов [2].

К важнейшим принципам организации результативной реабилитационной программы относятся: создание реабилитационной среды, долгосрочность, систематическая трудовая занятость, обязательная образовательная деятельность, по показаниям – оказание медицинской и психологической помощи, постреабилитационное сопровождение в амбулаторных условиях [3]. В зависимости от длительности лечения, различают краткосрочные программы, длящиеся до 12 недель, и долгосрочные, длительностью 12-52 недели. В краткосрочные программы входят мероприятия по дезинтоксикации и подготовке к реабилитации. Долгосрочные программы направлены на лечение тяжёлых форм зависимости, коррекцию расстройств личности [4, 5, 6].

Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей ПАВ – система медицинских, социальных, правовых, психологических, педагогических и трудовых мер, направленных на отказ от употребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, восстановление физического, психического и духовного здоровья потребителей наркотиков, их максимально возможного личностного и социального статуса, а также способностей к полноценной интеграции в общество, внесению позитивного вклада в его социальное, экономическое и культурное развитие.

В настоящее время выделены следующие этапы реабилитации зависимых от ПАВ, которые были разработаны в НИИ наркологии МЗ РФ: а) начальный (вход в программу) – продолжительностью до 2-х месяцев; б) развернутый (I этап) – до 6-8 месяцев; в) завершающий (II этап, выход из программы) – до 2-3 месяцев. Профилактический блок мероприятий, реализуемый после завершения программы реабилитации направлен на создание социальной поддержки, предотвращение срывов и рецидивов заболевания в течении года [7, 8]. Несмотря на существующие сегодня программы реабилитации мы считаем, что для обеспечения полноценного реабилитационного процесса необходимо совершенствование программ длительной реабилитации. В Республике Беларусь такие программы ранее отсутствовали. Применялись лишь краткосрочные программы реабилитации длительностью 28 и 60 дней.

Цель: разработать программу долгосрочной психосоциальной реабилитации лиц с зависимостью от ПАВ.

Результаты и методы: Оценка тяжести зависимого расстройства производилась в соответствии с Белорусским Индексом Тяжести Аддикции – (Бел-ИТА/В-ASI).

Было проведено Бел-ИТА-интервью у 100 пациентов с зависимостью от опиоидов. Все пациенты находились на дезинтоксикационной терапии, распределение по полу: 24 женщин и 76 мужчин. Средний возраст обследованных пациентов в группе – $35,8 \pm 0,64$ лет. Проведен скрининг проблем пациентов в 12 проблемных областях. Доминирующей была потребность в помощи пациентов относительно вопросов, связанными с оценкой состояния и возможных изменений: своего физического здоровья у 87%; оценкой употребления наркотиков у 96% – что создавало возможности изменения аддиктивной мотивации; оценкой состояния психического здоровья у 85% – предполагало построение мотивации относительно развития когнитивных и личностных изменений нормативного характера; оценкой взаимоотношений в семье у 77% – улучшения семейных отношений и научения навыкам решения проблем внутри семьи; оценкой организации досуга у 71% – для снижения высокого уровня социальной тревожности и повышения уровня самооэффективности; оценкой состояния отношений с законом у 50%; оценкой работы и трудоустройства у 50% и финансов у 70%. Незначительными директориями относительно потребности в помощи явились вопросы, связанные с оценкой состояния обучения и образования 7%, жилищных условий 7%. Анализ употребления психоактивных веществ пациентами с синдромом зависимости от опиоидов показал, что наиболее предпочтительным в употреблении был прием героина – у 73% пациентов, с пояснением, что «он наиболее вызывает приятные ощущения и не имеет последствий в последующем»; маковая соломка – 70%; другие опиаты (сечечки) – 49%; метадон – 54%; анальгетики – 59,0%; каннабис – 49,0%; амфетамины – 47,0%. Сравнительный анализ выявленных нарушений психической сферы в процессе интервью показал высокие показатели по всем параметрам психического функционирования: отмечающиеся признаки депрессии – 50%; субъективного уровня тревоги – 83%; признаков дисфорического состояния – с 89%; суицидальной активности – 57%; когнитивных нарушений – 28%; проявлений наличия продуктивной симптоматики: параноидных симптомов – 68,0%; наличия появления галлюцинаций «голосов и видений» – 13,0%.

Доминирование множества факторов относительно потребности в помощи подтверждает необходимость многогранности и длительности реабилитационной программы, пролонгированного действия в течении длительного промежутка времени, для предупреждения прогрессирования зависимости и обеспечения устойчивых ремиссий.

На основании анализа имеющихся принципов и данных о результатах существующих реабилитационных программ нами разработана комплексная психосоциальная реабилитационная программа, которая состоит из четырех периодов реабилитации: предреабилитационного, реабилитационного, ресоциализационного и амбулаторного. В свою очередь периоды делятся на определенные по времени этапы. Так, предреабилитационный период состоит из информационного (1-2 недели) и мотивационного (2-4 недели) этапов, реабилитационный период состоит из адаптационного (1,5 месяца), интеграционного (2-3 месяца) и стабилизационного (3 месяца) этапов. Этап ресоциализации делится на 2 фазы: 1 (3 месяца) и 2 (3 месяца). Завершает реабилитационный процесс амбулаторный постреабилитационный этап, который в каждом случае определяется индивидуально и зависит от уровня реабилитационного потенциала пациента, его возможностей.

Заключение. Применение комплексной программы психосоциальной реабилитации позволит зависимым от ПАВ трансформировать неадаптивные межличностные паттерны поведения, избавиться от повторения деструктивных личностных кризисов в будущем и прекратить употребление ПАВ.

Литература

1. Егоров, А.Ю. О кризисе в наркологии и возможных направлениях аддиктологии / А.Ю. Егоров // Психическое здоровье. – 2006. – №9. – С. 33-37.
2. National Drug Control Strategy 2012 / Office of National Drug Control Policy [Electronic resource]. – Washington, DC: The White House, 2012. – 69 p. – Mode of access: http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/2012_ndcs.pdf. – Date of access: 21.07.2014.
3. Leshner, A.I. Addiction is a brain disease, and it matters / A.L. Leshner // Science. – 1997. – №27. – P. 45-47.
4. Huber, A. Integrating treatments for metham- phetamine abuse: A psychosocial perspective / A. Huber et al // Journal of Addictive Diseases. – 1997. – Vol. 16 № 1. – P. 41 – 50.
5. Rawson, R. An intensive outpatient approach for cocaine abuse: the matrix model / R. Rawson et al // Journal of Substance Abuse Treatment. – 1995. – Vol. 12 № 12. – P. 117 – 128.
6. Дудко, Т.Н., Пузиенко, В.А., Котельникова, Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации. – М., 2001. – С.7-38.
7. Стратегии лечения алкогольных проблем / под ред. П. Й. Герлинга, В. Бринка, Г.М. Схипперс. – Киев: Сфера, 1999. – 168 с.
8. Материалы 55-й сессии Комиссии ООН по наркотическим средствам // Компоненты комплексной программы сокращения спроса на наркотики (Резолюция 55/12/) Вена 2012 г. [Электронный ресурс]. – 2012. – Режим доступа: http://www.sartracc.ru/1_334.htmlhttp. – Дата доступа: 12.06.2014.
9. Иванец, Н.Н. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
10. Иванец, Н.Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний / Н.Н. Иванец // Вопросы наркологии. – 2013. – №1. – С. 108-118.

Метод оценки эффективности медицинской реабилитации на основе дифференцированного анализа динамики определителей категорий доменов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

А.И. Разуванов, Ю.В. Осипов, Е.Л. Талако, Л.Г. Кобизькая, А.А. Шнигир

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,

пос. Городище, Республика Беларусь

УЗ «11-я городская клиническая больница», г. Минска, Республика Беларусь

Завершающим этапом медицинской реабилитации (МР) является оценка ее эффективности. Однако единых подходов к оценке эффективности на сегодняшний день не существует. Все предлагаемые критерии эффективности отражают те или иные аспекты течения заболевания, его динамики, оценку тех или иных отдельных аспектов реабилитации, но практически все методы оценки включают в себя составляющую по анализу динамики функционального класса основного нарушения или дефекта, бытовых возможностей и трудоспособности.

В МР для оценки исходного состояния пациента и эффективности реабилитационных мероприятий по клиническим критериям используется проведение исследований количественных изменений функционального состояния различных систем организма человека с их градацией по функциональным классам (ФК):

1. выздоровление – ФК-0;
2. значительное улучшение – улучшение на 2 ФК и более;
3. улучшение – улучшение на 1 ФК;
4. незначительное улучшение – улучшение внутри ФК;
5. ухудшение – нарастание тяжести ФК [1].

Практическое использование предложенной авторами методики при оценке эффективности МР за период курса стационарной реабилитации позволило выявить два основных ее недостатка:

- 1) Отсутствие четких количественных критериев оценки параметра «незначительное улучшение»;
- 2) Отсутствие учета закономерностей влияния выраженности нарушений функций организма на тяжесть ограничений категории жизнедеятельности.

Цель исследования:

Разработать количественный метод оценки эффективности МР на основе дифференцированного анализа динамики определителей категорий доменов МКФ.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 20 пациентов с посттравматическими артрозами суставов конечностей проходивших 14-18 дневный курс стационарной МР в реабилитационном отделении № 4 для травматолого-ортопедических больных УЗ «11-я городская клиническая больница г. Минска» в 2015г.

В качестве инструментов оценки эффективности МР использована дифференцированная оценка динамики определителей категорий доменов (ОКД) Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (International Classification of Functioning, Disability and Health) [2].

Разработанный метод оценки эффективности МР пациента на ее этапах включает диагностику ОКД нарушений структур, активности и участия доменов МКФ, и сочетает как количественную, так и качественную сторону анализа результатов МР.

Проведение оценки эффективности медицинской реабилитации (МР) на основе МКФ предполагает использование базовых МКФ-наборов и средств:

1) Базовый МКФ-категорийный набор – набор категорий доменов структур, функций, активности и участия МКФ, в которых возникают нарушения и ограничения, характерные для проявления определенной патологии;

2) Лист индивидуального МКФ-профиля – набор категорий доменов МКФ, нарушения и ограничения которые возникли у конкретного пациента, с указанием степени выраженности нарушений и ограничений путем внесения значений определителя категорий доменов (ОКД);

3) МКФ-реабилитационный дисплей – набор категорий доменов МКФ пациента с указанием ОКД нарушений и ограничений вначале и по завершению цикла МР.

Оценка эффективности МР с оценкой ОКД нарушений структур, функций организма, активности и участия доменов МКФ позволила провести количественную и качественную ее оценку с учетом зависимости выраженности ограничений жизнедеятельности в доменах активности и участия от ограничений в доменах структуры и функции организма, в том числе данный метод позволил использовать количественные критерии оценки параметра «незначительное улучшение», а так же ввести параметр «незначительное ухудшение» в случае увеличения значений ОКД функций или структур не более чем на 1 значение без увеличения тяжести ОКД активности и участия (таблица 1).

Предложенный метод обеспечивает объективизацию эффективности проведения МР, что, в свою очередь, помогает улучшить качество составления индивидуальной программы реабилитации (ИПР), качество реабили-

литации в целом, в том числе в отношении принятия последующего решения о разработке ИПР и ее составляющих.

Таблица 1

Критерии оценки эффективности МР

Эффективность МР	Критерии оценки
Значительное улучшение	Уменьшение значений ОКД функций или структур с уменьшением тяжести ОКД активности и участия на 2 и более значения
Улучшение	Уменьшение значений ОКД функций или структур с уменьшением тяжести ОКД активности и участия на 1 значение
Незначительное улучшение	Уменьшение значений ОКД функций или структур без уменьшения тяжести ОКД активности и участия
Незначительное ухудшение	Увеличение значений ОКД функций или структур не более чем на 1 значение без увеличения тяжести ОКД активности и участия
Ухудшение	Увеличение значений ОКД функций или структур более чем на 1 значение или любое увеличения тяжести ОКД активности и участия

Выводы

1. Применение предложенного метода оценки эффективности медицинской реабилитации на основе дифференцированного анализа динамики определителей категорий доменов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), позволяет объективно оценить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

2. Метод оценки эффективности медицинской реабилитации на основе дифференцированного анализа динамики определителей категорий доменов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) обеспечивает реализацию принципов стандартизации и унификации при проведении оценки эффективности медицинской реабилитации.

Литература

1. Смычэк, В.Б. Реабилитация больных и инвалидов / В.Б. Смычэк. – М.: Мед. лит., 2009. – 560 с.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – Женева: ВОЗ / Санкт-Петербург. – 2003. – 342 с.

Динамика некоторых сторон жизнедеятельности в процессе реабилитации пациентов с инфарктом миокарда

Е.В. Рысеев, Т.И. Каленчиц, Ж.В. Антонович

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

В настоящее время в силу различных причин во всем мире отмечается рост числа инвалидов. Доля лиц с ограничениями жизнедеятельности составляет 10% населения земного шара (примерно 500 млн. человек, из них 100 млн. – дети) [2]. Каждая 4-ая семья имеет в своем составе человека с ограниченными возможностями. Основной причиной инвалидности взрослого населения по-прежнему являются болезни сердечнососудистой системы, составляя 42,6% нозологической структуры. При этом в половине случаев это пациенты с ишемической болезнью сердца, в том числе – с инфарктом миокарда (ИМ) [2]. В связи с этим восстановление активности этой категории лиц является по-прежнему актуальной и важной задачей.

Целью исследования было выявить особенности динамики показателей жизнедеятельности (самообслуживание, передвижение) в процессе ранней стационарной реабилитации пациентов с инфарктом миокарда.

Материалы и методы

В исследование включен 21 пациент с ИМ. Средний возраст пациентов составил 61 год (от 56 до 66 лет). 7 пациентов (33%) были трудоспособного возраста, 14 (67%) – нетрудоспособного возраста. По половому признаку пациенты распределились следующим образом: 12 (57%) мужчин и 9 (43%) женщин. Все пациенты трудоспособного возраста были мужчинами. Субэндокардиальный ИМ был диагностирован у 16 (76%) пациентов, крупноочаговый – у 5 (24%) пациентов. Повторный ИМ имел место у 8 (38%) пациентов. У 1 (5%) пациента в анамнезе имелось аортокоронарное шунтирование. По классу тяжести (КТ) ИМ пациенты распределились следующим образом: КТ 2 – 15 (71%) пациентов, КТ 3 – 4 (19%), КТ 4 – 2 (10%) пациентов. Чрезкожное коронарное вмешательство (стентирование, ангиопластика) было выполнено у 7 (33%) пациентов, тромболитическая терапия – у 2 (10%) пациентов.

Из сопутствующих заболеваний следует отметить артериальную гипертензию (АГ) – у 19 (90%) пациентов, фибрилляцию предсердий – у 5 (24%) пациентов, сахарный диабет – у 6 (29%) пациентов, недостаточность митрального и аортального клапанов сердца – у 6 (29%) пациентов, аортальный стеноз – у 4 (19%) пациентов, хроническую болезнь почек – у 1 (5%) пациентов. ОНМК в анамнезе имели 3 (14%) пациентов. Нормальный индекс массы тела (ИМТ) наблюдался у 4 (19%) пациентов, избыток массы тела (ИМТ 25-29,9 кг/м²) – у 9 (43%) пациентов, ожирение 1 степени

(ИМТ 30-34,9 кг/м²) – у 6 (28%) пациентов, ожирение 2 степени (ИМТ 35-39,9 кг/м²) – у 1 (5%) пациента, ожирение 3 степени (ИМТ ≥ 40 кг/м²) – у 1 (5%) пациента. Недостаточность кровообращения по Василенко-Стражеско была определена как Н1 у 10 (48%) пациентов, Н2А – у 11 (52%) пациентов; по NYHA ФК 1 имел 1 (5%) пациент, ФК 2 – 8 (38%) пациентов, ФК 3 – 12 (57%) пациентов.

Всем пациентам были проведены общепринятые клинические и лабораторные исследования, электрокардиография и ультразвуковое исследование сердца в стационарах, из которых они были переведены.

Функциональное обследование включало тредмил- или велоэргометрический нагрузочный тест, тест 6-минутной ходьбы до и после курса реабилитации.

Оценка функционального состояния и степень выраженности нарушений и ограничений жизнедеятельности с определением функционального класса (ФК), реабилитационного потенциала осуществлялась по общепринятым критериям [1].

Всем пациентам назначалась стандартная медикаментозная терапия, включающая бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ или сартаны, антиагреганты, статины; антагонисты альдостерона и мочегонные препараты (по показаниям).

Пациенты переводились из стационаров на 3б или 4а ступенях двигательной активности. Им назначался комплекс лечебной физкультуры №3 (14 пациентов), а также тренировки на велоэргометре и тредмиле в зависимости от индивидуальной толерантности к физической нагрузке по общепринятой методике (7 пациентов).

В процессе реабилитации оценивалась динамика функционального состояния и наиболее важных категорий повседневной деятельности (самообслуживание, передвижение).

Статистическую обработку данных выполняли с использованием пакета прикладных программ Statistica 8,0 (StatSoft, Inc., США). Применялись критерии Шапиро-Уилка, Стьюдента, Спирмена, χ^2 Пирсона, МакНемара. Значения показателей приводятся в виде среднее значение $\pm$ стандартное отклонение ($M \pm s$) для значений признаков, подчиняющихся нормальному распределению, и медиана (Me) и интерквартильный размах (25-й и 75-й процентиля) для не подчиняющихся нормальному распределению значений. За критический уровень статистической значимости принимали вероятность безошибочного прогноза равную 95% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. Доля пациентов с низким реабилитационным потенциалом в нашем исследовании составила 43% (9), со средним – 57% (12) пациентов. Более низкий реабилитационный потенциал пациентов отмечался у лиц с повторным ИМ ($r=0,51$; $p=0,018$) и был сопряжен с наличием аортального стеноза ($r=0,56$; $p=0,008$).

Дистанция 6-минутной ходьбы до проведения реабилитационных мероприятий соответствовала ФК 1 – у 5% (1) пациентов, ФК 2 – у 33% (7), ФК 3 – у 62% (13) пациентов, тогда как после реабилитационных мероприятий ФК 1 имели 29% (6) пациентов, ФК 2 – 33% (7), ФК 3 – 38% (8) пациентов. У 57% (12) пациентов отмечалась положительная динамика в пределах одного и того же функционального класса, у 38% (8) пациентов было улучшение на 1 ФК, у 5% (1) пациентов – на 2 ФК.

Таким образом, после проведения курса реабилитационных мероприятий у всех пациентов с ИМ (100%) увеличилась толерантность к физической нагрузке по результатам теста 6-минутной ходьбы (рисунок 1).

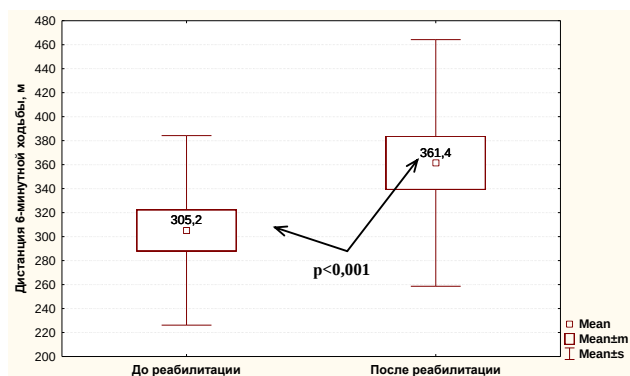


Рисунок 1. Дистанции 6-минутной ходьбы до и после реабилитации, метры

Улучшение функционального состояния наблюдалось у 19 (90%) пациентов. Выявлено улучшение ФК по таким категориям жизнедеятельности, как передвижение ($p=0,006$) и самообслуживание ($p=0,003$).

При анализе показателя ограничения передвижения было установлено, что в группе пациентов с ИМ до начала реабилитационных мероприятий преобладали пациенты с ФК 2 (33% (7) пациентов) и ФК 3 (67% (14) пациентов), тогда как после проведения реабилитационных мероприятий доля пациентов с ФК 3 уменьшилась в 4,7 раза ($p=0,015$) и составила 14% (3) пациентов; ФК 2 имели 67% (14) пациентов, ФК 1 – 19% (4) пациентов.

Улучшение передвижения наблюдалось у 81% (17) пациентов. У 71% (15) пациентов эффективность реабилитации по этому показателю составила 1 балл, у 10% (2) пациентов отмечалась положительная динамика в пределах одного и того же функционального класса, у 19% (4) пациентов улучшения ФК не было.

Таким образом, положительная динамика по показателю передвижения была достигнута за счет уменьшения в 4,7 раза доли пациентов с ФК 3 ($p=0,015$).

При анализе самообслуживания было установлено, что в группе пациентов с ИМ до начала реабилитационных мероприятий преобладали пациенты с ФК 2 (62% (13) пациентов), тогда как после проведения реабилитационных мероприятий доля пациентов с ФК 2 уменьшилась в 4,3 раза ($p=0,025$) и составила 14% (3) пациентов, а доля пациентов с ФК 1 увеличилась в 2,8 раза ($p=0,037$) и составила 81% (17) пациентов (исходно – 29% (6) человек). После проведения реабилитационных мероприятий ФК 0 имели 5% (1) пациентов (исходно – 0), а ФК 3 не был установлен ни у одного пациента (исходно – 9% (2) человека).

Улучшение самообслуживания наблюдалось у 90% (19) пациентов. У 71% (15) пациентов эффективность реабилитации по этому показателю составила 1 балл, у 19% (4) пациентов отмечалась положительная динамика в пределах одного и того же функционального класса, у 10% (2) пациентов улучшения ФК не было.

Таким образом, улучшение показателя самообслуживания достигалось за счет уменьшения в 4,3 раза доли пациентов с ФК 2 ($p=0,025$) и увеличения в 2,8 раза доли пациентов с ФК 1 ($p=0,037$).

Выявлены средней силы прямые корреляционные связи между ограничением самообслуживания как до проведения курса тренировочных нагрузок ($r=0,47$; $p=0,033$), так и после ($r=0,46$; $p=0,036$) и наличием зон гипокинеза миокарда при выполнении ультразвукового исследования сердца. Выраженность ограничения самообслуживания как до проведения курса тренировочных нагрузок ($r=0,49$; $p=0,025$), так и после ($r=0,46$; $p=0,038$) возросла с увеличением количества зон гипокинеза миокарда.

Выводы

1. После проведения курса реабилитационных мероприятий у всех пациентов с ИМ (100%) увеличилась толерантность к физическим нагрузкам по результатам теста 6-минутной ходьбы ($p<0,001$). У 57% (12) пациентов отмечалась положительная динамика в пределах одного и того же функционального класса, у 38% (8) пациентов было улучшение на 1 ФК, у 5% (1) пациентов – на 2 ФК.

2. Функциональное состояние улучшилось у 90% (19) пациентов ($p=0,004$). Выявлено улучшение ФК по таким категориям жизнедеятельности, как передвижение ($p=0,006$) и самообслуживание ($p=0,003$).

3. Улучшение передвижения наблюдалось у 81% (17) пациентов и было достигнуто за счет уменьшения в 4,7 раза доли пациентов с ФК 3 ($p=0,015$).

4. Улучшение самообслуживания установлено у 90% (19) пациентов и достигалось уменьшением в 4,3 раза доли пациентов с ФК 2 ($p=0,025$) и увеличением в 2,8 раза доли пациентов с ФК 1 ($p=0,037$).

5. Выявленная положительная динамика показателей повседневной деятельности (самообслуживание, передвижение) пациентов с инфарктом миокарда в процессе ранней стационарной реабилитации может свидетельствовать об ее эффективности.

Литература

1. Смычек, В.Б. Реабилитация больных и инвалидов / В.Б. Смычек. – Москва : МедЛит, 2009. – 560 с.

2. Копыток, А.В. Тенденция формирования показателей первичной инвалидности населения Республики Беларусь / А.В. Копыток [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №3. – С. 12-18.

Применение роботизированной G-EO System в реабилитации лиц с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы

А.Д. Салеева, И.В. Кабаненко, В.М. Юткин, Н.Ю. Трегуб., Н.П. Задерей

Украинский научно-исследовательский институт протезирования, протезостроения и восстановления трудоспособности, г. Харьков, Украина

Повреждение позвоночника и спинного мозга с последующим развитием травматической болезни спинного мозга является причиной значительных нарушений основных физиологических процессов и функций организма (двигательных функций, функций тазовых органов, дыхательной и сердечно-сосудистой систем, трофических расстройств) [1,2,3].

Благодаря своевременному оказанию специализированной помощи, снизились показания смертности данного контингента пострадавших, и вполне обосновано возникла проблема их реабилитации с использованием необходимых в каждом конкретном случае способов и методов [4,5,6].

За период с 2014 по 2015 годы в клинике УкрНИИ протезирования проходили курс реабилитации 117 пациентов с последствиями повреждения позвоночника и спинного мозга. Давность травмы от 6 месяцев до 3-х лет. По виду травмы наиболее многочисленную группу составили больные с последствиями переломов тел позвонков – 88 (75,2%); последствия перелома-вывихов и вывихов позвонков отмечено у 18 (15,4%); перелом заднего полукольца позвонка – у 11 (9,4%). По локализации у 67 (57,3%) пациентов повреждения позвоночника были на уровне грудного отдела, у 29 (24,8%) на уровне шейного отдела позвоночника, у 21 (17,9%) – пояснично-крестцового отдела. У всех пациентов травма позвоночника сопровождалась повреждением спинного мозга различной степени тяжести: конту-

зия спинного мозга – 25 (21,4%) пострадавших; компрессия спинного мозга – 74 (63,2%), разрыв спинного у 18 (15,4%).

Прежде чем приступить к проведению реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление локомоторных функций, проводилась оценка функциональных двигательных возможностей больного по функциональной оценочной шкале (VFM), которая дает возможность прогнозирования восстановления двигательных функций и результаты реабилитации. Шкала оценивает в баллах такие функции: перемещение в кровати, прием пищи, перемещение с кровати в кресло-коляску и обратно, пользование креслом-коляской, личная гигиена, одевание, специальные навыки.

В соответствии с объемом и последовательностью проведения реабилитационных мероприятий перед использованием G-EO System пациенты проходили курс физической подготовки и вертикализации с учетом исходных данных, реабилитационного потенциала и прогнозируемого результата реабилитации. Несмотря на разницу функциональных возможностей у всех пациентов существовали определенные проблемы, которые необходимо было решить в подготовительном периоде перед использованием G-EO System. Это касается, прежде всего, костно-мышечной системы и трех наиболее частных проблем, которые возникают у больных с последствиями повреждения позвоночника и спинного мозга: спастичность, уменьшение амплитуды движений и ретракция мышц и связок. Чтобы уменьшить спастичность и чрезмерную активизацию мышц ног перед и после сеанса ходьбы в G-EO System с пациентом необходимо провести физические упражнения, направленные на релаксацию определенных групп мышц. Как правило, растягивают сгибатели бедра, подколенные сухожилия икроножной и камбаловидной мышц.

Сохранение нормальной амплитуды движений в суставах нижних конечностей – одно из необходимых условий для формирования правильной кинематики при ходьбе. Способствовать разгибанию бедра с необходимой амплитудой возможно: при сокращении времени пребывания в кресле-коляске; увеличении времени пребывания с разогнутыми ногами в положении лежа, в том числе на животе; ежедневном растягивании, физической нагрузке и вертикализации.

Во время тренировки ходьбы есть риск растяжения мышц или связок через сниженную чувствительность. Прежде всего, это касается голеностопного сустава, когда повышается нагрузка веса тела на ноги и увеличивается скорость. Значение постоянной проверки постановки стопы при ходьбе и стоянии не может быть преувеличенным, потому что правильное ее размещение может уменьшить риск повреждения. С целью профилактики и ранней диагностики повреждений голеностопного сустава необходимо осматривать ноги пациента на предмет выявления покраснения, при-

пухлости, советовать пациенту, пользоваться обувью с высокими жесткими берцами. Отсутствие работы мышц ног приводит к мышечной атрофии и уменьшению минеральной плотности костей. Необходимо дозированно нагружать ноги пациента во время вертикализации, чтобы способствовать укреплению мышц, замедлению или реверсии костной дименирализации. Из-за низкой костной плотности и возможной разболтанности суставов эти пациенты имеют повышенный риск перелома костей. Снижение или полное отсутствие кожной чувствительности у этих пациентов требует контроля за состоянием паховой и межлопаточной областей, особенно, если пациент носит торако-люмбо-сакральный ортез. Полный мочевой пузырь может быть источником патологической импульсации и вызывать повышенную спастичность или вегетативную дисрефлексию. Поэтому следует избегать тренировок с полным мочевым пузырем и следить, чтобы не было перегиба катетера или сдавление его элементами крепления тренажера.

На основе результатов проведенных клинических исследований были определены показания и противопоказания к назначению G-EO System в реабилитации пациентов с последствиями травм позвоночника и спинного мозга. Показания к назначению:

- пациенты с последствиями травм позвоночника и спинного мозга;
- нервно-мышечными заболеваниями;
- последствиями инсультов с сохраненной или умеренно-ограниченной функцией верхних конечностей.

Противопоказаниями служат все хронические заболевания в стадии декомпенсации, а также неспособность долго (не менее 30 минут) находиться в вертикальном положении, вследствие патологических вегетативных реакций (ортостатическая гипотензия, тахи-брадикардия, аритмия); выраженная мышечная спастика или значительное ее увеличение после физической тренировки; вес пациента больше 150 кг.

Применение роботизированной G-EO System в комплексе реабилитационных мероприятий и медикаментозная подготовка больных с тяжелыми последствиями поражения позвоночника и спинного мозга стабилизировало гемодинамические показатели сердечно-сосудистой и дыхательной систем у 27 пациентов, уродинамические – у 14 пациентов, что привело к стойкой ремиссии вторичных хронических осложнений, повысило нейрогуморальную регуляцию тонуса межреберных мышц, что позволило создать возможность для большей нагрузки при использовании ортезных систем.

В зависимости от выраженности двигательного дефицита и толерантности к физическим нагрузкам были разработаны алгоритмы использования G-EO System для пациентов с разным уровнем функциональных возможностей (низкий, средний, высокий), типовой алгоритм представлен на рисунке 1.

Уровень функциональных возможностей (низкий, средний, высокий)
ЛФК, направленная на повышение физических возможностей, тренировка сердечно-сосудистой системы, возможность удерживать равновесие с использованием коленоупора, вертикализатора, разработка контрактур в коленных и голеностопных суставах, медикаментозная и физиотерапия сопутствующей патологии
Использование G-EO System: последовательность проведения
Адаптационный период – разгрузка веса тела от 5 до 100%, время тренировки от 5 до 15 минут (в зависимости от функциональных возможностей пациента)
Период обучения и тренировки при низком и среднем уровне функциональных возможностей пациента – разгрузка веса тела до 100 %, время тренировки от 5 до 15 мин. При высоком уровне нагрузки время тренировки 15-20 мин. Продолжительность периода от 1 до 2-х недель.
<u>Период повышения нагрузки (низкий уровень)</u> – разгрузка веса тела до 100%, изменение скорости, темпа передвижения, длины шага. Время тренировки увеличивается до 20 мин. Продолжительность периода до 2-х недель. <u>Период повышения нагрузки (средний уровень)</u> – две недели: разгрузка веса тела до 95%; смена темпа ходьбы, скорости, передвижения, длины шага. Время тренировки увеличивается до 30 мин. 1 неделя обучения передвижению по ступенькам (вверх и вниз), разгрузка веса тела до 95%, время тренировки постепенно увеличивается до 40 мин. <u>Период нагрузки и тренировки – (высокий уровень)</u> – полная нагрузка, увеличение скорости передвижения до 90% от средней, увеличение длины и темпа ходьбы. Время тренировки 45 мин. Продолжительность периода до 2-х недель
<u>Период дальнейшего повышения нагрузки (низкий уровень)</u> – разгрузка веса тела до 100% При стабильном состоянии пациента и возможности его выполнять предыдущие задания, постепенно их усложнять: увеличивать степень нагрузки тела, вводить параметры «высота шага», «движение по ступенькам». Время тренировки, в зависимости от состояния пациента увеличивается до 30 мин. Продолжительность периода до 1 недели. <u>Период повышения нагрузки (средний, высокий уровень)</u> – разгрузка веса тела до 90-95%, скорость – средняя, время тренировки до 45 мин.; усвоение навыков передвижения по ступенькам вверх, вниз, увеличение высоты шага. Продолжительность периода 2-3 недели.
<u>Заключительный период (низкий уровень)</u> – необходимый максимальный курс проведения занятий при наличии положительной динамики -30-35 дней в течение 6-7 недель. <u>Заключительный период (средний уровень)</u> – полная нагрузка тренировок при максимально достигнутых скоростях движения со значительным темпом, длины шага передвижения по ступенькам, разгрузка веса тела до 90-95%. Время тренировки 45 мин. Длительность периода 1 неделя. <u>Заключительный период (высокий уровень)</u> – передвижение на максимально достигнутой скорости, максимальное время закрепления навыков передвижения по ступенькам. Продолжительность периода – 1 неделя.

Рисунок 1. Алгоритм использования G-EO System для пациентов с разными уровнями функциональных возможностей

Литература

1. Маруніч, В.В. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2011 рік. Аналітико-інформаційний довідник / В.В.Маруніч, А.В.Іпатов, Ю.І.Коробкін /За ред. Р.В.Богатирьової.-Д.:Пороги, 2012. – 150 с.
2. Інформаційна технологія аналізу динаміки інвалідності / М.К.Хобзей, А.В.Іпатов, І.В.Дроздова. – Д.Пороги, 2012. – 269 с.
3. Смычек, В.Б. Реабилитация больных и инвалидов / В.Б.Смычек.-М.: Медлит., 2009. – 560 с.
4. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга/ Под ред. Г.Е.Ивановой, В.В.Крылова, М.Б.Цикунова, Б.А.Поляева. – М.: ОАО»Московские учебники и Картолиитография, 2010. – 640 с.
5. Krebs H.I., Volpe B.T., Aisen M.L., Hogan N. Increasing productivity and quality of care: robot-aided neuro-rehabilitation. (Повышение результативности и качества лечения: нейро-реабилитация с помощью робота.) J Rehabil Res Develo., 2000. – №37(6). – P.639-652.
6. Wirz M., Zemon D.H., Rupp R., Scheel A., Colombo G., Dietz V., Hornby T.G. Effectiveness of automated locomotor training in patients with chronic incomplete spinal cord injury: a multicenter trial. (Эффективность автоматизированной локомоторной тренировки у больных с хронической неполной травмой спинного мозга: исследование, проводимое в нескольких центрах.) Arch Phys Med Rehabil. 2005. – №86. – P.672-680.

Качество жизни пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу дистрофических поражений пояснично-крестцового отдела позвоночника

Е.Ф. Святская, Г.А. Емельянов, Т.В. Жукова,
И.С. Сикорская, Н.И. Васильченко

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г.Минск, Республика Беларусь

Дистрофические поражения позвоночника – самые распространенные хронические заболевания человека. Выраженные клинические проявления наблюдаются в период активной трудовой деятельности (в возрасте 25-55 лет) и представляют собой одну из самых частых причин временной нетрудоспособности и инвалидности. Нейрохирургическая коррекция компрессионного дискогенного синдрома на пояснично-крестцовом уровне в большинстве случаев приводит к объективному улучшению состояния. Вместе с тем болевой синдром после операции не устраняется сразу и полностью, в отдельных случаях наблюдается даже ухудшение самочувствия. Это неизбежно сказывается на производительности умственного и физического труда. Экономические потери в связи с вертеброгенными заболеваниями чрезвычайно высоки. Это и невыполненная продукция в дни невыхода на работу, и выплаты пособий по социальному страхованию. Даже в период ремиссии многие пациенты испытывают ощущение дискомфорта в опорно-двигательном аппарате, что ведет к снижению их трудоспособности и качества жизни (КЖ).

По определению Всемирной Организации Здравоохранения качество жизни – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Качество жизни определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, имеющими для него важное значение и на него влияющими. Качество жизни – это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

Несмотря на то, что КЖ достаточно трудно измерить, этот комплексный показатель наилучшим образом отражает перспективы пациента и лиц, ухаживающих за ним, а также выбор тактики врача при оказании помощи больному.

Цель исследования – изучить качество жизни пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу дистрофических поражений пояснично-крестцового отдела позвоночника, что позволит дифференцированно подходить к составлению программы реабилитации с учетом полученных результатов.

Материал и методы исследования. Обследовано 47 человек, перенесших оперативное вмешательство по поводу грыж межпозвонковых дисков на пояснично-крестцовом уровне, проходивших курс ранней медицинской реабилитации в стационарных условиях.

В группу наблюдений вошли 25 женщин (53,2%) и 22 мужчины (46,8%). Средний возраст пациентов составил $43,2 \pm 5,4$ года, т.е. лица молодого трудоспособного возраста, составляющие экономический потенциал общества, что делает данную проблему особенно актуальной.

По уровню поражения позвоночного двигательного сегмента пациенты распределились следующим образом: L_{III}-L_{IV} – 1 (2,1%) чел., L_{IV}-L_V – 10 (21,3%) чел., L_V-S_I – 21 (44,7%) обследованных, L_{IV}-L_V, L_V-S_I – 15 (31,9%) пациентов.

Использованы клинические методы исследования (оценка неврологического статуса и ограничения жизнедеятельности в соответствии с функциональными классами), оценка качества жизни (опросник MOS SF-36 – Medical Outcomes Study Short Form-36).

Результаты и обсуждение. В качестве неврологического дефицита в подавляющем большинстве случаев – 44 чел. (93,6%) преобладали умеренный болевой и рефлекторно-тонический синдромы (ФК-2), и лишь у 3 (6,4%) пациентов диагностирован легкий болевой синдром (ФК-1). Кроме того, у ряда обследованных имели место гипотония и слабость мышц, иннервируемых пораженным корешком, вегетативно-сосудистые проявления патологического процесса в виде сухости или гипергидроза, бледности, мраморности кожных покровов дистальных отделов пораженной конечности, снижения пульсации артерий на тыле стопы. Все это приводило к

умеренному (ФК-2) ограничению способности к передвижению и самообслуживанию.

Для каждого пациента составлялась строго индивидуальная программа реабилитации в соответствии с имеющимся клиническим синдромом и характером операции, возрастом, сопутствующими заболеваниями.

Все пациенты получали лечебную гимнастику, включающую групповую кинезотерапию в гимнастическом зале и гидрокинезотерапию. В зале упражнения проводились в положении гравитационной разгрузки – лежа на спине, на животе, на боку, в коленно-кистевом положении. Принципы кинезотерапии включали: стабилизацию ПДС, нормализацию мышечного тонуса (расслабление спазмированных мышц, стимуляция расслабленных), «строительство» прочного мышечного корсета, формирование правильной осанки, создание и закрепление новых позылокомоторных навыков, формирование адекватного динамического и статического стереотипа, нормализацию подвижности в суставах конечностей, улучшение координации движений.

К гидрокинезотерапии приступали на 21 день после операции.

В качестве физиотерапевтических методов воздействия применяли: магнито-, лазеротерапию, д'арсонвализацию, синусоидальные модулированные токи, электрофорез анальгетиков, рассасывающих препаратов, нейротрофических средств, электростимуляцию ослабленных мышц, теплолечение, на заключительном этапе реабилитации – массаж. Активная физическая реабилитация проводилась на фоне поддерживающей медикаментозной терапии: сосудорегулирующие препараты, миорелаксанты, нестероидные противовоспалительные средства, нейромедиаторы, хондропротекторы. Все пациенты получали психологическую реабилитацию с целью уменьшения масштаба переживаний, коррекции внутренней картины болезни, ликвидации тревожных или депрессивных компонентов.

Проводилось обучение самих пациентов методам лечебной физкультуры и формирование у них установки на самостоятельное ежедневное повторение комплексов упражнений.

В начале и в конце курса медицинской реабилитации проводилась оценка качества жизни с использованием опросника MOS SF-36, который содержит 36 вопросов, объединенных в 8 шкал:

1. Physical Function (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье ограничивает выполнение физических нагрузок.

2. Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение повседневной деятельности).

3. Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью.

4. General Health (GH) – общее состояние здоровья – оценка пациентом своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Vitality (VT) – жизненная активность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обесцененным).

6. Social Functioning (SF) – социальное функционирование – степень, в которой физическое и эмоциональное состояние ограничивают социальную активность (общение).

7. Rol-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование.

8. Mental Health (MH) – оценка психического здоровья (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Исследование качества жизни пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу грыж межпозвонковых дисков на пояснично-крестцовом уровне, продемонстрировало снижение показателей по всем шкалам как до, так и после реабилитации. Особенно низкими оказались показатели шкал VT (20,0 балла) и RP (20,6 балла), свидетельствующие о значительном ограничении как жизненной активности, так и повседневной деятельности за счет болевого синдрома – интенсивность боли (BP) 22,6 балла. Было выявлено, что падает и эмоциональный статус пациентов, понижаются субъективные оценки эмоционального состояния, настроения, влияющие на ролевое функционирование (34,1 балла). Страдает социальная активность (50,3 балла) и общее состояние здоровья (45,9 балла), которые складываются не только из функционального дефекта, обусловленного основным заболеванием, но и сопутствующих патологических процессов. На фоне редукции психоэмоциональной и социальной активности имеет место снижение и физической активности (45,4 балла) (таблица).

Таблица

Показатели качества жизни пациентов до и после реабилитации

Критерии SF-36	До реабилитации (n=47)	После реабилитации (n=47)
PF – физическое функционирование	40,4±3,5	46,3±2,8
RP – влияние физического состояния на ролевое функционирование	20,6±4,0	36,8±3,6
BP – интенсивность боли	22,6±3,1	32,4±4,1
GH – общее состояние здоровья	45,9±2,0	58,2±2,3
VT – жизненная активность	20,0±2,5	42,7±1,8
SF – социальное функционирование	50,3±1,7	61,3±1,4
RE – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование	34,1±4,8	58,9±4,6
MH – психическое здоровье	44,9± 2,2	62,1±3,4

После проведения курса медицинской реабилитации показатели качества жизни возросли по всем шкалам (рис.). Обусловлено это в первую очередь улучшением физического (46,3 балла) и общего (58,2 балла) состояния, которые способствовали стабилизации эмоционального фона (58,9 балла) и явились фундаментом для нормализации ролевого и социального функционирования (36,8 и 61,3 балла соответственно).

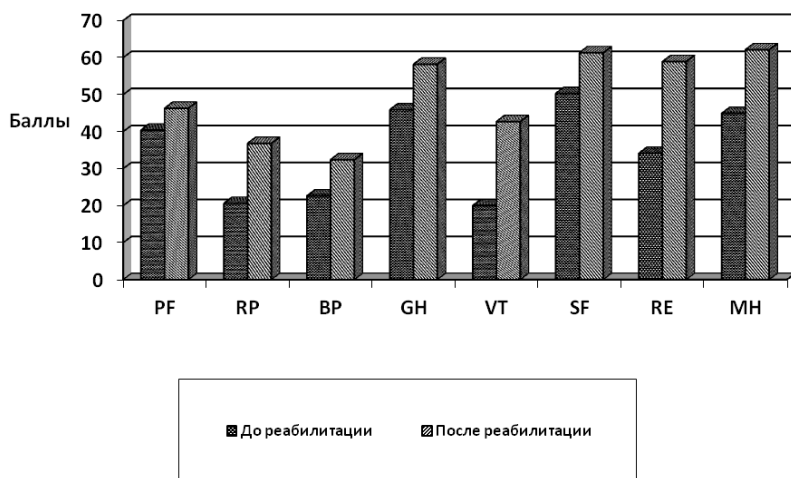


Рисунок. Динамика показателей качества жизни пациентов до и после реабилитации

Таким образом, мультидисциплинарный подход к медицинской реабилитации пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу дистрофических поражений пояснично-крестцового отдела позвоночника, способствует нормализации их физического, эмоционального и общего состояния, что улучшает социальную активность и ролевое функционирование и в итоге повышает качество жизни пациентов.

Исследование составляющих качества жизни с использованием опросника MOS SF-36 на разных этапах медицинской реабилитации позволяет дифференцированно подходить к составлению индивидуальной программы реабилитации и своевременно ее корректировать с учетом выявленных нарушений.

Применение логопедического массажа в восстановлении речевой функции при комплексной моторной афазии

Е.Ф. Святская, Н.В. Сниткова, Ю.А. Лабкова

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь
ГУ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации»,
пос. Аксаковщина, Республика Беларусь

Примерно в 40-50% случаев последствием инсульта, черепно-мозговой травмы, опухоли мозга, энцефалита, нейрохирургического вмешательства и др. являются нарушения речевой функции, проявляющиеся в форме афазии и дизартрии. При афазиях проявляются системные нарушения речевой функции, охватывающие все языковые уровни фонологии, включая фонетику, лексику и грамматику. Клиническая картина афазий неоднородна. Различия между ними обусловлены, прежде всего, локализацией очага поражения [2].

Наиболее распространенной формой афазии является моторная афазия. Ведущий симптом – нарушение устной артикулируемой речи. Эта афазия представляет собой сложный комплекс разнообразных кортикальных расстройств, и в ее основе могут лежать разные нейрофизиологические механизмы. При поражении различных участков мозга (доминантного полушария) наблюдаются разные формы моторного дефекта.

Поражение нижних отделов постцентральной зоны доминантного полушария на уровне вторичных полей коры приводит к известной в неврологической клинике афферентной (кинестетической) моторной афазии. Для нее характерно нарушение всех видов устной экспрессивной речи (разговорная речь, чтение, письмо).

При эфферентной моторной афазии возникает поражение вторичных полей коры нижних отделов премоторной зоны доминантного полушария головного мозга. В случаях эфферентной моторной афазии артикуляция отдельных звуков остается потенциально сохранной, центральное нарушение заключается здесь в патологической инертности возникших стереотипов (или персевераций), препятствующей переключению одной артикулемы на другую. В отличие от пациентов с афферентной моторной афазией, эти больные могут повторять отдельные звуки, а нередко и отдельные слова при большом временном интервале между ними. При эфферентной моторной афазии в основе нарушения связной речи лежат не только нарушения моторной стороны речи, но и глубокие дефекты грамматической и синтаксической структуры фразы [3].

На практике редко встречаются «чистые» случаи, строго укладываемые в стандартные формы афазии. Одной из наиболее сложных

форм афазии является комплексная (афферентно-эфферентная) моторная афазия.

Восстановительное обучение при комплексной моторной афазии основано на одном из самых важных свойств головного мозга – способности к компенсации. Для восстановления нарушенных функций используются как прямые, так и косвенные компенсаторные механизмы.

Восстановительное обучение проводится по специальной программе, которая включает определенные задачи:

- преодоление артикуляционной апраксии;
- восстановление повествовательной речи;
- восстановление понимания речи;
- восстановление чтения и письма.

Методы восстановительного обучения дифференцированы в зависимости от формы моторной афазии, степени речевого расстройства, этапа заболевания, индивидуальных особенностей нарушений речи.

При комплексной моторной афазии важным и необходимым в обучении являются не отдельные разрозненные приемы, а система приемов и серия операций, раскрывающих способ выполнения того или другого действия [2,3].

Важным компонентом комплексной логотерапевтической программы является логопедический массаж как один из методов лечебно-оздоровительных и коррекционно-развивающих мероприятий. Массаж проводится с целью ослабления патологических проявлений в мышцах артикуляционного аппарата, расширения двигательных возможностей речевой мускулатуры и включения их в процесс произношения. Кроме того, для активизации мышц речевого аппарата применяется артикуляционная гимнастика, которая проводится через 20-30 минут после массажа [1].

Массаж оказывает влияние на нервную систему, на кожу и подкожную клетчатку, на кровеносную и лимфатические системы, на мышечную систему, на общий обмен веществ.

Основной задачей логопедического массажа является:

- нормализация мышечного тонуса общей, мимической и артикуляционной мускулатуры;
- уменьшение проявления парезов и параличей мышц артикуляционного аппарата;
- снижение патологических двигательных проявлений мышц речевого аппарата (синкинезии, гиперкинезы и т.п.);
- стимуляция проприоцептивных ощущений;
- увеличение объема и амплитуды артикуляционных движений;
- активизация тех групп мышц периферического речевого аппарата, у которых имеется недостаточная сократительная активность;
- формирование произвольных, координированных движений органов артикуляции [3].

В настоящем исследовании в процессе построения массажных программ учитывались особенности анатомии и физиологии мышц речевого аппарата. Использовались разные виды массажа (активизирующий, расслабляющий, зондовый) и их комбинация. Массаж артикуляционных органов укладывался в определенную схему и строился с учетом постепенного увеличения нагрузки (от простого задания к более сложному).

В группу наблюдения (основную) вошли 32 пациента с комплексной моторной афазией: 21 мужчина (65.6%) и 11 женщин (34.3%). Средний возраст пациентов составил $40.6 \pm 2,3$ лет.

По степени выраженности речевые расстройства распределялись следующим образом: грубые нарушения выявлены у 9 (28.1%) пациентов, умеренные имели место у 15 (46.8%) и легкие речевые нарушения отмечены у 8 (25.1%) человек.

В контрольную группу вошли 16 человек: 4 чел. (25%) с грубыми, 7 чел. (43.8%) с умеренными и 5 чел. (31.25%) с легкими расстройствами.

Все пациенты были госпитализированы в реабилитационное неврологическое отделение № 2 Государственного учреждения «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации» в раннем восстановительном периоде инсульта (спустя 3-4 недели от начала заболевания). Длительность пребывания в стационаре составила 28 дней.

Пациенты основной группы получали ежедневные индивидуальные занятия голосо-речевой терапии, включающие логопедический массаж. Пациенты контрольной группы получали индивидуальные логопедические занятия без массажа.

У 59.3% пациентов основной группы значительная степень восстановления речи в виде увеличения речевой активности, более развернутой фразовой речи, уменьшения аграмматизмов, литеральных и вербальных парафазий, восстановления просодической стороны речи отмечалось уже к концу первой недели восстановительного обучения, в то время как в контрольной группе значительная степень восстановления речи имела место лишь у 31.2% ($p < 0,001$) и проходила более медленными темпами.

В группе контроля преобладали лишь умеренные и незначительные улучшения ($p < 0,05$).

Таким образом, голосо-речевая терапия в комплексе с логопедическим массажем является эффективным методом восстановления речевой функции у пациентов с комплексной моторной афазией.

Применение логопедического массажа позволяет сократить время коррекционной работы, особенно над формированием произносительной стороны речи.

Логопедический массаж необходимо начинать как можно раньше, пока не закрепились порочная поза артикуляционного уклада.

Нарушения экспрессивной устной речи при комплексной моторной афазии часто бывают очень стойкими, и речь у пациента может отсутство-

вать в течение многих лет. Однако правильно организованное и длительное восстановительное обучение может в известной степени вернуть больному способность к устной речи.

Литература

1. Визель, Т.Г. Как вернуть речь /Т.Г. Визель. – М.: Секачев В.Ю., 2010. – 216 с.
2. Мокринская Т.В. Методическое пособие по коррекции фразовой речи при афазии /Т.В. Мокринская. – М.: Секачев В.Ю., 2010. – 56 с.
3. Шкловский, В.М., Визель, Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. Методическое пособие /В.М. Шкловский, Т.Г. Визель. – М.: Секачев В.Ю., 2014. – 96 с.

К вопросу оценки социальной составляющей реабилитационного потенциала у пациентов с мозговым инсультом

В.Б. Смычек, Н.И. Васильченко

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Социальная независимость пациентов, перенесших нарушение мозгового кровообращения (в семье, жилище, на рабочем месте, в коллективе, транспорте, учреждениях, в получении необходимой информации, участии в общественной жизни и др.), достигается не только сохранностью способностей, обеспечивающих жизнедеятельность, но в значительной степени зависит от реабилитационного потенциала социальной среды, т.е. готовности и способности общества предоставить лицам с ограничениями жизнедеятельности максимально равные, по сравнению со здоровыми людьми, возможности во всех социальных сферах: общественной, профессиональной, бытовой. При оценке реабилитационного потенциала (РП) и прогноза интеграции в социум, особенно у пациентов после инсульта, следует включать и эти аспекты возможности общества в реализации самостоятельного функционирования индивидов, которые выделяют в социальную составляющую РП.

У пациентов, перенесших мозговой инсульт, возможность (резерв) восстановления неврологического дефицита зависит от уровня реабилитационного потенциала по медицинской и психологической составляющим, а потенциал интеграции в социум и возможность независимого функционирования – дополнительно от факторов внешней среды, включая ближайшее окружение и бытовые условия проживания (реабилитационный потенциал семьи), а также возможности общества в целом в реализации

жизнеобеспечения индивидов с последствиями данной патологии (реабилитационный потенциал общества).

Ограничения функциональной состоятельности достаточно часто отмечаются у пациентов после инсульта и обусловлены социальной недостаточностью. Проведенными исследованиями установлено, что ограничения функциональной состоятельности, обусловленные инсультом, можно в значительной степени уменьшить посредством лечения в специализированных стационарах [1]. Для этого необходима оценка социальной составляющей РП с учетом позиций «облегчающих факторов окружающей среды».

Социальную составляющую РП на этапе ранней реабилитации выделяем и оцениваем для возможного улучшения качества жизни, т.к. именно она отражает наличие барьеров, а также степень их выраженности или их отсутствие у конкретного пациента.

Для оценки уровня РП по социальной составляющей целесообразно использовать современный международный инструмент – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), рекомендованный экспертами ВОЗ [2] для оценки эффективности социальной адаптации и является дополнением к МКБ-10.

Предложенная экспертами ВОЗ в 2001 году МКФ рассматривает уровни и возможность функционирования индивида в обществе и окружающей среде (микро- и макросоциуме) с учетом последствий болезни и корректирующим влиянием позитивных и негативных факторов окружающей среды.

Нами выбраны соответствующие коды для оценки социальной составляющей РП у пациентов, перенесших мозговой инсульт, представленные в МКФ в разделе «е – факторы окружающей среды», в частности:

e115 – изделия и технологии для личного повседневного использования (включено основные и вспомогательные изделия и технологии для персонального использования) – у данной категории пациентов это адаптированное или специально разработанное специализированное оборудование, повседневно помогающее людям, протезные и/или ортопедические устройства (т.е. возможность и доступность обеспечения техническими средствами реабилитации)

e120 – изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений, включено основные и вспомогательные изделия для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений (например – устройства для ходьбы, адаптированный транспорт, кресла-коляски)

e155 – дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования, включено продукция и технологии проектирования, строительства и обустройство входов и выходов, внутренних удобств (например – наличие лифта, пандусов, уровень дверных

ручек, высота порогов, покрытие пола, кухонное оборудование, оборудование санузлов)

е310 – семья и ближайшие родственники, обеспечивают физическую, материальную, эмоциональную поддержку в различных аспектах ежедневной активности

е340 – персонал, осуществляющий уход и помощь (например, персональные помощники, помощники в транспорте, социальные работники, няни и другие, осуществляющие помощь за плату).

Для количественной оценки «факторов окружающей среды» разработаны определители с негативной и позитивной шкалами, отражающими степень выраженности фактора окружающей среды в виде барьера или облегчения. Так разделительная точка указывает на наличие барьера и его выраженность (значимость), знак «+» – наличие и значимость облегчающего фактора.

xxx.0-нет барьеров (нет, отсутствуют, ничтожные) – 0-4%

xxx.1-незначительные барьеры (легкие, небольшие, слабые) – 5-24%

xxx.2-умеренные барьеры (средние) – 25-49%

xxx.3-выраженные барьеры (резко выраженные, тяжелые)-50-95%

xxx.4-абсолютные барьеры (полные) – 96-100%

xxx+0-нет облегчающих факторов (нет, отсутствуют, ничтожные) – 0-4%
xxx+1-незначительные облегчающие факторы (легкие, небольшие, слабые) – 5-24%

xxx+2-умеренные облегчающие факторы (легкие, небольшие, средние) – 25-49%

xxx+3-выраженные облегчающие факторы (резко выраженные, значимые) – 50-95%

xxx+4-абсолютные облегчающие факторы (полные) – 96-100 %

Таким образом, перечень критериев, выделенный для оценки социальной составляющей у пациентов с последствиями мозгового инсульта, дает возможность качественной оценки «факторов окружающей среды», а использование негативной и позитивной шкал – количественной оценки, т.е. степени выраженности отрицательной оценки наличия барьеров и позитивной оценки наличия и влияния облегчающих факторов.

Оценка социальной составляющей у пациентов, перенесших нарушение мозгового кровообращения, отражает возможности восстановления с точки зрения уменьшения или полной ликвидации ограничения функциональной состоятельности (ограничений жизнедеятельности), возможности восстановления экономической активности и возможности участия в жизни общества.

В проведенном нами исследовании мы изучили социально – бытовые факторы, как реальную составляющую социального аспекта РП лиц на этапе ранней стационарной медицинской реабилитации. Социально – средовые факторы (аспекты) в широком смысле не оценивали, т.к. проспек-

тивно не проводилось исследование на амбулаторном и последующих этапах медицинской реабилитации.

В сформированной клинической группе, включающей 187 пациентов в возрасте от 39 до 75 лет, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и проходивших раннюю стационарную медицинскую реабилитацию в ГУ «РКБ медицинской реабилитации» была проведена оценка состояния семейного положения (наличие семьи), т.е. проживание с семьей («свой микросоциум») или одинокопроживающий.

Исследование показало, что лучшие результаты реабилитации достигаются при осуществлении системной целенаправленной работы по активизации внутреннего «реабилитационного потенциала семьи» направленного на достижение определенного уровня помощи в реализации реабилитационных мероприятий. От родственников во многих случаях зависит организация необходимых условий для освоения навыков самообслуживания, общения как в рамках стационарного этапа реабилитации, так и в амбулаторных условиях (на дому, организация посещения поликлиники) как соблюдения преемственности и непрерывности восстановления. Поэтому не только наличие семьи и/или близких, а также позиция членов семьи в отношении сохранения здоровья и возможности помощи в проведении реабилитационных мероприятий на домашнем этапе реабилитации, благоприятный психологический климат, возможность материальной поддержки формируют показатель и уровень социальной составляющей РП на этапе ранней медицинской реабилитации. Таким образом, с позиций МКФ с учетом влияния «облегчающих факторов» и «барьеров» формирование социальной составляющей на этапе ранней реабилитации на примере кода «e-310» может быть представлено следующим образом (таблица).

Таблица

Формирование социальной составляющей РП на этапе ранней медицинской реабилитации в соответствии с МКФ (e 310)

барьеры	семья (близкие люди)	облегчающие факторы	семья (близкие люди)
xxx.4	отсутствие семьи и близких родственников (людей), невозможность создания должных бытовых условий,	xxx+0	отсутствие психологической и материальной поддержки
xxx.3	отсутствие семьи, невозможность постоянной психологической поддержки, редкая материальная помощь	xxx+1	наличие близких родственников в отдалении эпизодическая психологическая поддержка и материальная помощь

Продолжение таблицы

барьеры	семья (близкие люди)	облегчающие факторы	семья (близкие люди)
xxx.2	отсутствие семьи и наличие близких родственников в отдалении (проживание самостоятельно) с ограничением бытовой и психологической поддержки, редкой материальной поддержкой	xxx+2	проживание в семье или с близкими с ограничениями жилищно-бытовых условий, неблагоприятным психологическим климатом, пассивной позицией поддержания здоровья, невозможность материальной поддержки;
xxx.1	отсутствие семьи, но наличие близких, проживающих в одной местности с возможностью создания благоприятных жилищно-бытовых условий, возможностью психологической и материальной поддержки	xxx+3	проживание в семье с незначительными ограничениями жилищно-бытовых условий, благоприятным психологическим климатом, активной позицией сохранения здоровья, возможностью материальной поддержки
xxx.0	проживание в семье с созданием достаточных возможностей	xxx+4	проживание в семье с созданием достаточных возможностей и площади передвижения, с благоприятным психологическим климатом, активной позицией сохранения здоровья, возможностью активной материальной поддержки

В результате проведенного исследования нами было выявлено, что только в 50% случаев семья (е 310) являлась активным участником реабилитационного процесса.

При оценке уровня РП по социальной составляющей высокий уровень предполагает независимое физическое функционирование и в микросоциуме (семья и бытовая активность) и в макросоциуме (общество в целом), возможности достижения прежнего материального уровня и благоприятный психологический климат в семье. Средний уровень РП отмечаем при удовлетворительном достижении физической независимости в быту, предусматривающем периодическую помощь других в ведении домашних

дел и/или снижении материального достатка вследствие ограничений в профессии и/или психологической дезадаптации реабилитанта и членов его семьи. О низком РП в плане социальной составляющей говорим при наличии низкого уровня физической независимости в быту и возможности помощи других лиц и/или резко выраженном отрицательном микроклимате в семье и невозможности материальной поддержки.

По мере регресса неврологических нарушений и восстановления навыков передвижения, самообслуживания, общения происходит постепенный переход из социально-бытового воздействия – семья (микросоциум), в социально-средовую – общество (макросоциум). На этом этапе становится актуальным оценка следующих компонентов e115, e120, e340, e515 – как отражающих РП общества. При этом «зоны ответственности» специалистов по кодированию и реализации программы социальной реабилитации – это работники медицинской и социальной службы.

Социально-бытовые факторы – определяют возможности независимого проживания и бытовой активности. К ним относятся наличие жилищных условий (отдельная комната; наличие воды и канализации в частном доме; этажность и наличие лифта в многоквартирном доме) и семьи (в плане возможности физической помощи, материальной обеспеченности, возможности психологической поддержки). Немаловажным в процессе восстановительного лечения у данной категории пациентов является именно возможности участия членов семьи, как на этапах стационарной, так и амбулаторной помощи. Наличие в составе семьи индивида после инсульта накладывает особые обязательства и на членов семьи, значительно снижая их трудовой потенциал. Тем не менее, при оценке социальной составляющей РП у пациентов после инсульта на этапе ранней стационарной медицинской реабилитации ориентировались именно на возможности ближайшего окружения (семьи) в плане возможности обеспечения в достижении желаемого уровня физической и материальной независимости. Таким образом, эта группа факторов может быть сформирована в понятие «реабилитационный потенциал семьи».

Данные исследования в области оценки социальной составляющей помогут оптимизировать решения относительно восстановительного лечения пациентов, например, по планированию помощи семьи в психологической помощи, оборудовании жилья для пациента с инвалидизирующими проявлениями инсульта. Т.к. при составлении программы реабилитации необходимо учитывать следующие основные факторы: структуру и выраженность неврологического дефицита; цели и устремления, которые пациент имеет как личность; среду, которая его окружает (дом, семья, профессиональное окружение) [3]. При этом необходимо соблюдать последовательность улучшения активности через вектор семья-общество и вопросы преемственности служб, работающих с данной категорией пациентов (медицинские, социальные службы), позволяя оптимизировать качество по-

мощи.

Применение предложенного алгоритма оценки социальной составляющей РП в раннем восстановительном периоде инсульта, позволяет объективно и достоверно оценить клинико-функциональные и реабилитационно-экспертные особенности у этих пациентов и их нуждаемость в мероприятиях МР с учетом нарушений и ограничений жизнедеятельности.

Литература

1. Mendis S. Stroke disability and rehabilitation of stroke: World Health Organization perspective. International Journal of Stroke 2013, Vol 8, Issue 1, P. 3-4
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – ВОЗ, Женева, 2001
3. Сидякина, И.В. Современные методы реабилитации постинсультных больных/ И.В. Сидякина, М.В. Воронова, П.С. Снопков, Т.В. Шаповаленко. К.В. Лядов// Журнал неврологии и психиатрии, 12, 2014, вып.2, С. 76-80

Нейролингвистическая реабилитация пациентов с речевыми расстройствами

Н.В. Сниткова, Е.Ф. Святская, И.П. Певнева

ГУ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации»,
пос. Аксаковщина, Республика Беларусь

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Речь является средством выражения мысли у человека и одновременно – способом контакта между людьми. Речевая функция осуществляется при участии высших центров речи в височной и лобной долях коры головного мозга, а также исполнительных органов: голосовых связок, языка, губ и нёба. К частым симптомам, сопровождающим заболевания нервной системы, относятся разнообразные речевые расстройства. Основные их виды – дизартрии и афазии.

При нарушении функции исполнительного аппарата речи возникают дизартрии – затруднение или невозможность произнесения слов вследствие неполного участия или недостаточной координации между собой губ, языка, нёба.

При поражении корковых речевых центров или путей, связывающих их с другими отделами центральной нервной системы, возникают различные формы афазии.

Сенсорная афазия или афазия Вернике характеризуется нарушением фонетического слуха, то есть пациент путает звуки. Вследствие этого обращенные к нему слова становятся непонятными, нарушается чтение слов и фраз вслух, неправильно записываются предложения.

Акустико – мнестическая афазия возникает при патологическом поражении средней трети височной извилины. Нарушается слухоречевая па-

мать. Пациент понимает то, что говорят другие, но при этом надолго не может удержать в памяти то, что ему сказали.

Афферентная моторная афазия развивается при поражении нижних участков постцентральной коры. Пациент не может достаточно точно управлять артикуляционными движениями. При грубых нарушениях пациенту доступны лишь отдельные звуки. При осмотре выявляются изменения в управлении языком – пациент не может им дотронуться до губ, не получается надуть щеки.

Эфферентная моторная форма афазии возникает при нарушениях в зоне Брока, расположенной в нижних участках премоторной области. Нарушается переключение с одной артикуляционной формы на другую. Больной предпочитает выбирать слова с одинаковыми слогами или использует стереотипные выражения – эмболы, при помощи которых пытается построить всю свою речь. При длительном речевом нарушении страдает письменная речь, чтение.

Оптико – мнестическая форма афазии возникает при патологическом поражении височно – затылочных участков доминантного полушария. Разрушается связь между самим словом и тем, что оно обозначает. Пациент долго подскивает подходящее обозначение предмета и явления.

Динамическая афазия развивается при поражении премоторных участков, примыкающих сверху к зоне Брока. У больного нарушается целостность высказывания, отсутствует самостоятельная речь. Пациент односложно отвечает на вопросы, при этом нередко наблюдается повтор последнего произнесенного слова.

Нередко перечисленные формы афазии сочетаются друг с другом, образуя разной степени выраженности смешанную афазию. Обычно в таких случаях говорят о преобладании одной из форм афазии.

Восстановление речевых функций является чрезвычайно сложным и кропотливым трудом, требующим высокого профессионализма и терпения. Основным методом восстановительного лечения речевых расстройств является логотерапия.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности восстановления речевых функций у пациентов неврологического профиля с использованием комплексной нейропсихологической и нейролингвистической терапии.

В группу наблюдения вошли 135 человек. Мужчины составили 86 (63,7%) человек, женщины – 49 (36,3%). Средний возраст пациентов составил 43,8 года. Подавляющее большинство пациентов перенесли острое нарушение мозгового кровообращения – 110 чел. (81%), от черепно-мозговой травмы пострадало 19 пациентов (14%), 6 чел. (5%) вошли в группу с прочими заболеваниями. Все пациенты проходили курс ранней медицинской реабилитации в Республиканской клинической больнице медицинской

реабилитации спустя 2-3 недели от начала заболевания. Длительность пребывания в стационаре составила 28 дней.

Первичное обследование пациентов в течение первых дней включало в себя углубленную комплексную нейропсихологическую и нейролингвистическую диагностику: речь, память, мышление, внимание, гнозис и праксис.

При оценке речевой функции оценивалось состояние импрессивной речи (понимание слов, простых и развернутых инструкций, вопросов, логико-грамматических конструкций различного характера), экспрессивной речи (спонтанная речь, автоматизированная, дезавтоматизированная речь, отраженная, сопряженная речь и т.д.), письменной речи, чтения, праксис (динамический, орально-артикуляторный), гнозис (акустический, оптический, различного вида памяти).

Нейропсихологический аспект обследования включал в себя исследование высших психических функций (память, мышление, внимание), оценку степени их нарушения, определение локализации очага поражения головного мозга, преобладающего типа компенсации, наблюдение за динамикой восстановления нарушенных функций.

Результаты диагностики показали, что 67,4% (91 чел.) обследованных составили лица с афазией различной формы и степени выраженности и 32,6% (44 чел.) – лица с дизартрией и голосовыми нарушениями. По степени выраженности речевые расстройства распределились следующим образом: грубые нарушения выявлены у 18 пациентов (13,3%), умеренные расстройства имели место у 83 обследованного (61,5%) и легкие речевые нарушения отмечены у 34 больных (25,2%).

Коррекционно-восстановительное обучение проводилось дифференцированно в зависимости от вида нарушения речи, степени выраженности дефекта, этапа заболевания. Восстановительная работа охватывала все стороны нарушенных речевых функций.

Основной формой речевой работы с пациентом являлось индивидуальное занятие. Каждый пациент (в зависимости от тяжести речевого дефекта) получал от 3 до 5 индивидуальных занятий в неделю. Индивидуальная коррекционно-педагогическая работа проводилась по следующим направлениям: применение прямых растормаживающих и стимулирующих методик, компенсация на основе перестройки самой нарушенной функции, а также использование механизма межфункциональных перестроек.

В коррекционно-восстановительной работе с лицами, страдающими афазией разной степени выраженности, использовались известные методические разработки и рекомендации А.Ф. Лурия, Л. С. Цветковой, М. К. Бурлаковой, Т. Г. Визель, О. Опель, Э. С. Бейн, Л. С. Волковой, М.К. Шохор-Троцкой, направленные на растормаживание и стимуляцию речевого высказывания.

Для индивидуальной речевой реабилитации использовалась русскоязычная версия международной методологии по системе активации вербальных функций (MODAK), которая базируется на использовании следов сохранного глобального чтения и письма и основана на понимании языка как системы речи, воспроизведении наименьшей языковой единицы – фразы и на восстановлении нарушенных языковых систем в комплексе. В основе методики лежит ведение диалога с больным, стимуляция как устной речи, так и чтения и письма.

Применялись методики по растормаживанию и стимуляции речевого высказывания: записи популярных мелодий, знакомых каждому, а также традиционный картинный и речевой материал.

По коррекции и восстановлению произносительной стороны устной речи применялась компьютерная программа «SpeechViewer» - «Видимая речь» (IBM США), электронные версии кроссвордов, тестов, графиков, диаграмм, воспроизведение звуковых и видео роликов, мультимедийные презентации.

Принципы речетерапии при дизартриях основывались на тренировке моторики речедвигательных мышц, а позднее – артикуляционно-фонационной и фонационно-дыхательной координации.

В комплексе с индивидуальными коррекционными занятиями использовались групповые методы восстановительного обучения с целью расширения коммуникативных возможностей, преодоления фобии речи, включения в полноценное общение. Комплектация групп основывалась на «речевом» диагнозе (афазия, дизартрия), степени выраженности дефекта, форме проведения группового занятия (речевое, логоритмическое). Групповые занятия проводились 4-5 раз в неделю, продолжительностью до одного часа, в группе 4-6 человек.

Значительное место в восстановительной речетерапии отводилось коммуникативному тренингу, для чего применялись конкретные ситуации и речевые темы из домашних ситуаций пациента.

Параллельно обучались родные и близкие пациента грамотному и правильному общению с данным больным.

Среди больных, прошедших курс комплексной медицинской реабилитации, включая речевую, значительная степень восстановления речи отмечалась у 43 чел. (31,9%), умеренное улучшение имело место у 74 пациентов (54,8%), с незначительным улучшением было выписано 11 чел. (8,1%), у 7 обследованных (5,2%) изменений в коммуникативной сфере не отмечалось.

Таким образом, комплексная нейропсихологическая и нейролингвистическая реабилитация пациентов с речевыми нарушениями, используемая в Республиканской клинической больнице медицинской реабилитации является эффективным методом восстановления коммуникативных функций.

Оптимальной формой организации восстановительного обучения являются индивидуальные занятия в сочетании с групповой терапией и компьютерным тренингом.

Использование компьютерных программ позволяет расширить возможности логопедического воздействия, организовать восстановительный процесс динамично, конструктивно, наглядно и современно.

Введение в структуру восстановительной речевой коррекции групповых занятий с использованием логоритмики повышает качество и эффективность восстановления вербальной коммуникации.

Нормализация навыков общения снижает социальную дезадаптацию пациентов, способствует их интеграции в общество и повышению качества жизни больных и инвалидов, страдающих речевыми расстройствами.

Медицинская реабилитация пациентов с симптоматической эпилепсией

И.Я. Чапко, Н.В. Стахейко, А.Н. Филиппович, В.Е. Перкова, Т.В. Черевко

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Особое место среди актуальных проблем восстановительного лечения пациентов с заболеваниями центральной нервной системы занимают вопросы медицинской реабилитации лиц с симптоматической эпилепсией. Симптоматическая эпилепсия (условно называемая «вторичной эпилепсией») – одно из проявлений органических заболеваний центральной нервной системы (черепно-мозговая травма, опухоли головного мозга, энцефалопатии, инсульт и др.), в клинической картине которых наряду с эпилептическим синдромом отмечаются и другие неврологические синдромы.

Целью настоящего исследования являлась разработка методов медицинской реабилитации пациентов с симптоматической эпилепсией.

Медицинская реабилитация осуществляется пациентам с симптоматической эпилепсией, обусловленной черепно-мозговой травмой (S06 – здесь и далее указан код по МКБ-10), цереброваскулярной патологией (I60-I64), воспалительными заболеваниями центральной нервной системы (G00-G09) (в восстановительном периоде процесса, а также в периоде последствий – до 2-х лет); доброкачественными опухолями головного мозга (D32, 33) (после оперативного лечения), у пациентов перенесших операции по поводу артерио-венозных мальформаций головного мозга и артериальных мешотчатых аневризм (I72).

При осуществлении медицинской реабилитации на пациента заполняется индивидуальная программа медицинской реабилитации. При формировании программы и проведении медицинской реабилитации исполь-

зуются технологии лечебной физкультуры, психотерапия, аппаратная физиотерапия, водолечение, лекарственные средства, диетотерапия.

Основными задачами лечебной физической культуры (ЛФК) у пациентов с симптоматической эпилепсией являются: уравнивание процессов возбуждения и торможения в головном мозге, улучшение трофики мозговой ткани, укрепление систем организма и расширение его адаптивных возможностей, обеспечение нормального физиологического тонуса мышц, предупреждение изменений личности. При применении лечебной физкультуры следует придерживаться принципа этапности в лечении, дозированной нагрузки, соблюдать постепенность в наращивании интенсивности физической нагрузки в соответствии с клиническим состоянием пациента. Реабилитационный эффект при тренировке возможен при соблюдении ряда принципов: систематичности, регулярности, длительности, дозировании нагрузок, индивидуализации.

Особенности реабилитационной тактики ЛФК при симптоматической эпилепсии: следует избегать гипервентиляции (упражнения следует выполнять в умеренном темпе); в комплекс не рекомендуется включать упражнения на быстроту, скорость перехода из одного положения в другое, на равновесие; используется принцип постепенного усложнения выполняемых упражнений; во время выполнения упражнений следует избегать задержки дыхания на выдохе. Проводить физическую реабилитацию пациенту необходимо на фоне противосудорожной терапии.

Лечебная физкультура при симптоматической эпилепсии может проводиться в форме индивидуальной и групповой лечебной гимнастики (индивидуально, по показаниям). При симптоматической эпилепсии первые занятия ограничиваются временем 10 мин, затем длительность их постепенно увеличивается до 20-30 мин в день. Упражнения индивидуально усложняются. При выполнении упражнений необходимо следить, чтобы дыхание осуществлялось только носом во избежание гипервентиляции легких, которая опасна усилением судорожной готовности (обращать на это внимание пациентов); необходимо также акцентировать внимание пациентов, что растяжение и расслабление мышц происходит лучше на выдохе. Лечебную гимнастику необходимо проводить регулярно с постепенным возрастанием нагрузки и разнообразием упражнений; в комплекс должны входить упражнения, охватывающие различные мышечные группы. При отсутствии эпилептических приступов с 10 го занятия можно применять занятия на тренажерах: ходьбу на беговой дорожке и велотренажер в спокойном равномерном темпе без выраженного ускорения и замедления скорости движений.

Использование физических факторов (физиотерапии) способствует более быстрому восстановлению или компенсации нарушенных функций организма и осуществляется с учетом этиологического фактора, приведшего к симптоматической эпилепсии (черепно-мозговая травма, инфаркт моз-

га, нейроинфекции и др.). При частых эпилептических и эпилептикоподобных средних частоты физиотерапевтическое лечение противопоказано. При редких эпилептикоподобных физиотерапевтическое лечение проводят на фоне обязательной противосудорожной терапии. *Электросон (импульсная электротерапия)* осуществляется постоянным импульсным током длительностью 0,2-0,5 мс, силой до 10 мА с частотой от 1 до 160 Гц и используется в сочетании с электрофорезом. Электросон и электрофорез седативных и рассасывающих веществ (натрия оксибутират, натрия бромид, калия йодид) методом электросна проводится с включением дополнительной постоянной составляющей тока. Частота импульсов – 5-10 Гц. Продолжительность воздействия 30-60 минут. Курс – 15-20 процедур, ежедневно. Повторный курс реабилитации проводят с интервалом не ранее 3 месяца.

Хвойные ванны готовят путем добавления порошкообразного или жидкого хвойного экстракта. Температура воды индифферентная, 35-37°C, продолжительность – 10-15 мин. Курс лечения – 10-20 ванн, ежедневно или через день. *Шалфейные ванны* приготавливают, растворяя в воде жидкий или сгущенный конденсат мускатного шалфея. Температура воды 35-37°C, продолжительность 8-15 мин. Курс лечения состоит из 12-15 процедур, проводимых с частотой 3-4 раза в неделю.

Психотерапия используется для влияния не только на патологические проявления, но и на личность пациента с целью приспособления к повседневной жизни в условиях изменившегося состояния здоровья. Общие и специальные психотерапевтические мероприятия используются для смягчения негативной аффективной напряженности и формирования позитивного умонастроения, что снижает судорожную готовность мозга.

Рациональная психотерапия в виде беседы. Главными задачами являются установление доверительного контакта с пациентом и разъяснительное подкрепление всех видов лечебных процедур и лекарственных назначений; изменение представления пациента о своей болезни; коррекция социальной установки, отношения к труду, окружающим.

Аутогенная тренировка. В основе аутогенной тренировки лежит комплекс из шести стандартных упражнений. У пациентов с симптоматической эпилепсией целесообразно использовать вариант аутогенной тренировки с акцентом не на мышечном расслаблении, а на развитии процесса самоконтроля, саморегуляции; большее значение при этом придается расширенным формулам спокойствия. Применение аутогенной тренировки рассчитано на курс ежедневных занятий до 20 дней. Аутотренинг при эпилепсии отличается рядом особенностей. В меньшей степени прорабатываются упражнения на регуляцию дыхания и сердечного ритма (третье и четвертое), акцент делается не на мышечном расслаблении (эти упражнения наиболее актуальны при моторных припадках без генерализации приступа), а на получении эффекта аутогенного погружения, – второй фазы аутогенной тренировки; подробная фиксация на чувстве тяжести не проводит-

ся, тепловые ощущения в конечностях дополняются холодowymi в области лица и головы. В связи с этим рекомендовано не заниматься тренировкой отдельных упражнений, а давать пациентам подготовительную формулу и четыре упражнения классической методики полностью с первого сеанса (для сокращения сроков реабилитации).

Медикаментозная коррекция осуществляется индивидуально, по показаниям (в зависимости от этиологического фактора); выбор лекарственных средств производится в соответствии с клиническими протоколами лечения пациентов с патологией нервной системы. Основные принципы тактики медикаментозной коррекции симптоматической эпилепсии на этапе медицинской реабилитации: индивидуальность (подбор противосудорожного лекарственного средства осуществляется индивидуально каждому пациенту); монотерапия (коррекция осуществляется только одним противосудорожным лекарственным средством (средством первой очереди выбора, при неэффективности лекарственного средства первой очереди выбора следует проводить монотерапию средством второй очереди выбора, а при его неэффективности – третьей, только в случае отсутствия эффекта при монотерапии добавляется второе противосудорожное лекарственное средство); непрерывность (перерывы в приеме средства не допускаются); длительность (продолжительность приема противосудорожного лекарственного средства должна составлять не менее 2-5 лет после последнего припадка (вопрос о длительности решается индивидуально, по показаниям)).

Организация «Школы пациента с симптоматической эпилепсией». «Школа пациента» является одной из наиболее простых и удобных форм обучения пациентов, проходящих курс реабилитационных мероприятий в стационарных и амбулаторных условиях. В «школу» включают группы пациентов в раннем восстановительном периоде заболевания, проходящие курс реабилитационных мероприятий в условиях стационарного отделения реабилитации, а также пациенты, у которых уже сформировались стойкие последствия на органном или организменном уровне и возникла потенциальная или реальная угроза инвалидности.

Диетотерапия. Особенности организации правильного питания при симптоматической эпилепсии (способствующие уменьшению количества приступов) доводятся пациентам во время проведения образовательных программ в рамках «школы пациента» или при рациональной психотерапии. Пациентам не рекомендуются крепкий чай, кофе, алкоголь, газированные напитки, «быстрые» углеводы (хлеб и мучные продукты, сладости, картофель). Следует ограничить употребление жидкости, острых (хвус, перец, хрен, чеснок, горчица и др.), соленых (сельдь, кильки, соленья) блюд, продуктов с высоким содержанием азота (фасоль, горох, бобы), белка. Избыточное употребление омега-6 жирных кислот могут увеличить частоту приступов (при локализации очага в височной доли). При оценке

факторов, провоцирующих приступы, следует учитывать, что индивидуальные аллергические реакции на те или иные продукты могут быть причиной аномальной электрической активности мозга (в ряде случаев, аспартам, содержащийся в диетических напитках, пудингах, желе, йогурте служит причиной развития приступов). При симптоматической эпилепсии полезны продукты обогащенные клетчаткой, которая улучшает перистальтику кишечника.

Таким образом, грамотное и комплексное формирование программы медицинской реабилитации пациентов с симптоматической эпилепсией позволит улучшить клинико-социальный исход заболевания, будет способствовать предупреждению развития инвалидности или снижения степени выраженности нарушений, ограничений жизнедеятельности при сформировавшейся инвалидности.

Физическая реабилитация детей с дисплазией тазобедренных суставов при спастичных парезах

И.Н. Чернишова, Е.В. Варешнюк, Л.К. Роман, И.Н. Василенко,
С.В. Ковальова, Н.П. Задерей, А.В. Данильчук

Украинский научно-исследовательский институт протезирования,
протезостроения и восстановление трудоспособности, г. Харьков, Украина

Патология тазобедренного сустава является одной из наиболее распространенных в детской ортопедии (5-16 детей на 1000 новорожденных). Особое значение эта проблема приобретает в реабилитации детей – инвалидов с последствиями неврологических заболеваний (ДЦП и другая органическая патология головного мозга, врожденная патология развития ЦНС и прочие). По данным исследователей, частота дислокаций в тазобедренных суставах (ТБС) при спастических параличах составляет от 28 до 90% [1, 2, 3, 4, 5]. Дисбаланс мышечного тонуса на фоне дисплазии составляющих элементов ТБС, внутриротаторная установка бедра, отсутствие физиологической осевой нагрузки приводят к высокой частоте развития вторичной дислокации бедра (децентрация, подвывих, вывих) вследствие неврологического дефицита и дисбаланса мышечного тонуса [6, 7, 8, 9, 10, 11].

Дислокация в тазобедренных суставах значительно ограничивает возможности применения некоторых методик физической реабилитации и кинезотерапии у этого контингента больных ввиду существующей опасности прогрессирования [12, 13, 14]. Нерешенные вопросы использования физических факторов реабилитации, дополнительных средств вертикализации, ортезирования, лечебной гимнастики, роботизированной механотерапии для повышения двигательной активности детей с вторичной диспла-

зией ТБС, особенно после оперативного лечения, послужили причиной систематизации подходов к активной реабилитации этого контингента больных.

Цель настоящего исследования – разработка схем физической реабилитации для детей с дисплазией тазобедренных суставов разной степени тяжести при неврологической патологии.

Материалы и методы исследования.

За 2014-2015 гг. в клинике УкрНИИ протезирования прошли курсы реабилитации 52 ребенка (18 мальчиков и 34 девочки) в возрасте от 4 до 9 лет с дисплазией тазобедренных суставов, спастическим парезом нижних конечностей, нарушением функции опоры и передвижения.

Нарушение функции передвижения у детей было связано с наличием патологических рефлексов, дисбаланса мышечного тонуса, нарушением координации, наличием контрактур суставов, деформаций нижних конечностей и позвоночника, которые препятствовали возможности устойчиво стоять и передвигаться. У всех пациентов была дисплазия тазобедренных суставов разной степени тяжести, подтвержденная рентгенологически. Выделены три группы пациентов (таблица 1):

- с децентрацией головки бедра, индекс миграции (IM) < 33% – 30 больных;

- с подвывихом легкой степени, при отсутствии показаний к оперативному лечению ($33\% < IM < 50\%$, отсутствие признаков прогрессирования) – 12 больных;

- после оперативного лечения (на мягких тканях или костях таза, бедра) – 10 больных.

Таблица 1

Распределение больных по группам

Группа	Первая группа (IM < 33 %)		Вторая группа (33 % < IM < 50 %, без признаков прогрессирования)		После оперативного лечения		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Количество больных	30	57	12	23	10	20	52	100

Всем пациентам проводились курсы комплексной реабилитации, включающие ЛФК, массаж, физиотерапевтическое лечение, кинезотерапию на роботизированных системах (Lokomat, G-EO), тренировочные занятия в рефлекторно-нагрузочном устройстве «Гравистат», в разгрузочном пневмокостюме «Атлант» или в устройстве для ходьбы «Walker» (при отсутствии противопоказаний к методикам). В ходе проведения реабилитации и после лечения пациенты обеспечивались ортезами в соответствии с клиническим статусом и результатами мониторинга рентгеноанатомии ТБС (шарнирные замковые ортезные системы с корсетом или поясом, от-

водящие ортезы на ТБС, ортезы на нижние конечности из жестких или эластичных материалов) и ортопедической обуви.

Задачей физической реабилитации было повышение функциональных возможностей пациентов при стабилизации (или уменьшение) дислокации в ТБС. Для решения поставленной задачи необходимо: уменьшить спастичность мышц, устранить приводящую установку бедер, увеличить объем движений в суставах нижних конечностей, скорректировать патологические установки стоп, улучшить координацию. Для каждой группы детей были разработаны схемы сочетания методик физической реабилитации с использованием роботизированных систем и ортезирования.

Для детей первой группы (с децентрацией головки бедра) рекомендовано применение любых методов активной реабилитации и нагрузочных методик: ЛФК, массаж, физиотерапия, кинезотерапия на роботизированных системах, РНП «Гравистат», разгрузочное устройство «Атлант». Для закрепления позитивного эффекта после реабилитации назначаются ортезные системы и ортопедическая обувь по показаниям.

Для детей второй группы (с подвывихом в ТБС) рекомендованы два направления реабилитационного процесса.

При $IM \leq 50\%$, отсутствии признаков прогрессирования дислокации применяются реабилитационные методики в щадящем режиме в отводящих ортезах на ТБС. Для закрепления достигнутого эффекта дети обеспечиваются ортезами нижних конечностей с разгрузкой ТС (с отведением бедер, упором в кости таза).

При $IM > 50\%$ и при наличии признаков прогрессирования дислокации в ТБС (увеличение IM на $7\%-10\%$ за год) – рекомендовано оперативное лечение.

Для детей третьей группы (после оперативного лечения) рекомендована двухэтапная реабилитация:

- в ближайшем восстановительном периоде (до 6 месяцев) – физиотерапевтическое лечение, освоение вертикальной позы в фиксирующих ортезных системах с разгрузкой ТБС;

- в отдаленном восстановительном периоде (через 6 месяцев) – применение нагрузочных методик реабилитации в щадящем режиме с использованием отводящих ортезов на ТБС.

Для оценки эффективности реабилитационного лечения нами применялись клинические методы исследования (шкала Ashworth, классификация GMFCS, шкала GMFM), мониторинг рентгеноанатомии тазобедренных суставов с определением индекса миграции Reimers (IM), угла Wiberg (KB), электромиография (ЭМГ), биомеханические исследования (стабилобазаметрия) до и после курса реабилитации.

Результаты исследования и их обсуждение. За срок наблюдения (2014-2015г.) пациенты прошли следующее количество курсов реабилитации: 1 курс – 13 (25%) детей, 2 курса реабилитации – 24 (46%) ребенка, 3 курса – 15 (29%) больных. По данным наших исследований наблюдались следующие изменения в клиническом статусе (таблица 2).

Таблица 2

Динамика результатов тестирования больных первой группы (n=30)

Показатели	до реабилита- ции	После реабили- тации	динамика
шкала Ashworth (балы)	$3,5 \pm 0,5$	$2,5 \pm 0,5$	- 1,0
тест GMFCS (рівень)	$2,6 \pm 0,4$	$2,4 \pm 0,4$	- 0,2
тест GMFM (%)	75 ± 9	83 ± 9	+ 8
FAC (уровень)	$3,5 \pm 0,5$	$3,7 \pm 0,5$	+ 0,2

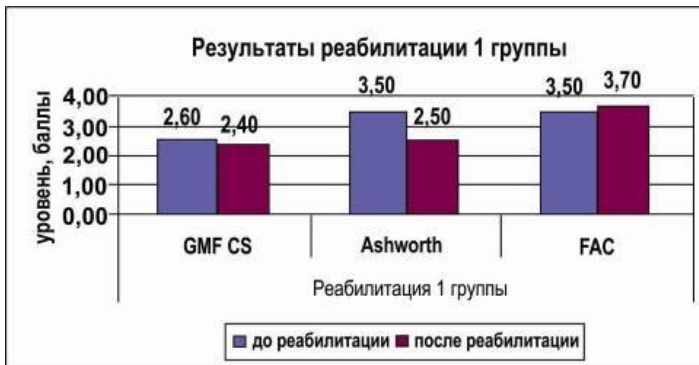


Рисунок 1. Результаты тестирования до и после реабилитации пациентов 1 группы а) GMFM (%), б) GMFCS (уровень), Ashworth (балл), FAC (уровень)

Данные ЭМГ-исследований подтверждают положительные изменения в функциональном состоянии мышечной системы (таблица 3).

Таблица 3

Динамика амплитуды БЭА мышц в процессе реабилитации детей первой группы

Исследованные мышцы	Биоэлектрическая активность мышц	
	До курса реабилитации	После курса реабилитации
m. rectus femoris	250 ± 20	465 ± 30
m. adductor femoris	190 ± 30	270 ± 30
m. gastrocnemius	240 ± 30	310 ± 30
m. tibialis anterior	155 ± 30	430 ± 30
Коэффициент реципрокности (%)	$88 \pm 9,1$	$152 \pm 12,2$

При рентгенологическом исследовании ТБС через год наблюдения у 22(73,3%) больных этой группы наблюдалась стабилизация и даже некоторое улучшение рентгенологической картины тазобедренных суставов (незначительное уменьшение ИМ до 8%), уменьшение количества детей с децентрацией головки бедра. Прогрессирования дисплазии тазобедренных суставов не наблюдалось (таблица 4).

Таблица 4

Распределение пациентов по типу тазобедренного сустава до реабилитации и через 1 год наблюдения (%)

Тип КС	до реабилитации	через 1 год	Динамика
Near normal hip	63,5	80	+ 16,5
Dysplastic hip	36,7	20	- 16,7
Средний показатель ИМ	19	15	- 4

Анализируя результаты биомеханического исследования опороспособности детей с дисплазией тазобедренных суставов вследствие спастических парезов, можно отметить положительную динамику даже после первого курса реабилитации: коэффициент опороспособности увеличился, в среднем, на 15% (с $0,76 \pm 0,03$ до $0,87 \pm 0,03$), колебания ОЦД в фронтальной плоскости уменьшились, в среднем, на 60 % (с $10,27 \pm 1,97$ мм до $4,18 \pm 1,33$ мм), колебания ОЦД в сагиттальной плоскости уменьшились, в среднем, на 23% (с $12,3 \pm 1,87$ мм до $8,11 \pm 1,97$ мм), что свидетельствует об улучшении устойчивости и координации.

Для закрепления достигнутых результатов двигательной реабилитации 14(46,6%) детей были обеспеченные шарнирными ортезами на голеностопный сустав и стопу с ротационной тянкой или без нее, 8 (26,6%) детей-ортопедической обувью, 1(3,3%) ребенок – ортезами на всю ногу, 7(23,3%) детей с патологическим тонусом мышц 2 баллов – ортезами на тазобедренном суставе для отвода бедер.

Результаты клинического обследования 2группы больных (с подвывихом в тазобедренных суставах) до и после реабилитации представлены в таблице 5.

Таблица 5

Динамика результатов тестирования больных второй группы до и после курса реабилитации (n=12)

Показатели	до реабилита-ции	после реабили-тации	динамика
шкала Ashworth (баллы)	$2,8 \pm 0,5$	$1,6 \pm 0,5$	- 1,2
тест GMFCS (уровень)	$3,1 \pm 0,4$	$2,9 \pm 0,4$	- 0,3
тест GMFM (%)	55 ± 9	64 ± 9	+ 14
FAC (уровень)	$2,8 \pm 0,5$	$4,1 \pm 0,5$	1,3

Для наглядности полученных результатов реабилитации детей 2 группы приводим гистограмму (рис.2).

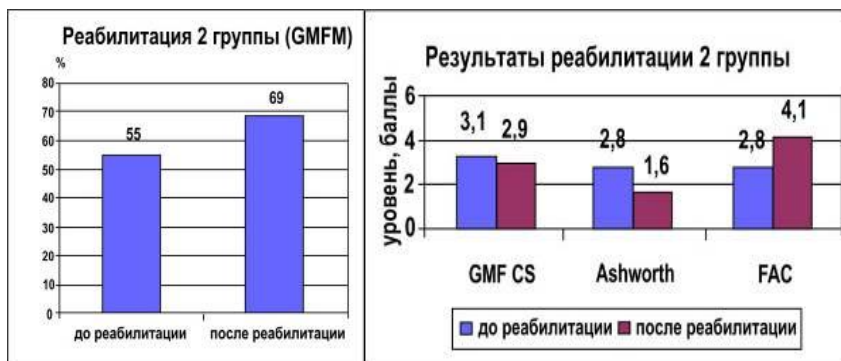


Рисунок. 2. Результаты тестирования до и после реабилитации пациентов 2 группы а) GMFM, б) GMFCS (уровень), Ashworth (балл), FAC (уровень)

Курс физической реабилитации способствовал увеличению амплитуды интерференционных миограмм, в среднем на 350 мкВ, нормализации коэффициента реципрокности (таблица 6).

Таблица 6

Динамика БЕА мышц в процессе реабилитации детей 2 группы

Исследованные мышцы	Биоэлектрическая активность мышц (мкВ)	
	До курса реабилитации	После курса реабилитации
m. rectus femoris	190 ± 30	565 ± 30
m. adductor femoris	145 ± 30	230 ± 30
m. gluteus	320 ± 25	400 ± 30
m. gastrocnemius	220 ± 30	310 ± 30
Коэффициент реципрокности (%)	80 ± 7,1	150 ± 11,2

Мониторинг рентгеноанатомии тазобедренных суставов показал положительную динамику в 99% случаев: наблюдалась стабилизация или уменьшение ИМ, в среднем, на 9% (от 6 до 18%), увеличение КВ, в среднем, на 20°, тип ТБС не изменился. Однако, был один случай прогрессирования дислокации бедра у ребенка 11 лет с ДЦП, двойной гемиплегией,

подвывихом в правом КС – ІМ увеличился с 40% до 54%, что можно объяснить нарушением режима пользования ортезами на ТБС в период интенсивного роста ребенка. Рекомендовано решение вопроса об оперативном вмешательстве.

Биомеханические исследования показали, что несмотря на более выраженную патологию ТБС, у детей этой группы после реабилитационных мероприятий также отмечались положительные изменения характеристик статистики. Коэффициент опороспособности, в среднем, увеличился с $0,74 \pm 0,02$ до $0,86 \pm 0,02$. При этом колебания ОЦД в сагиттальной плоскости уменьшились, в среднем, на 40% (с $25,75 \pm 4,31$ мм до $15,69 \pm 3,80$ мм).

После реабилитации для закрепления достигнутых результатов и профилактики прогрессирования дислокации дети снабжены ортезами:

- 8 (66,6%) детей – ортезами на голеностопный сустав и стопы, которые использовались в комплексе с отводящими ортезами ТБ;

- 2 (16,6%) пациента – ортезами на всю ногу с корсетом, ортезы изготовлены с упором в кости таза для разгрузки ТБС при стоянии и ходьбе, установлены в положении отведения до 30° - 40° .

- 2 (16,6%) ребенка – реципрокным ортезом, тазобедренные шарниры которого и шины обеспечивают жесткую фиксацию бедер пациента в положении отведения с возможностью регуляции в процессе эксплуатации.

При клиническом обследовании до и после реабилитации 3 группы больных после оперативного лечения получены следующие результаты (таблица 7)

Таблица 7

**Динамика результатов тестирования 3 группы больных
до и после реабилитации (n=10)**

Показатели	До реабилитации	После реабилитации	динамика
шкала Ashworth (баллы)	$1,8 \pm 0,5$	$1,5 \pm 0,4$	- 0,3
тест GMFCS (уровень)	$4,0 \pm 0,4$	$3,9 \pm 0,5$	- 0,1
тест GMFM (%)	34 ± 9	$44 \pm 0,4$	+ 10
FAС (уровень)	$0,5 \pm 0,5$	$1,0 \pm 0,5$	+ 0,5

Для наглядности полученных результатов реабилитации детей после оперативного лечения подвывиха в ТБС (3 группа) приводим гистограмму (рисунок 3).

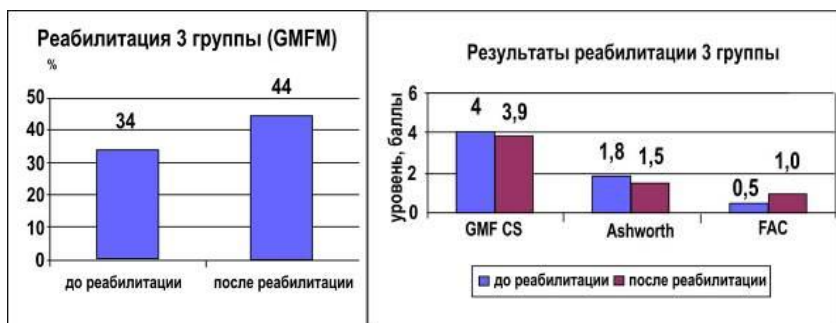


Рисунок 3. Результаты тестирования до и после реабилитации пациентов 3 группы а) GMFM, б) GMFCS (уровень), Ashworth (бал), FAC (уровень)

Курс физической реабилитации, по данным электромиографии, способствовал увеличению амплитуды интерференционных миограмм, в среднем, на 180 мкВ, нормализации коэффициента реципрокности (таблица 8).

Таблица 8

Динамика БЕА мышц в процессе реабилитации детей 3 группы

Исследованные мышцы	Биоэлектрическая активность мышц (мкВ)	
	До курса реабилитации	После курса реабилитации
m. rectus femoris	110 ± 30	165 ± 30
m. adductor femoris	100 ± 30	120 ± 30
m. gluteus	210 ± 25	220 ± 30
m. gastrocnemius	120 ± 30	150 ± 30
Коэффициент реципрокности (%)	40 ± 7,3	50 ± 11,2

Мониторинг рентгеноанатомии тазобедренных суставов за срок наблюдения (1-2 лет) показал стабилизацию ИМ и КВ.

Данные биомеханических исследований подтвердили нормализацию коэффициента опорности стоп, уменьшение амплитуды колебаний ОЦД при стоянии во фронтальной и сагиттальной плоскостях после реабилитационного лечения.

Для закрепления полученных результатов и профилактики прогрессирования дислокации в КС дети обеспечивались ортезами на всю ногу с креплением к корсету или поясу с упором у кости таза для разгрузки ТБС с отведением бедер до угла 30-40 (8,80%). Два (20%) пациента снабжены ре-

ципрокным ортезом с фиксацией бедра в положении отведения, которое можно регулировать в процессе эксплуатации.

Результаты проведенных исследований позволяют сделать вывод об эффективности применения предложенных схем сочетания методик физической реабилитации и ортезирования в реабилитации детей со вторичной дисплазией ТБС разной степени. Дифференцированный подход к выбору методик реабилитации (физиотерапевтическое лечение, пассивная и активная кинезотерапия, ортезирование) в зависимости от степени тяжести дисплазии ТБС способствуют стабилизации положения головки бедра в суставе, снижению патологического мышечного тонуса, повышению общей двигательной активности детей, препятствуют прогрессированию дислокации.

Литература

1. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова. – М., 1991. – С. 58-63.
2. Умнов В. В. Оперативное лечение подвывихов и вывихов бедра у больных церебральным параличом : автореф. дис. канд. мед. наук / В. В. Умнов. – Л., 1990. – 18 с.
3. De Luca P. A. The musculoskeletal management of children with cerebral palsy / P. A. De Luca // *Pediatric Clinics of North America*. – 1996. – N 43. – P. 1135-1150.
4. Kerr C. Electrical stimulation in cerebral palsy: a randomized controlled trial / C. Kerr, B. Mc Dowell, A. Cosgrove [et al.] // *Dev. Med. Child Neurol*. – 2014. – Vol. 48. – P. 870-876.
5. Erol B, Bezer M, Küçükdurmaz F, Güven O. Surgical management of hip instabilities in children with spina bifida. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2005; 39(1):16 – 22.
6. Fujiwara M. Hip abnormalities in cerebral palsy: radiological study / M. Fujiwara, J. V. Basmajian, M. Iwamoto // *Arch. Phys. Med. Rehabil*. – 1976, Jun. – Vol. 57 (6). – P. 278-281.
7. Yamaguchi O. Ability to walk in SCP: ways to achieve / O. Yamaguchi // *Nippon-Seikeigeka-Gakkai-Zasshi*. – 1993. – Vol. 67 (1). – P. 2-4.
8. Selva G. Rehabilitation in SCP / G. Selva, F. Miller, K. W. Dabney // *J. Pediatr. Orthop*. – 1998. – Vol. 18 (1). – P. 54-61.
9. Мезина Е. В. Клинико-рентгенологическая характеристика крайних степеней нестабильности тазобедренного сустава при детском церебральном параличе [Электронный ресурс] / Э. В. Мезина // *Медицинские новости*. – 2003. – Режим доступа : <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=6783>.
10. Chung C.Y. Morphometric analysis of acetabular dysplasia in cerebral palsy / C.Y. Chung, M.S. Park, I.H. Choi, T.J. Yoo, K.M. Lee // *The journal of bone and joint surgery*. – 2005. – № 10. – P. 2432-47
11. Семенова К. А. Стабильность тазобедренного сустава при спастических формах ДЦП / К. А. Семенова // *Ортопедия, травматология*. – 1988. – № 11. – С. 70-71
12. Бабов К.Д., Ніколаєва Н.Г. Деякі аспекти ортопедичної реабілітації дітей / К.Д. Бабов, Н.Г. Ніколаєва // *Медична реабілітація, курортологія та фізіотерапія*. – 2011. – № 3. – С. 37
13. Годзієв В.А. Вторинна дисплазія кульшового суглоба при дитячому паралічу/ В.А. Годзієв, А.В. Пчеляков // *Досягнення біології ті медицини*. – 1(15) – 2010. – С. 50-55
14. Титаренко Н.Ю. автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Москва, 2014

Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПРИ)

О.А. Шикло

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Проблема инвалидности – это одна из важнейших проблем не только медицины, но и социальная, профессиональная, правовая и экономическая проблема государства и общества. Проблема инвалидности имеет место во многих странах мира, в том числе и в Республике Беларусь.

По оперативным данным в органах по труду и социальной защите населения численность инвалидов, состоящих на учете (накопленная инвалидность) на январь 2016 г. в республике составила 549475 инвалидов, из них I группы – 85340 человек, II группы – 269014 человек, III группы – 166276 человек, дети-инвалиды в возрасте до 18 лет – 28845 человек [1].

Инвалид – лицо с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами мешают полному и эффективному участию его в жизни общества наравне с другими [2].

Исходя из понятия инвалидность – это социальная недостаточность, обусловленная нарушением здоровья (заболеванием, в том числе анатомическим дефектом, травмой) со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости социальной защиты [2]. Ограничение жизнедеятельности лица может выражаться в полной или частичной утрате им способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью. Признание лица инвалидом осуществляется после экспертного обследования его на медико-реабилитационной экспертной комиссии (МРЭК) и вынесения соответствующего заключения, имеющего юридическую силу.

Заключение МРЭК является официальным документом, удостоверяющим группу и причину инвалидности. МРЭК составляет индивидуальную программу реабилитации, которая определяет конкретные виды, объемы и сроки реабилитационных мер включая медицинские, профессиональные и социальные мероприятия. Индивидуальная программа реабилитации инвалида (далее - ИПРИ) является официальным документом, обязательным для исполнения государственными органами и работодателем (нанимателем).

В соответствии с абзацем 6 статьи 1 Закона Республики Беларусь от 23.07.2008 г. № 422-З «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (далее – Закон о предупреждении инвалидности), части 2 статьи 9 Закона Республики Беларусь от 11.11.1991 г. № 1224-ХП «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» ИПРИ - это документ,

который определяет комплекс реабилитационных мероприятий, конкретные виды и сроки проведения реабилитации инвалида, а также ответственных за ее проведение исполнителей [2;3].

В соответствии со статьей 1 статьи 23 Закона о предупреждении инвалидности ИПРИ состоит из трех разделов:

- программы медицинской реабилитации;
- программы профессиональной и трудовой реабилитации;
- программы социальной реабилитации.

Реабилитация инвалидов представляет собой систему мер, направленных на оказание им помощи в достижении оптимального физического, интеллектуального и социального уровней деятельности и поддержание их путем предоставления необходимых средств, услуг, информации и иными способами, обеспечивающими улучшение качества жизни и расширение рамок их независимости.

Реабилитация инвалидов состоит из медицинской, профессиональной, трудовой и социальной реабилитации.

Медицинская реабилитация инвалидов представляет собой комплекс мероприятий, направленных на восстановление жизнедеятельности организма человека и компенсацию его функциональных возможностей, нарушенных вследствие перенесенных заболеваний.

Профессиональная реабилитация инвалидов представляет собой комплекс мероприятий, направленных на полное или частичное восстановление трудоспособности, включающий профессиональную ориентацию, профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации инвалидов.

Трудовая реабилитация инвалидов представляет собой комплекс мероприятий, направленных на обеспечение инвалидам возможности получения и (или) сохранения подходящей для них работы, включающий адаптацию к трудовой деятельности и трудоустройство инвалидов.

Социальная реабилитация инвалидов представляет собой комплекс мероприятий, направленных на улучшение качества жизни инвалидов посредством создания им условий для независимого проживания и интеграции в общество.

Согласно части 4 статьи 23 Закона о предупреждении инвалидности финансирование мероприятий по выполнению ИПРИ осуществляется за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов и иных источников, не запрещенных законодательством Республики Беларусь.

ИПРИ является обязательной для исполнения соответствующими государственными органами, организациями и индивидуальными предпринимателями, занимающимися реабилитацией инвалидов.

Трудоустройство инвалидов осуществляется согласно норм и положений Трудового кодекса Республики Беларусь (Трудовой кодекс), в том

числе проводится бронирование рабочих мест и создание специализированных рабочих мест для их трудоустройства.

В соответствии с частью 3 статьи 114 Трудового кодекса инвалидам I и II группы устанавливается сокращенная продолжительность времени: не более 35 часов в неделю. Продолжительность рабочей смены при 35-часовой рабочей неделе для инвалидов не может превышать 7 часов. Основанием для установления сокращенной продолжительности рабочего времени является заключение МРЭК об установлении инвалидности. Как правило, при приеме на работу с целью проверки деловых качеств потенциальных работников наниматель может устанавливать предварительное испытание для всех работников.

Однако в отношении инвалидов наниматель в соответствии с действующим законодательством лишен такого права. В соответствии с пунктом 4 части 5 статьи 28 и части 1 статьи 287 Трудового кодекса предварительное испытание при заключении трудового договора для инвалидов не установлено.

Согласно части 1 статьи 283 Трудового кодекса с учетом ИПРИ инвалидам обеспечивается право на работу:

- у нанимателей с обычными условиями труда;
- в специализированных организациях, цехах и на участках.

В соответствии части 2 статьи 287 Трудового кодекса Наниматель обязан создавать условия труда в соответствии с ИПРИ.

Согласно части 4 статьи 9 Закона Республики Беларусь от 11 ноября 1991г. №1224-ХІІ «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» отказ инвалида (его законного представителя) от ИПРИ в целом или от реализации ее частей освобождает от ответственности за ее исполнение соответствующие государственные органы, а также организации и индивидуальные предпринимателей, занимающихся реабилитацией инвалидов.

Механизм отказа инвалида (его законного представителя) от ИПРИ в целом или от реализации ее частей в законодательстве отсутствует. Однако Решением Конституционного Суда Республики Беларусь от 10.07.2009 № Р-358/2009 «О соответствии Конституции Республики Беларусь Закона Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений в некоторые законы Республики Беларусь по вопросам социальной защиты инвалидов», установлено, что освобождение от ответственности соответствующих государственных органов и субъектов хозяйствования может иметь место только в случае добровольного и осознанного отказа инвалида (его законного представителя) от ИПРИ в целом (от реализации ее частей). Так как исполнение ИПРИ зависит не только от указанных органов, субъектов хозяйствования, но и от самого инвалида (его законного представителя), то бесспорный отказ (подтвержденный доказательствами) не может быть поставлен в вину таким органам, субъектам хозяйствования и служит основанием для освобождения их от ответственности.

Таким образом, отказ будет целесообразно оформить письменным заявлением инвалида (его законного представителя). Отказ инвалида (его законного представителя) от ИПРИ в целом или в определенной части не лишает его прав и гарантий, установленных законодательством о труде для данной категории работников. При отказе от ИПРИ делается соответствующая запись в ИПР.

В случае утери (порчи) ИПР МРЭК выдает ее дубликат по заявлениям граждан. При выдаче дубликата ИПР в правом верхнем углу первой страницы ИПР делается запись «Дубликат». Дубликат ИПР содержит дату его выдачи, заверяется подписью лица, составившего его, и печатью МРЭК.

Таким образом, политика нашей страны направлена на улучшение жизни инвалидов путем создания и улучшения условий для их самореализации во всех сферах жизни, создания для них безбарьерной среды обитания, включающей максимальное исключение профессиональных, социальных барьеров, гарантированный объем медицинской помощи, включающую медицинскую реабилитацию.

Литература

1. Численность инвалидов, состоящих на учете в органах по труду и социальной защите // Сайт Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.mintrud.gov.by/ru/chislinv> — Дата доступа: 25.03.2016.
2. О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов: Закон Республики Беларусь от 23 июля 2008 г., №422-З // Консультант плюс: Беларусь [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Республика Беларусь. — Минск, 2016.
3. О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь: Закон Республики Беларусь от 11 октября 1991 г., № 1224-ХП// Консультант плюс: Беларусь [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Республика Беларусь. — Минск, 2016.

III. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Профилактика конфликтных ситуаций в работе МРЭК

М.В. Артюшенко

УЗ «Витебская областная МРЭК», Центральная МРЭК №2,
г. Витебск, Республика Беларусь

Что такое конфликт? Это возникающее в процессе взаимодействия несоответствие взаимных ожиданий партнеров, их мотивов, установок, которое нарушает нормальное психологическое состояние людей.

Проведение медико-социальной экспертизы имеет такую специфику, что противоречия между нашим законодательством и ожиданиями наших пациентов провоцирует возникновение конфликтов. Этих противоречий избежать невозможно, но наше умение вести себя правильно и мудро в таких ситуациях позволит смягчить и даже избежать возникновения конфликтов. Как писал Д.Карнеги: «Наш успех в обществе только на 15% зависит от нашего опыта и знаний и на 80% – от умения общаться».

Профилактика конфликтных ситуаций важна не только для уменьшения количества жалоб на нашу работу, но это еще и возможность лучше «сохранить собственные нервные клетки». От нашего умения общаться с людьми, причем не просто с людьми, а с больными людьми, зависит не только наш профессиональный успех и репутация, но и собственное здоровье. Ни для кого не секрет, что конфликты, возникающие в процессе работы, отнимают огромное количество сил, энергии и времени, способствуют развитию «синдрома эмоционального выгорания», который в той или иной степени распространен в среде медицинских работников.

Многие опытные врачи, много лет проработавшие в постоянном общении с пациентами, умеют хорошо чувствовать человека, который к нему пришел. Они на интуитивном уровне определяют, как нужно разговаривать с пациентом, что хочет больной, симулирует он или нет.

Но больные тоже очень хорошо ощущают отношение к ним врачей. Поэтому взаимоотношения «врач-пациент» должны осуществляться на принципе партнерства и равенства. Если в лечебной работе врач и пациент – партнеры в борьбе с заболеванием, то в работе МРЭК врач и пациент – тоже партнеры, но только уже в решении вопроса по определению каких-то социальных гарантий в рамках законодательства. Когда больной ощущает сочувствие врачей комиссии и их желание помочь ему, он совершенно иначе воспринимает решение МРЭК. Даже если мы видим, что пациент симулирует, не надо «выводить его на чистую воду» и давать понять, что

«он вас не обманет». Врач-эксперт должен быть мудрее и выше этой ситуации. Мы ведь все прекрасно понимаем, что в нашем обществе в ряде случаев инвалидом быть выгодно и симуляция – это нормальная приспособительная реакция людей. Поэтому на нее следует реагировать спокойно, воспринимать как ординарную жизненную ситуацию. Ведь на освидетельствование в МРЭК здоровые люди не попадают, все наши пациенты в той или иной степени страдают различными заболеваниями. Пусть степень нарушения функций не соответствует той группе инвалидности, на которую человек претендует. Все равно – это больной человек. И в любом случае он может вызывать только сочувствие и сострадание. В отдельных ситуациях бывают конечно и другие эмоции, вызванные пациентами, такие как неприязнь или брезгливость, но если мы не можем справиться с этими чувствами, то не надо было выбирать медицинскую профессию.

От того, как организован сам процесс освидетельствования, во многом зависит профилактика конфликтов. Формирование настроения пациента начинается уже в коридоре, где он ожидает освидетельствования. Поэтому очень важна репутация комиссии: как работников комиссии охарактеризуют люди, уже здесь побывавшие. Репутация нарабатывается в течение достаточно длительного времени, но очень помогает в дальнейшем. Ведь если пациент приходит на МРЭК в уверенности, что с ним будут обращаться внимательно и доброжелательно, уделят ему достаточно внимания и вынесут правильное решение, то вероятность возникновения конфликта значительно снижается.

Когда человек проходит регистрацию, то корректность и внимательность медрегистратора также значительно влияет на поведение больного в дальнейшем.

После регистрации пациент попадает в кабинет врачей. Прежде всего, надо внимательно выслушать человека. Необходимо придерживаться одобрительной установки в процессе общения – это способствует откровенности со стороны больного. Не нужно делать каких-то поспешных выводов, оценок, комментировать слова больного – это мешает общению. Если что-то неясно – уточнить. Тон разговора с пациентом должен быть спокойным, уверенным, доброжелательным. Не следует быть излишне чувствительным к эмоциям собеседника, поддаваться воздействию чувств.

Осмотр больного должен быть тщательным по основной и сопутствующей патологии и проводиться всеми врачами комиссии. Больного нужно раздевать. Во время осмотра беседа с пациентом должна вестись вежливо, мягко и корректно. Нежелательно говорить командным тоном, а также, требовать выполнения инструкций, которые больной по каким-то причинам отказывается выполнять. Не стоит применять методики осмотра, которые причиняют значительную боль пациенту. Ведь экспертную оценку можно провести и другими методами.

Очень важный момент – объявление и разъяснение решения. При объявлении решения желательно говорить спокойным и уверенным тоном, разъяснение должно быть достаточно кратким, понятным и аргументированным. В этой ситуации необходимо дать понять человеку, что врачи комиссии с пониманием относятся к его состоянию, внимательно изучили всю документацию, данные обследования, тщательно осмотрели его и приняли свое решение в соответствии с действующим законодательством. Больной должен ощущать внимание, сочувствие и понимание со стороны комиссии, желание помочь ему в рамках закона.

Если больной категорически не согласен с решением комиссии, необходимо уделить ему большее внимание, выяснить суть его претензий, терпеливо постараться разъяснить неправомотность, а в некоторых случаях даже абсурдность его притязаний, но сделать это дружелюбно, говоря не свысока, а на равных. Можно привести примеры действующего законодательства при определении инвалидности при другой патологии. Например, пациенту с умеренным или легким нарушением функции одной конечности сказать, что 3 группа инвалидности определяется при отсутствии конечности. Можно попытаться в процессе беседы переориентировать пациента с установки на получение инвалидности на желание быть нормальным и полноценным членом общества, несмотря на наличие заболевания. В процессе беседы можно применять технику перефразирования – переформулирования мыслей больного: «Как я понял Вас...», «Другими словами, Вы хотите сказать...» и технику резюмирования – подытоживания основных идей говорящего: «Если подытожить сказанное Вами, то...». Эти методики формируют у больного уверенность в уважительном и внимательном отношении к нему. И обязательно, по окончании беседы пожелать «всего доброго».

Профилактика конфликтных ситуаций важна не только в системе взаимодействия "врач-пациент", но и в межличностных взаимоотношениях между работниками МРЭК. Конфликты могут возникать между коллегами из-за самых разных причин и также оказывают негативное влияние на качество работы и самочувствие сотрудников. Кроме того, страдает и репутация комиссии. Особенно, если в процессе освидетельствования в присутствии пациентов вдруг начинается выяснение отношений между медицинскими работниками, что уже совершенно недопустимо.

Напротив, непринужденная, доброжелательная и доверительная обстановка в коллективе, корректные, уважительные отношения между сотрудниками, способствуют успешной работе комиссии, раскрытию творческого потенциала каждого из работников. Для создания "здоровой" атмосферы на рабочем месте взаимоотношения в коллективе должны строиться на следующих принципах:

- взаимоуважения,

- взаимопонимания,
- взаимопомощи,
- умения не обижаться и прощать.

Коллектив МРЭК по-своему уникален. Если в других медицинских структурах (поликлиника, стационар, медицинский центр) каждый выполняет свою работу и в той или иной степени обособлен от коллег, то здесь всеми работниками комиссии выполняются единые задачи – освидетельствование пациентов, оформление документации, составление отчетов, аналитическая работа и др. Поэтому очень важно участие каждого сотрудника в этой работе и умение каждого члена комиссии работать в бригаде. Недаром опытные эксперты называют МРЭК "второй семьей". Действительно, в таких маленьких коллективах со временем, как в семьях, люди полностью узнают друг друга и от того, насколько благоприятна обстановка в этой "семье", настолько крепок коллектив, настолько комфортно и приятно ходить на работу сотрудникам комиссии. Это очень важно не только в профилактике конфликтных ситуаций, но в решении кадровых вопросов организации. т.к. по мнению психологов одним из факторов выбора рабочего места и желания продолжать работу на этом месте является именно здоровая и благоприятная обстановка в коллективе.

Очень важна роль председателя МРЭК в создании доброжелательной атмосферы в коллективе. Позиция мудрого, строгого и доброго "главы семьи" в данном случае оптимальна. Председатель МРЭК, как и любой другой руководитель, имеет не только руководящую, но и воспитательную роль среди своих сотрудников. Насколько порядочен, честен и открыт руководитель для своих подчиненных, настолько и будет "здоров" коллектив. Благоприятная атмосфера на рабочем месте очень важна и самому руководителю. Ведь начальник несет гораздо большую ответственность и психоэмоциональную нагрузку, чем остальные работники. Поэтому ему очень полезно иметь "надежный тыл" в виде собственного коллектива. Для конструктивного и успешного руководства председателю комиссии необходимо следующее:

- умение распределить работу и ответственность между сотрудниками с учетом их способностей и личных качеств. Например, у кого-то лучше получается работать с компьютером, кто-то умеет хорошо беседовать с пациентами, а кому-то нравится анализировать медицинскую документацию или хорошо получается составлять отчеты. Такое распределение позволяет эффективно использовать рабочее время и «сохранить нервные клетки», как собственные, так и своих работников. Требование от сотрудников качественного выполнения порученных заданий повышает у них чувство ответственности, закрепляет навыки работы и позволяет руководителю не распыляться на выполнение второстепенных задач.

- умение не застревать на мелочах, а видеть общую цель работы коллектива, своевременно реагировать на изменение обстановки, предупреждать возникновение негативных явлений в коллективе, открыто обсуждать возникшие вопросы, не допускать и осуждать распространение сплетен и склок. Необходимо уметь слушать и учитывать мнение работников, но не идти у них на поводу, а самостоятельно и обдуманно принимать решения.

- умение не обижаться и прощать, с юмором относиться к ситуациям, задевающим самолюбие. Быть честным и открытым по отношению к подчиненным.

- умение заразить коллектив творческой активностью, поддерживать интерес к выполняемой работе и стремление к достижению определенных целей и результатов, быть примером высокого профессионализма для своих подчиненных. Необходимо не забывать хвалить своих работников за проявленную инициативу, качественное выполнение работы.

Сегодня актуально понятие "лояльность" во взаимоотношениях руководителя с подчиненными и между сотрудниками. Английское слово «Loyal» – обозначает корректность, корректное отношение к кому-либо или чему-либо.

От лояльности сотрудников зависит многое, в том числе, и благоприятная атмосфера в коллективе, и кадровая стабильность в организации. Ошибочно полагать, что высокая лояльность сотрудников может быть достигнута высокой зарплатой. Высокая зарплата в определенной степени удерживает работника в организации, но ненадолго, если там имеет место низкая лояльность руководителя к сотрудникам. Лояльность в организации должна быть взаимной. Высокая лояльность сотрудников проявляется там, где присутствует уважение к ним, где работники четко знают свои обязанности и ответственность, где наказание и поощрение справедливы, где сотрудники чувствуют свою значимость в выполняемой работе и гордятся своими достижениями. В этом случае люди уважают своего руководителя, готовы работать с оптимально средней зарплатой и они работают с отдачей большей, чем в организациях с высокой зарплатой, но низкой лояльностью со стороны руководства. Высокая лояльность достигается высокой взаимностью отношений.

В заключение хочется отметить, что работа во МРЭК, несмотря на всю свою специфику, очень интересна. В процессе экспертной работы можно наблюдать самую разнообразную патологию, накапливается бесценный опыт клинической диагностики, прогнозирования течения заболеваний, оценки эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий, а также, развиваются навыки общения с людьми. Правильная организация работы и умение предотвращать конфликтные ситуации, как при общении с пациентами, так и между сотрудниками, позволяют избежать развития "синдрома эмоционального выгорания" и способствуют успешной и плодотворной работе.

Невротические расстройства у беременных женщин после проведенного радикального лечения рака щитовидной железы

Е.В. Богомазова, О.А. Воронец, Е.А. Сироткина

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Введение. В последние годы возрастает интерес к проблеме невротических расстройств, возникающих во время беременности и послеродовом периоде, которые общепризнанно считаются временем повышенного риска развития психических нарушений.

Предполагается, что беременность и роды могут быть провоцирующими факторами в развитии уже имеющихся скрытых нарушений вследствие перенесенного радикального лечения высокодифференцированного рака щитовидной железы (ВРЩЖ) до наступления беременности. Воздействие беременности на психику женщин порою столь значительно, что некоторые авторы рассматривают это явление как кризисную ситуацию.

Таким образом, сам факт возникновения беременности при наличии онкологического заболевания создает определенные психологические проблемы, которые влияют на ее течение и исход. В связи с этим актуален вопрос о дальнейшем исследовании и психотерапевтической коррекции имеющихся расстройств.

Понятие о пограничных психических расстройствах (ППР) используется для объединения нерезко выраженных нарушений, граничащих с нормой и отделяющих ее от собственно патологических психических проявлений [1].

Цель исследования – выявить невротические расстройства у беременных женщин после проведенного радикального лечения высокодифференцированного рака щитовидной железы до наступления беременности и проанализировать динамику клинических показателей в процессе применения психотерапии в программе реабилитации.

Материал и методы. Психические расстройства пограничного уровня исследовались при помощи опросника для оценки и выявления невротических расстройств (Яхин К.К., Менделевич Д.М., 1978) [2]. Опросник создан на основе клинических симптомов неврозов, состоит из 68 вопросов и имеет 6 шкал: тревоги, невротической депрессии, астении, истерического реагирования, обсессивно-фобических нарушений, вегетативных нарушений, что позволяет оценить качественное своеобразие невротической симптоматики, дает возможность определить среди множества симптомов ведущие и их сочетания. Испытуемым предлагалось оценить свое текущее состояние по пятибалльной системе. Результаты приближенные к – 1,28 характеризуют болезненный характер проявления того или иного расстройства. Противоположным полюсом выступает балл +1,28, который говорит о степени здоровья.

В основной группе (n=60) обследованы беременные женщины, оперированные по поводу ВРЩЖ (давность операции от 3 до 10 лет). Контрольные группы (n=30) составили пациентки, имеющие в анамнезе ВРЩЖ и не имеющие беременности на момент исследования.

Психотерапевтическая коррекция проводилась в рамках методик, разрешенных к применению Министерством здравоохранения РБ. Относительно короткие сроки пребывания пациентов в отделениях реабилитации (14-18 дней) требуют коррекции существующих методов психотерапии к продолжительности пребывания пациентов в отделениях.

Наиболее эффективными признаны методы рациональной (убеждение с позиции формальной логики) и суггестивной психотерапии. Психотерапевтическая тактика данной категории пациенток направлена на выработку активного отношения к заболеванию, веру в выздоровление и способность организма сопротивляться заболеванию, надежду на «победу» над болезнью, на борьбу с пассивностью и пессимизмом, на снижение чувства тревоги, страха, плаксивости, уменьшение раздражительности, улучшение сна. Основным достоинством групповой психотерапии является взаимное позитивное воздействие участников друг на друга. В группе они чувствуют себя менее одинокими в своём несчастье, что воздействует укрепляюще на их психику.

Результаты исследования. У большинства женщин по данным опросника были выявлены пограничные психические расстройства различной степени выраженности. Результаты исследования невротических состояний испытуемых групп женщин представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели уровня невротических расстройств

Шкалы	Триместр	Группы	
		Контрольная группа	Основная группа
Тревоги	I	-3,29	-3,62
	II		-3,74
	III		-3,60
	Пр.п.		- 3,32
Невротической депрессии	I	-7,87	-8,31*
	II		-9,02
	III		-8,88*
	Пр.п.		-9,60
Астении	I	-0,82	-1,96□
	II		-2,19
	III		-1,49*
	Пр.п.		-2,56
Истерического типа реагирования	I	-9,40	-9,67
	II		-9,85
	III		-9,62
	Пр.п.		-9,79

Продолжение таблицы 1

Шкалы	Триместр	Группы	
		Контрольная группа	Основная группа
Обсессивно-фобических нарушений	I	-6,07	-7,18
	II		-7,21
	III		-7,31 [^]
	Пр.п.		-7,23
Вегетативных нарушений	I	-13,49	-12,9*
	II		-14,59□
	III		-13,17*
	Пр.п.		-14,61

Примечание: * – статистически достоверные различия ($p < 0,05$) между показателем в данном триместре беременности и послеродовом периоде; □ – статистически достоверные различия между показателем в данном триместре и третьем триместре беременности; ^ – статистически достоверные различия ($p < 0,05$) между показателем основной группы и контрольной группы

В основной группе наиболее выраженными диагностировались вегетативные, конверсионные расстройства, невротическая депрессия и обсессивно-фобические нарушения. Уровни тревоги и астении наблюдались в пределах слабой степени выраженности.

Во время беременности отмечаются колебания показателей, которые сохраняются в пределах одной степени выраженности. Ко II триместру увеличиваются показатели по всем шкалам, а к III – снижаются. Показатели по шкале астении в III триместре достоверно ниже ($p < 0,05$) показателей в других триместрах.

В послеродовом периоде наблюдается повышение показателей, за исключением уровня тревоги, где отмечен показатель ниже, чем в I триместре, и показателя обсессивно-фобических нарушений. Достоверное повышение отмечается ($p < 0,05$) по показателям невротической депрессии, астении, вегетативных нарушений.

Средние показатели основной группы превышали средние показатели контрольной группы по всем шкалам, за исключением показателей вегетативных нарушений, которые в I и III триместре беременности у основной группы были ниже. Достоверные различия ($p < 0,05$) выявлены между показателем обсессивно-фобических нарушений контрольной группы и основной группы в III триместре беременности.

Таким образом, можно говорить о том, что у большинства пациенток встречаются одновременно несколько видов невротических расстройств различной степени выраженности.

При сравнительном анализе имеющихся данных до и после проведения курса психотерапии пациенток основной группы, проходящих реабилитацию в РНПЦ МЭ и Р во II триместре беременности (в период повышения уровня невротических расстройств) с применением психотерапии ($n=17$ (26,5%)), наблюдается тенденция к снижению показателей практически по

всем шкалам (рисунок 1). Достоверные различия ($p < 0,05$) выявлены по показателям астении и вегетативных нарушений до и после курса реабилитации.

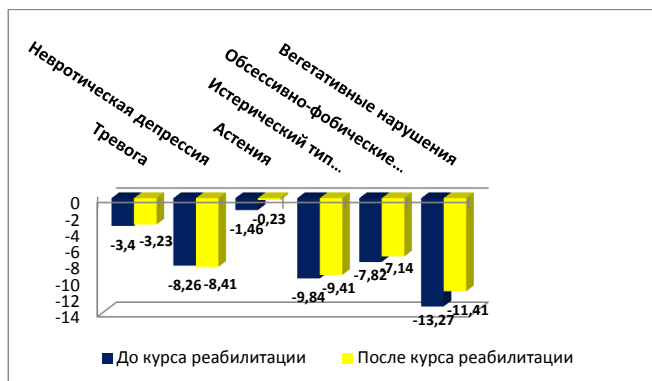


Рисунок 1. Средние показатели уровня невротических расстройств пациенток, прошедших курс реабилитации в ГУ «РНПЦ МЭ и Р» с применением психотерапии

Таким образом, несмотря на относительно короткий срок пребывания в отделении реабилитации (в среднем 14 дней), применение психотерапии в программе реабилитации свидетельствует об улучшении общего самочувствия испытуемых, изменении ими оценки своего состояния, появившемся стремлении активно содействовать успеху лечения.

Выводы: 1. Обследование женщин во время беременности с выявленным и радикально пролеченным до наступления беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы показало высокий уровень распространенности пограничных психических расстройств (тревога, депрессивные расстройства, астения, обсессивно-фобические, конверсионные и вегетативные расстройства).

2. Своевременное применение психотерапевтической поддержки становится актуальным для данной категории женщин на всех этапах оказания реабилитационной помощи с целью коррекции физического, психологического и социального функционирования, нарушенного вследствие болезни. Для беременных женщин с радикально пролеченным высокодифференцированным раком щитовидной железы предпочтительно использование методов психотерапевтической реабилитации в первом триместре беременности и послеродовом периоде.

Литература

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.

Инновационный метод восстановления физической работоспособности пациентов при санаторно-курортном лечении с использованием грязеразводных ванн

Г.Н. Болбатовский, Л.А.Пирогова

Республиканский центр по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения, г. Минск, Республика Беларусь
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Санаторно-курортное лечение пациентов, имеющих заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, нервной и сердечно-сосудистой систем, является важным этапом не только предотвращения прогрессирования заболеваний, но и предупреждение рецидивов [1, 3, 4]. Помимо природных, климатических факторов, диетотерапии общеизвестно, что физические методы являются важной составной частью санаторных лечебных комплексов, формирующих программы реабилитации пациентов с данной патологией.

Высокий уровень общесоматической заболеваемости населения в определенной мере обусловлен интенсивностью воздействия экологических факторов, которые в своем проявлении, как правило, неспецифичны. В этой ситуации важную роль играет санаторно-курортная помощь, так как только в условиях санатория в полном объеме обеспечивается использование природных курортных факторов [3, 5]. При этом спектр лечебно-оздоровительных мероприятий должен быть достаточно широким и комплексным, адекватным поставленной цели при строгом соблюдении принципа индивидуализации.

В настоящее время в лечебно-профилактических учреждениях Республики функционируют стационарные и амбулаторные отделения медицинской реабилитации. Накоплен определенный опыт работы, активно внедряются новые методы восстановительного лечения. Однако реабилитация на санаторном этапе в Республике Беларусь пока не достигла должного уровня развития. На наш взгляд, наиболее оптимальным звеном для реализации задач медицинской реабилитации является санаторий [3, 4, 5].

В нашей республике профильными санаториями для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, патологии опорно-двигательного аппарата, нервной системы, нарушения обмена веществ считаются: «Поречье», «Криница», «Сосны», «Пралеска», «Свислочь», «Беларусь» (г. Друскининкай, Литва) и др.

Месторождение минеральных вод на территории санатория «Поречье» Гродненского района Гродненской области Республики Беларусь находится в 17 км от г. Друскининкай. Лечебная вода этого месторождения

по химическому составу согласно ГОСТ 13273-88 приближается к типу друскининкайских минеральных вод. Аналогами являются минеральные воды «Бируте», «Витаутас», «Друскининкайская» (Литва) и «Валмиерская», «Юрмала» (Латвия).

Минеральная вода «Поречье» применяется как лечебно-столовая в виде питья и как бальнеологический фактор – для ингаляций, орошений и ванн.

Особенностью данного санатория является использование лечебных сапропелевых грязей озера Дикое Дятловского района Гродненской области смешанного и карбонатного типов [2, 6, 7].

В санатории «Поречье» внедрён новый метод сочетанного использования минеральной воды, смешанной с сапропелевой лечебной грязью в виде ванн. Это дает возможность одновременно воздействовать на организм пациента двумя природными факторами и таким образом повысить физическую работоспособность. Кроме этого, такой подход экономически более эффективен, т.к. позволяет пациентам принять большее количество процедур за курс санаторно-курортного лечения.

Целью настоящего исследования явилось: на основе разработки и внедрения дифференцированной системы применения грязеразводных ванн (ГРВ) повысить физическую работоспособность пациентов и улучшить их качество жизни.

Обследовано 142 пациента преимущественно с патологией органов пищеварения в стадии ремиссии и сопутствующими заболеваниями (деформирующий остеоартроз (ДОА) позвоночника и суставов, артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), болезни обмена веществ), которые проходили санаторно-курортное лечение в условиях санатория «Поречье». В зависимости от методов применения естественных природных факторов, характера заболевания, функциональных возможностей и пола, пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа – пациенты, получившие ГРВ 1:1 (48 человек), 2-я группа – пациенты, получившие ГРВ 1:2 (48 человек), 3-я группа – пациенты, получившие ГРВ в виде «болтушки» – это разведение сапропелевой грязи в минеральной воде «Поречье» из расчета 10 кг грязи на 400 л воды (46 человек). Пациенты, были в возрасте от $38,3 \pm 2,1$ до $67,7 \pm 1,4$, из них мужчин было 70, женщин – 72, городские жители составили 89%, сельские – 11%.

Обследование включало определение некоторых показателей физического развития: масса тела, рост, окружность живота, жизненная емкость легких, кистевая динамометрия. Оценку полученных данных осуществляли методом индексов, которые отражают количественную характеристику показателей физического развития, а проводимые в динамике – позволяют оценить эффективность медицинской реабилитации и способность к восстановлению физической работоспособности.

С целью изучения толерантности к физической нагрузке у пациентов применили велоэргометрический тест. При его проведении пациенту предлагали две последовательные нагрузки мощностью (N) 50-75 Вт и 100 Вт соответственно с интервалом отдыха 3 минуты, время работы 5 минут, скорость 50-60 оборотов в 1 минуту. Оценивали работоспособность по Astrand. Полученные данные сравнивали со средними показателями здоровых лиц работоспособного возраста – контрольная группа.

Показатель максимального потребления кислорода (МПК) надежно характеризует физическую работоспособность человека. Между МПК и физической работоспособностью имеется высоко достоверная корреляция. У пациентов с патологией ССС индивидуальная величина МПК отражает их состояние (функциональный класс) и поэтому используется при решении таких медицинских задач, как уточнение диагноза, прогноз состояния, оценка эффективности лечебно-профилактических мероприятий и т.п.

На основании процентного показателя индекса физического состояния у обследованных пациентов нами предложен метод определения функционального класса (ФК): ФК – 0 – индекс физического состояния составляет 100% и более; ФК – I – 75-99%; ФК – II – 50-74%; ФК – III – 25-49%; ФК – IV – 24% и менее.

Эти данные крайне важны для оценки эффективности МР пациентов, проходивших восстановительное лечение.

Сравнительный анализ индекса массы тела показал, что изначально он был выше допустимых (нормальных) величин, как у женщин, так и у мужчин. В процессе санаторно-курортного лечения его показатели практически не изменялись.

Оценка функционального состояния дыхательной системы у пациентов, проходящих санаторно-курортное лечение, имеет чрезвычайно важное значение в плане переносимости общих нагрузочных процедур, к которым относятся ГРВ. Следует отметить, что традиционное разведение сапропелевой грязи минеральной водой «Поречье» 1:1 не всегда хорошо переносится пациентами. Это проявляется общей усталостью, сердцебиением, одышкой, головной болью, повышением артериального давления. Уменьшение нагрузочности процедуры ГРВ мы проводили путем снижения концентрации сапропелевой грязи: 1:2 (одна часть сапропелевой грязи и две части минеральной воды) и «болтушка» (10 кг сапропелевой грязи на 400 л минеральной воды). Для определения необходимого разведения требуется индивидуальный подход к пациенту, учитывающий его физическое развитие, функциональное состояние дыхательной и сердечно-сосудистой систем, состояние скелетной мускулатуры, а также возраст, пол и наличие сопутствующих заболеваний.

После санаторно-курортного лечения наблюдали достоверное увеличение жизненного индекса у всех пациентов. Однако нормальных значений

он достигал в процессе лечения только у мужчин 1-й группы (ФК – 0).

Состояние скелетной мускулатуры (сила и тонус мышц) также имеет большое значение для определения необходимого разведения сапропелевой грязи в минеральной воде «Поречье». Учитывая механический фактор воздействия ГРВ на организм пациента, мышечная гипотрофия и гиподинамия требуют обязательного учета при определении разведения.

При проведении велоэргометрического тестирования была выявлена низкая переносимость физической нагрузки у обследованных пациентов, проходивших восстановительное лечение в условиях санатория «Поречье». Эти данные легли в основу определения необходимого разведения сапропелевой грязи в минеральной воде «Поречье». Чем ниже переносимость нагрузки, тем больше разведение. Из показателей, приведенных в таблице видно, что переносимость нагрузки после санаторно-курортного лечения улучшается. Данные велоэргометрического тестирования приведены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели велоэргометрического тестирования ($\bar{X} \pm \bar{Sx}$)

№ группы	Мощность первой нагрузки у женщин N ₁ (Вт)		Мощность первой нагрузки у мужчин N ₁ (Вт)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
1-я группа	55,0±2,04	58,0±2,38	74,0±1,83	75,0±1,50
2-я группа	50,0±0,00	50,0±0,00	67,0±2,38	68,0±2,71
3-я группа	43,2±2,43	43,2±2,43	65,9±3,10	65,9±3,10
№ группы	Мощность второй нагрузки у женщин N ₂ (Вт)		Мощность второй нагрузки у мужчин N ₂ (Вт)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
1-я группа	109,0±4,54	128,0±3,63**	149,0±3,18	171,9±3,47**
2-я группа	88,0±2,61	102,2±4,05*	126,0±5,00	134,4±4,62*
3-я группа	66,7±2,60	67,6±3,13	100,0±3,87	113,8±5,86*

Примечания – 1) * – $p < 0,05$; 2) ** – $p < 0,001$

Исследования, проведенные в санатории «Поречье», позволили разработать научно обоснованную программу МР с преимущественным использованием местных природных факторов.

В результате применения индивидуальных программ медицинской реабилитации, включающих ГРВ у пациентов, наблюдали улучшение на 1 ФК ($p < 0,05$) во всех группах с различной концентрацией сапропелевой грязи в минеральной воде. Это свидетельствует о правильном подходе в выборе ГРВ.

Таким образом, дифференцированный подход с учетом физического и функционального состояния, а также толерантности и сопутствующих

заболеваний в назначении ГРВ, позволяет одновременно воздействовать на организм пациента двумя природными факторами, не вызывая при этом побочных явлений. Это экономически более эффективно.

Литература

1. Адилов, В.Б. Минеральные воды и пиллоиды – основа лечебной базы курортов / В.Б. Адилов, О.Б. Давыдова, В.И. Зотова // Сборник материалов междунар. конгр. – М., 1998. – С.113-129.
2. Антонов, И.П. Сапропелевые грязи Белоруссии и их лечебное использование / И.П. Антонов, Э.С. Кашицкий, В.С. Улащик //Метод. рекомендации. – Минск, 1980. – 13 с.
3. Боголюбов, М.В. Курортология и физиотерапия (в 2-х томах) / М.В. Боголюбов // М., Медицина, 1985. – 638 с.
4. Боголюбов, М.В. Медицинская реабилитация (том I) / М.В. Боголюбов // Пермь, 1998. – С. 96-121, 166-193.
5. Вальчук, Э.А. Медицинская реабилитация в санаторных учреждениях. Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов / Э.А. Вальчук, Н.В. Мазур / Матер. междунар. конф. – Мн., 1996. – С. 94.
6. Карабанов, А.М. Сапропель озера Дикое. Состав, свойства, использование: монография / А.М. Карабанов, Н.В. Мазур, В.М. Йода. – Могилев: МГУ им. А.А. Кулешова, 2004. – 48 с.
7. Кирьянова, В.В. Новые направления и технологии в грязелечении // В.В. Кирьянова, Л.А. Тубин. Труды V Всероссийского съезда физиотерапевтов и курортологов и Российского научного форума «Физические факторы и здоровье человека». – М.: Авиантздат, 2002. – С. 169-170.

Состояние слуховой функции у работников локомотивных бригад

Т.В. Булацкая

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Профессиональная сенсоневральная тугоухость (ПСНТ) является одной из старейших проблем медицины труда и остается чрезвычайно актуальной до настоящего времени. На протяжении многих лет динамика показателей первичных случаев ПСНТ не имеет тенденции к снижению. Такое положение связано, прежде всего, с тем, что в настоящее время остается значительное число отраслей экономики, работники которых трудятся в условиях воздействия шума, превышающего предельно допустимые уровни (ПДУ). В 2010 г. более 3 млн. 291 тыс. человек было занято на работах с повышенными уровнями шума, ультра- и инфразвука.

В последние годы в России наибольший удельный вес в структуре хронических профессиональных заболеваний занимают заболевания, связанные с воздействием физических факторов производства. При этом ведущими нозологическими формами в этой группе заболеваний в на-

стоящее время является сенсоневральная (нейросенсорная) тугоухость 52,25%, а в общей структуре профессиональных заболеваний удельный вес этой патологии достигает 25,56%. По данным В.Б.Панковой (2009) результаты аттестации рабочих мест по условиям труда на железнодорожном транспорте более чем в 50% случаев показали повышенный уровень шума, воздействию которого подвергался каждый третий работник [1].

Особенностью условий развития сенсоневральной тугоухости у работников локомотивных бригад (ЛБ) является невозможность в большинстве случаев устранить или уменьшить шумовое воздействие, так как рабочее состояние локомотивов сопровождается шумом, и основная составляющая общего уровня шума обусловлена процессом взаимодействия колеса и пути.

На электровозах старых серий уровни шума превышают ПДУ на 12-15 дБ, на новых электровозах параметры шума на начальных этапах работы на 5-8 дБ ниже ПДУ, но в последующем, по мере увеличения срока эксплуатации шумовибрационные условия рабочих мест ухудшаются из-за снижения герметизации кабин, разбалансировок составляющих и деталей [2]. Отрицательному действию шума на железнодорожном транспорте подвергаются, помимо работников ЛБ, дежурные железнодорожных станций, стрелочных постов, разъездов, переездов, регулировщики движения поездов, осмотрщики вагонов, слесари по ремонту подвижного состава, бригадиры, монтеры, обходчики путей и др. [1].

Работа многих специалистов железнодорожного транспорта сопряжена с определенным эмоциональным напряжением, связанным с риском, высокой степени ответственности, что в свою очередь играет роль при формировании и прогрессировании патологии слухового анализатора. Длительное воздействие шума на организм работающих приводит к дегенеративно-атрофическим нарушениям в структурах внутреннего уха, которые, как известно, необратимы, особенно в поздних стадиях. На ранних этапах развития сенсоневральной тугоухости можно приостановить прогрессирование заболевания, но, к сожалению, начальные проявления снижения слуха в этот период часто остаются незамеченными. В связи с этим важнейшим организационным мероприятием в плане профилактики тугоухости явилось введение обязательного аудиометрического исследования слуха при предварительных и периодических медицинских осмотрах работников железнодорожного транспорта (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь N 171 от 31 октября 2012 г. "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры

(обследования), и порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда").

Раннее выявление нарушений слуха и профилактические меры по предотвращению прогрессирования сенсоневральной тугоухости у работников железнодорожного транспорта сохраняют свою актуальность в современных условиях.

Цель работы – выявление особенностей нарушений слуховой функции у работников ЛБ.

Задачи исследования – изучить нарушения слуха у работников ЛБ, их характеристику с определением степени тугоухости, возраста и стажа.

Материалы и методы. Проведено аудиологическое обследование 70 работников ЛБ находившихся под наблюдением в Республиканском центре медицинского обеспечения безопасности движения и эксплуатации железнодорожного транспорта общего пользования.

Возраст обследованных от 23 до 60 лет. Стаж работы в условиях шума от 1 до 30 лет: у 31 обследованных 1-10 лет, из них до 5 лет у 15 обследуемых, у 22 обследованных 11-20 лет, у 17 обследованных стаж составил 21-30 лет.

Всем работникам ЛБ проведено оториноларингологическое обследование по стандартной схеме, состоящей из исследования аудиологических тестов, включающих проверку остроты слуха шепотной и разговорной речью, проведение камертональных исследований в виде проб Федериче, Вебера, Ринне с использованием камертонов С 128 и С 512. Тональную пороговую аудиометрию (ТПА) проводили в конвенциональном диапазоне частот (125-8000 Гц) на аудиометре АС-40 фирмы Interacoustics (Дания) с предварительной стандартизацией нулевого уровня воздушного и костного звукопроведения по международному стандарту ISO-64. При разности порогов слышимости ушей равной или большей 40 дБ использовали широкополосный белый шум для маскировки лучше слышащего уха на 40-50 дБ выше его порога слышимости. Исследование проводилось в звукоизолированной камере, где уровень шума не превышал 30 дБ.

При анализе тональных пороговых аудиограмм учитывали и вычисляли среднеарифметическое значение тональных порогов на частоте 0,5; 1,0; 2,0; 4,0 кГц. Нарушения слуха оценивали, согласно критериям, принятым в профпатологии [3]. Для оценки слуховой функции придерживались количественных критериев оценки потерь слуха для работников железнодорожного транспорта, работающих в условиях производственного шума (таблица 1) [4].

Таблица 1

**Количественные критерии оценки потерь слуха
для работников железнодорожного транспорта, работающих
в условиях производственного шума (В.Б. Панкова, 2004)**

Степень тугоухости	ТПА: среднеарифметические потери слуха на частоты а) 0.5, 1, 2 кГц; б) 4 кГц
Практически нормальный слух	1-5 дБ
Начальные явления тугоухости (донозологическая форма, признаки воздействия шума на орган слуха)	6-10 дБ
I степень (легкое снижение слуха)	а) до 20 дБ б) 30-40 дБ
II степень (умеренное снижение слуха)	а) до 30 дБ б) до 50 дБ
III степень (значительное снижение слуха)	а) >30 дБ б) >50 дБ

Проведенный нами анализ результатов тональных порогов аудиограмм (ТПА) показывает прогрессивное увеличение порогов восприятия звуков с обеих сторон по воздушному и костному проведению. Из 70 обследованных машинистов и их помощников у 53 (75,7%) человек выявлены повышенные пороги восприятия звука.

В результате статистической обработки и анализа данных аудиологического исследования признаки воздействия шума на орган слуха выявлены у 9 работников (17,0% случаев), тугоухость 1-3 степени выявлена у 44 работников ЛБ – 83,0% случаев. I степень тугоухости выявлена у 28 человек (63,6%), у 15 работников выявлена II степень (34,1%) и у 1 работника ЛБ – III степень (2,3%).

По результатам ТПА у 16 работников ЛБ (30,2 %) имела место нисходящая конфигурация кривой – снижение слуха с максимум на частотах в 1000-8000 Гц. В 37 наблюдениях (69,8%) имеет место обрыв на частоте 4000 или 6000 Гц.

Установлено, что число обследованных работников ЛБ со снижением слуха возрастает с увеличением возраста и стажа работы, при этом степень слуховых нарушений также увеличивается.

Таким образом, аудиометрическое обследование работников ЛБ, позволяет выявить первые признаки шумового воздействия (доклинические формы сенсоневральной тугоухости), начальные стадии сенсоневральной тугоухости и своевременно начать реабилитационные мероприятия.

Выраженность слуховых нарушений у работников ЛБ зависит от возраста и стажа работы в шуме.

В 69,8% ТПА имеет вид с провалом на частоте 4000-6000 Гц.

Литература

1. Панкова, В.Б. Профессиональная тугоухость у работников железнодорожного транспорта / В.Б. Панкова // Вестн. оторинолар. – 2009. – №6. – С. 14-18.
2. Мухамедова, Г.Р. Регистрация вызванной отоакустической эмиссии у работников локомотивных бригад железнодорожного транспорта / Г.Р. Мухамедова // Вестн. оторинолар. – 2009. – №6. – С. 19-21.
3. Митрофанов, В.В. Состояние слухового и вестибулярного анализаторов у работников шумовибрационных производств / В.В. Митрофанов [И ДР.]: Учебное пособие для врачей. – СПб: СПбГМА им. И.И. Мечникова. 2001. – 32с.
4. Панкова, В.Б. Актуальные проблемы профпатологии ЛОР-органов / В.Б. Панкова // Вестн. оторинолар. – 2009. – №6. – С. 5-9.

Трудовая социализация при синдроме зависимости от алкоголя

И.В. Григорьева, А.А. Кралько

ГУ «РНПЦ психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

Число пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением с синдромом зависимости от алкоголя в Республике Беларусь, на протяжении последних пяти лет стабильно превышает 170 тысяч человек. Затраты на содержание систем профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пациентов, страдающих алкоголизмом и употребляющих алкоголь с вредными последствиями в 2013 году составляли 155,5 млрд. рублей, в 2014 году – 125,4 млрд. рублей [1].

Зависимость от алкоголя значительно снижает и разрушает мотивационный механизм востребованности в труде. На трудотерапию приходится 50% факторов способствующих излечению пациента и возвращение его к жизни в обществе [2]. Именно поэтому трудотерапия должна быть рекомендована для применения в комплексном лечении зависимости от алкоголя. Трудотерапия в наркологии является неотъемлемой частью реабилитационной работы и социальной адаптации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя [3].

Важным является обязательное сочетание «социальной» и «трудовой» реабилитации и в понятие «социальная реабилитация» ранее вкладывалась идея трудового перевоспитания [3].

Еще в СССР в 70-80 годы неработающие пациенты с зависимостью от алкоголя помещались по решению суда в лечебно-трудовые профилактории (ЛТП), где работа на производстве являлась составным моментом принудительных мер. Существовала сеть наркологических отделений при промышленных предприятиях, но трудотерапия в этих отделениях остава-

лась на втором плане, поэтому масштабы ее использования при реабилитации зависимых от алкоголя в конце 80-х годов резко сократились [4].

Значительные государственные расходы, связанные с пьянством и алкоголизмом, побуждают в настоящее время искать новые возможности повышения эффективности комплексной медицинской реабилитации и трудовой адаптации лиц с синдромом зависимости от алкоголя. Особенно актуально применение трудотерапии как лечебного фактора для лиц, находящихся в ЛТП, так как именно у этого контингента лиц наиболее снижена мотивация к труду и отмечается потеря трудовых навыков. Восстановление у них способностей к трудовой деятельности будет являться залогом будущего полноценного социального функционирования и востребованности в жизни.

Изучение Quinones M.A. (1979) многолетнего опыта работы терапевтических сообществ позволило выделить следующие критерии эффективности реабилитации зависимых от алкоголя лиц, обусловленные использованием трудотерапии: социальная адаптация в связи с приобретением постоянного места работы; отсутствие уголовных и административных правонарушений; повышение количества устойчивых ремиссий до 60% [5]. Трудовая социализация и профориентация формирует модусы поведения, необходимого для уверенного вхождения данных лиц в профессиональную жизнь [6].

В настоящее время в Республике Беларусь функционирует девять ЛТП, в которых находится более 6500 человек. В год государство затрачивает на содержание одного ЛТП в среднем 11 млрд. рублей [7]. Согласно Закону Республики Беларусь от 04.01.2010 №104-3 «О порядке и условиях направления граждан в лечебно-трудовые профилактории и условиях нахождения в них» обязательным для этих лиц является медико-социальная реадaptация с обязательным привлечением к труду. Вместе с тем, вопросы медицинской реабилитации лиц, находящихся в ЛТП, в достаточной степени не разработаны, в ЛТП внедрены лишь ее элементы без учета комплексного подхода.

В связи с этим в настоящее время возрастает актуальность исследований, направленных на ресоциализацию лиц, находящихся в ЛТП, снижение риска и степени их инвалидизации, снижение затрат, связанных с их лечением и повторным направлением в ЛТП, предупреждением риска совершения правонарушений. При этом необходимо искать новые возможности повышения уровня трудовой адаптации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в ЛТП. Активный труд стимулирует физиологические процессы, нормализует психические процессы, приучает к дисциплине, мобилизует волю зависимого от алкоголя, избавляет от негативных мыслей и отвлекает от пристрастия к алкоголю [1].

Социально-трудовое направление реабилитации необходимо для того, чтобы пациент прошел социально-трудовую адаптацию и начал значимую трудовую деятельность, которая является залогом его трудоустройства и будущей полноценной жизни в современном обществе [3; 8]. Трудовая социализация и профориентация формирует модусы поведения, необходимого для уверенного вхождения пациентов с алкогольной зависимостью в профессиональную жизнь [6].

Однако вовлечение пациентов в трудовую деятельность затруднено в связи с тем, что зависимость снижает и разрушает мотивационный механизм востребованности в труде. Туровский И.В. (2012) отметил, что в деятельности ЛТП имелся ряд крупных недостатков в работе с лицами, зависимыми от алкоголя: плохо организованный лечебный процесс; недостаточная реабилитационная работа; организация трудотерапии без учета особенностей личности пациента; чрезмерно строгий режим [9].

В целом процент устойчивых ремиссий после лечения в ЛТП остается низким – 16-18%. Направляются повторно в ЛТП 23% лиц, а 11,6% более трех раз [7].

До настоящего времени исследований по разработке и внедрению в практику метода комплексной медико-социальной реабилитации лиц с синдромом зависимости от алкоголя с использованием трудотерапии, основанной на учете мотивационно-потребностной сферы и воздействия на проблемное поведение с помощью индивидуального подбора видов труда, не проводилось. Представляется целесообразным изучить указанные вопросы у пациентов, находящихся на стационарном лечении в наркологических отделениях и на основе полученных данных разработать алгоритм медико-социальной реабилитации для лиц, находящихся в ЛТП.

Цель исследования: разработать алгоритм комплексной медико-социальной реабилитации лиц с синдромом зависимости от алкоголя с использованием трудотерапии в условиях ЛТП.

Материалы и методы. Для разработки алгоритма комплексной медико-социальной реабилитации лиц с синдромом зависимости от алкоголя с использованием трудотерапии нами использовались материалы изучения клинико-психопатологических особенностей 350 пациентов, находящихся на лечении в РНПЦ психического здоровья в 2014-2015г.г. с синдромом зависимости от алкоголя. Средний возраст обследованных пациентов $38,17 \pm 0,64$ лет. Методы: клинико-психопатологический; оценка тяжести зависимого расстройства (Бел-ИТА/B-ASI) [10].

Результаты.

Оценка профиля проблем в отношении трудоустройства, проблем на работе и организации досуга дала возможность оценить потребность в трудовой социализации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. Проблемы с работой и трудоустройством значительно беспокоили 34,7% пациентов, а потребность в помощи решения данных вопросов отметили

38% пациентов. Данные анамнеза подтвердили, что не имели постоянной работы 46,7% человек, а конфликтные взаимоотношения на работе с вышестоящим руководством отмечались у 22,0% пациентов. Увольнение в связи с нарушениями трудовой дисциплины, в основном по поводу прогулов, имели 40,0% пациентов. Имеющиеся проблемы с трудоустройством и работой были обусловлены, по мнению пациентов, употреблением на работе спиртных напитков и отсутствием дисциплинированности. В связи с отсутствием работы у 40% были финансовые затруднения, 36,7% пациентов имели долги и 24,7% административные штрафы. Финансовые затруднения пациентов были связаны с отсутствием постоянного заработка, частой сменой рабочего места и постоянной потребностью в приобретении спиртных напитков. Проблемы с проведением свободного времени и организации досуга отметили озабоченность 63,3% пациентов, и особенно в проведении досуга без алкоголя, так как по мере развития зависимости досуг становился однотипным и сводился к доминированию времяпровождения в компании лиц с алкогольными стандартами. Из досуга были исключены те виды, которые требовали интеллектуальных и волевых усилий, эмпатического взаимодействия с окружающими людьми. Проведение досуга опиралось у пациентов на стереотипные семейные и рабочие традиции с преобладанием алкогольного паттерна поведения, который был сформирован по оценке пациентов в их жизненном опыте ранее. У 64,7% пациентов отмечалась настроенность в оказании помощи и получении знаний относительно организации досуга без алкоголя.

Анализ существующего международного опыта по трудотерапии и проведенная работа коррекции и терапии зависимости от алкоголя, позволяет сделать следующие выводы: попытка расширить проблему с исключительной ориентацией на трудовые, юридические и медицинские подходы не может быть достаточно эффективной, как на короткую, так и на более длительную дистанцию. Эффективность медицинской коррекции и трудотерапии зависимости от алкоголя обусловлена интегральным воздействием на все задействованные стороны процесса - психологическую, социальную, биомедицинскую, юридическую, культурную, педагогическую, духовную, экономическую.

С учетом полученных результатов нами предложен алгоритм комплексной медико-социальной реабилитации лиц с синдромом зависимости от алкоголя с использованием трудотерапии в условиях ЛТП:

1. изучить особенности функционирования мотивационно-потребностной сферы, клинические параметры и преморбидные особенности лиц с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в условиях ЛТП;

2. подобрать виды труда с учетом индивидуальных психологических особенностей, имеющегося реабилитационного потенциала и направленности мотивации к труду;

3. скоординировать мотивационные стратегии и виды труда для каждого этапа реабилитации согласно определенному объему медицинских, психокоррекционных, трудовых мероприятий.

Заключение. Высокая значимость проблем с трудоустройством и досугом у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя подтверждает, что социально-трудовое направление реабилитации может обеспечить успешную адаптацию и восстановление трудовой деятельности, которая является залогом будущей полноценной жизни в современном обществе.

Литература

1. Медведев, А.С. Медико-социальные и социально-экономические последствия употребления алкоголя в Республике Беларусь: аналитический доклад за 2013 год / А.С. Медведев, А.И. Старцев, А.А. Кралько и др. – Минск, 2014. – 144 с.
2. Вальчук, Э.А. Основы медицинской реабилитации / Э.А. Вальчук – Минск: МЕТ, 2010. – 320 с.
3. Иванец, Н.Н. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
4. Дмитриева, Т.Б. Реабилитационные мероприятия, проводимые в условиях наркологических стационаров / Т.Б. Дмитриева, А.Л. Игонин // Клиническая наркология – 2004. – №8. – С.32-34.
5. Evaluation of Drug Abuse Rehabilitation Efforts: A Review / M.A. Quinones [et al.] // American Journal of Public Health. – 1979. – Vol. 69. – № 11. – P. 1164-1169.
6. Шайдукова, Л.К. Современные подходы к реабилитации наркозависимых / Л.К. Шайдукова // Казанский медицинский журнал – 2013. – т. 94 №3. – С.402-405.
7. Гайко, С.А. И одного дня мало / С.А. Гайко / [Электронный ресурс]. – 2015. – Режим доступа: <http://mvd.gov.by/main.aspx?guid=106263>. – Дата доступа: 18.02.2016.
8. Климович, А.С. Медико-социальная экспертиза и реабилитация психических больных / А.С. Климович. – Минск: Изд. Центр БГУ, 2011. – 408 с.
10. Туровский, И.В. Вопросы реабилитации наркозависимых лиц в системе профилактики наркопреступности / И.В. Туровский // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2012. – №4. – С.174-175.
11. Позняк, В.В. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (В-ASD) / В.В. Позняк // Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>. – Дата доступа: 10.01.2013.

Клинико-функциональные критерии оценки нарушений параметров роста у детей с заболеваниями и синдромами проявляющимися преимущественно низкорослостью

И.Т. Дорошенко

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена за последние годы занимают одно из лидирующих мест в Республике Беларусь среди причин детской инвалидности. В структуре первичной инвалидности, обусловленной данной патологией около 9,8±3,3% случаев составляет низкорослость (Е.23.0, Е34.3).

По данным классификации педиатрических эндокринологических диагнозов, принятых Европейской ассоциацией детских эндокринологов (2006-2007) низкорослость определяется как рост менее 2 стандартных отклонений (или ниже 3-й перцентили) от среднего значения для данного возраста, пола и в данной популяции, как результат нарушения роста костей в предыдущем периоде, который выражается в уменьшении скорости увеличения длины / высоты, по меньшей мере, в одном периоде жизни (в том числе внутриутробно).

Процесс установления лицу до 18 лет статуса «ребенок-инвалид» требует комплексного подхода к оценке состояния его здоровья, последствий болезни, ограничений жизнедеятельности и нуждаемости в мерах социальной защиты. Медико-социальная экспертиза сталкивается с рядом проблем при оценке основных категорий ограничения жизнедеятельности у детей с заболеваниями, проявляющимися преимущественно низкорослостью, так как на определение степени утраты здоровья (СУЗ) влияет не только факт нуждаемости в заместительной гормональной терапии и сопутствующая патология, но и показатели физического развития. У детей принято анализировать следующие категории ограничения жизнедеятельности: способность к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю своего поведения, общению, обучению, ведущей возрастной деятельности. При этом, отсутствие точных диагностических, клинико-функциональных критериев, позволяющих оценить показатели нарушения функции роста, приводящие к ограничению жизнедеятельности, затрудняет процесс принятия решения.

С целью изучения антропометрических показателей было проведено клинико-функциональное обследование 40 детей в возрасте от 2 до 17 лет страдающих низкорослостью [карликовостью], не классифицированной в других рубриках [E34.3], гипопитуитаризмом [E23.0], синдромом Тернера [Q96], синдромами врожденных аномалий, проявляющихся преимущественно карликовостью [Q87.1].

Среди обследованного контингента большинство (80,0±6,3%) детей были мужского пола. Практически все (95,0±3,4%) пациенты проживали в городской местности и лишь 5,0±3,4% детей являлись сельскими жителями.

Анализ данных показал, что самой часто встречаемой (75,0±6,8%) нозологией была низкорослость неуточненного генеза. Синдромом Шершевского-Тернера страдали 7,5±4,2% детей, синдромом Нунана – 5,0±3,4%, гипопитуитаризмом – 5,0±3,4%, множественным дефицитом гормонов гипофиза – 5,0±3,4%, синдромом Прадера-Вилли – 2,5±2,5%, как видно в таблице 1.

Таблица 1

Процентное и количественное распределение обследованного контингента в зависимости от основной патологии (n=40)

Патология	Количество	
	абс. число	p±m _p , %
Низкорослость, неуточненного генеза	30	75,0±6,8
Синдром Шершевского-Тернера	3	7,5±4,2
Синдром Нунана	2	5,0±3,4
Идиопатический гипопитуитаризм	2	5,0±3,4
Множественный дефицит гормонов гипофиза	2	5,0±3,4
Синдром Прадера-Вилли	1	2,5±2,5

У всех детей были проанализированы ростовые показатели, которые оценивались с помощью методов центильных шкал и трех сигм. Степень нарушения оценивалась по следующим критериям: легкие нарушения (коридор: ≥ 10 – < 25 центилей, > 75 – ≤ 90 центилей), умеренные (≥ 3 – < 10 центилей и > 90 – ≤ 97 центилей), выраженные (< 3 центили и > 97 центили, но не превышающие при этом значения 3δ отклонений) и резко выраженные ($\leq -3\delta$ и $> +3\delta$).

Среди пациентов с заболеваниями и синдромами проявляющимися преимущественно низкорослостью в 9 (22,5±6,6%) случаев были выявлены легкие и выраженное отклонения роста. У 8 (20,0±6,3%) детей показатели лежали в границах умеренных отклонений. В то время как резко выраженное нарушение в сторону снижения отмечалось у 14 (35,0±7,5%) пациентов, что представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение детей с заболеваниями и синдромами, проявляющимися преимущественно низкорослостью в зависимости от выраженности нарушения роста (n=40)

Критерии	Центильные значения	Количество	
		абс. число	p±m _p , %
легкое нарушение	≥ 10 – < 25 центили	9	22,5±6,6
умеренное нарушение	≥ 3 – < 10 центили	8	20,0±6,3
выраженное нарушение	$> -3\delta$ – < 3 центили	9	22,5±6,6
резко выраженное нарушение	$\leq -3\delta$	14	35,0±7,5

Была осуществлена оценка показателей физического развития с использованием центильных шкал для данного возраста и пола, для исследования не только степени его отклонения от нормального распределения, но и гармоничности физического состояния на момент исследования. У большинства (42,5±7,8%) детей физическое развитие по сравнению со среднестатистическими данными по Республике Беларусь было низким, а у 35,0±7,5% пациентов - очень низким. В 22,5±6,6% случаев физическое развитие было ниже среднего. Распределение детей с низкорослостью в зависимости от гармоничности физического развития отражено в таблице 3.

Таблица 3

Распределение детей с заболеваниями и синдромами, проявляющимися преимущественно низкорослостью в зависимости от физического развития (n=40)

Критерии	Гармоничность	Количество	
		абс. число	p±m _p , %
Очень низкое	гармоничное	6	15,0±5,6
	дисгармоничное	8	20,0±6,3
Низкое	гармоничное	7	17,5±6,0
	дисгармоничное	10	25,0±6,8
Ниже среднего	гармоничное	2	4,0±2,8
	дисгармоничное	7	14,0±4,9

Данные медико-социальной оценки обследованного контингента с заболеваниями и синдромами, проявляющимися преимущественно низкорослостью позволили установить ограничения жизнедеятельности и определить степень утраты здоровья. Умеренное ограничение жизнедеятельности и соответственно СУЗ II имели место у 35,0±7,5% детей, легкое ограничение жизнедеятельности и соответственно СУЗ I – у 35,0±7,5% детей, и только у 22,5±6,6% детей ограничение жизнедеятельности не было выявлено, как показано в таблице 4.

Таблица 4

Распределение детей в зависимости от СУЗ (n=40)

СУЗ	Количество	
	абс.	p±m _p , %
1	2	3
Первая	17	42,5±7,8
Вторая	14	35,0±7,5
Отсутствует	9	22,5±6,6
Итого:	40	100,0

Согласно постановлению Министерства Здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. N 97: низкий рост (менее 150 см), патологически обусловленный, является прямым показанием для установления III группы инвалидности у лиц старше 18 лет, однако точных клинко-функциональных критериев нарушения роста для детского возраста нет.

Анализ полученных данных позволил сформировать следующие клинко-функциональные критерии оценки параметров роста исходя из нормативных показателей роста в зависимости от возраста и пола детей, как представлено на таблице 5.

Таблица 5

Клинко-функциональные критерии оценки нарушений параметров роста у детей с заболеваниями и синдромами проявляющимися преимущественно низкорослостью

ФК	Клинко-функциональная характеристика
1	2
1	У детей до 16 лет: показатель роста, оцененный по центильным шкалам, для данного возраста и пола ребенка ниже 10 перцентили. У детей 16 лет и старше: показатель роста у девочек, оцененный по центильным шкалам, для данного возраста ниже 10 перцентили; показатель роста у мальчиков, оцененный по центильным шкалам, для данного возраста ниже 3 перцентили.
2	У детей до 16 лет: показатель роста, оцененный по методу трех сигм, для данного возраста и пола ниже 2 сигмы. У детей 16 лет и старше: показатель роста у девочек, оцененный по методу трех сигм, для данного возраста ниже 2 сигмы; показатель роста у мальчиков, оцененный по методу трех сигм, для данного возраста ниже 3 сигмы.

Применение клинко-функциональных критериев оценки нарушений параметров роста, разработанных на основе центильных шкал и метода трех сигм для определенного пола и возраста позволит усовершенствовать процесс медико-социальной экспертизы лиц до 18 лет и с более высокой степенью достоверности и объективности оценить ограничение жизнедеятельности.

Об организации обучения врачей специалистов на кафедре медицинской экспертизы и реабилитации белорусской медицинской академии последипломного образования

Г.А. Емельянов, Е.Ф. Святская, Т.В. Жукова,
И.С. Сикорская, Н.И. Васильченко

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

На кафедре медицинской экспертизы и реабилитации БелМАПО повышение квалификации и переподготовку ежегодно проходят, от 230 до 290 специалистов и за период с 2011 года по 2015 год обучение прошло 1171 врачей. По специальности «Медико-социальная экспертиза» – 706 врачей (повышение квалификации (ПК) – 661 и переподготовка (ПП) – 45 врачей соответственно) и по специальности «Реабилитология» – 465 врачей (ПК – 401 и ПП – 64 врачей соответственно).

Абсолютным лидером среди регионов республики по количеству врачей прошедших обучение на курсах повышения квалификации за данный период является г. Минск – 364 врача, что на наш взгляд обусловлено рядом причин. Во-первых, достаточно высокая «плотность» организаций здравоохранения республиканского и городского подчинения, значительный кадровый потенциал и доступность учреждения образования. Во-вторых, высокая мотивация врачей-специалистов и заинтересованность руководителей организаций здравоохранения в повышении уровня квалификации своих работников. Однако, обращает на себя внимание подготовка врачей-специалистов в Могилевской и Минской областях – чуть больше 100 (102 и 108 соответственно) врачей за пять лет. Больше всего настораживает ситуация в Минской области где укомплектованность физическими лицами ставок врач-эксперт (69,4%) и врач-реабилитолог (55,3%). В Брестской, Гродненской и Витебской областях ситуация несколько лучше и количество врачей прошедших обучение колеблется в пределах от 120 до 124 специалистов за 5 лет.

Вместе с тем, вызывает определенную тревогу недостаточная заинтересованность в подготовке врачей по специальности «Реабилитология» как в рамках повышения квалификации, так и переподготовки, особенно когда Министерство здравоохранения Республики Беларусь подчеркивает важность реабилитации в предупреждении и снижении тяжести инвалидности и создания областных центров ранней медицинской реабилитации. За период 2011-2015 годы повышение квалификации по специальности «Реабилитология» прошло 401 врач, причем из них 112 специалистов из г. Минска. В других регионах количество врачей, в разные годы, прошедших повышение квалификации колебалось от 4 (2012 год Минская область) до

16 специалистов (2015 год Витебская область), а за 5 лет – от 44 врачей в Брестской области до 51 врача Витебской и Гродненской областях.

Чередование в течение учебного года курсов повышения квалификации и переподготовки по специальностям «Медико-социальная экспертиза» и «Реабилитология» предусматривается широкий диапазон слушателей: от председателей ВКК и МРЭК, заместителей главных врачей, руководителей центров медицинской реабилитации, заведующих отделениями до врачей-экспертов, врачей-реабилитологов, врачей терапевтического, хирургического, педиатрического профилей.

В рамках курсов повышения квалификации подготовка специалистов осуществляется по следующим направлениям: медицинская экспертиза и реабилитация

- при основной инвалидизирующей патологии (160 часов);
- при патологии системы кровообращения (80 часов);
- при кардиocereбральной патологии (80 часов);
- при неврологической патологии (80 часов);
- у пациентов с двигательными нарушениями (80 часов);
- в педиатрической практике» (160 часов).

Учитывая, повышенное внимание к вопросам экспертизы временной нетрудоспособности (ЭВН) кафедрой в 2015 году разработана учебно-программная документация, реализованная в рамках курса повышения квалификации «Методологические основы медицинской экспертизы» (80 часов), где подробно освещаются вопросы, касающиеся в первую очередь экспертизы временной нетрудоспособности (ВН):

- нормативно-правовое обеспечение, регламентирующее проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- организация экспертизы ВН в организациях здравоохранения оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;
- пути снижения и управления формированием трудопотерь в связи с временной утратой трудоспособности;
- порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности (задачи экспертизы ВН, виды ВН, понятие клинического и трудового прогнозов);
- порядок выдачи листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности при различных видах ВН;
- порядок оформления листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности;
- функции врачебно-консультативной комиссии по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;
- статистический анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Экспертиза временной нетрудоспособности при частной патологии рассматривает вопросы:

- показания к определению временной нетрудоспособности;
- длительности временной нетрудоспособности (оптимальные сроки ВН);
- критерии окончания временной нетрудоспособности (признание лица трудоспособным или направление пациента на медико-социальную экспертизу для решения вопроса о продлении временной нетрудоспособности или определения инвалидности).

Тематика курсов формируется с учетом потребности регионов исходя из количества заявок поступивших в Министерство здравоохранения Республики Беларусь и далее в учебно-организационный отдел БелМАПО.

Базисные знания по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности излагаются на лекциях и закрепляются на практических и семинарских занятиях. С целью отработки практических навыков проводятся выездные занятия, где слушатели знакомятся с документацией отражающей все этапы организации и проведения медицинской экспертизы и реабилитации в организациях здравоохранения.

С целью определения уровня знаний по вопросам медицинской экспертизы и реабилитации и контроля качества усвоения учебного материала, определения степени результативности повышения квалификации и переподготовки, совершенствования форм, методов и содержания учебного процесса проводится тестовый контроль знаний в начале курса и на заключительном этапе.

Синдром эмоционального выгорания и его профилактика

Т.В. Жукова

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Синдром эмоционального выгорания (англ. burnout) – понятие, введенное в психологию американским психиатром Гербертом Фрейденбергом в 1974 году, проявляющееся нарастающим эмоциональным истощением.

Эмоциональное выгорание – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. «Выгорание» отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время, могут возникать его дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности. На Европейской конференции ВОЗ (2005 г.) отмечено, что стресс, связанный с работой, является важной проблемой примерно для одной трети трудящихся стран Европейского союза и стоимость решения проблем с психическим здоровьем в связи с этим составляет в среднем 3-4% валового национального дохода.

СЭВ – это процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы.

Среди профессий, в которых СЭВ встречается наиболее часто (от 30 до 90% работающих), следует отметить врачей, учителей, психологов, социальных работников, спасателей, работников правоохранительных органов. Почти 80% врачей-психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов имеют различной степени выраженности признаки синдрома выгорания; 7,8% – резко выраженный синдром, ведущий к психосоматическим и психовегетативным нарушениям. По другим данным, среди психологов-консультантов и психотерапевтов признаки СЭВ различной степени выраженности выявляются в 73% случаев; в 5% определяется выраженная фаза истощения, которая проявляется эмоциональным истощением, психосоматическими и психовегетативными нарушениями.

По данным английских исследователей, среди врачей общей практики обнаруживается высокий уровень тревоги в 41% случаев, клинически выраженная депрессия – в 26% случаев. Треть врачей использует медикаментозные средства для коррекции эмоционального напряжения, количество употребляемого алкоголя превышает средний уровень. В исследовании, проведенном в России, у 26% терапевтов отмечен высокий уровень тревожности, а у 37% – субклиническая депрессия. Признаки СЭВ выявляются у 61,8% стоматологов, причем у 8,1% – синдром в фазе "истощения".

В последнее время синдром выгорания выявляется и у специалистов, для которых контакт с людьми вообще не характерен (программисты).

Развитию СЭВ способствуют личностные особенности: высокий уровень эмоциональной лабильности; высокий самоконтроль, особенно при волевом подавлении отрицательных эмоций; рационализация мотивов своего поведения; склонность к повышенной тревоге и депрессивным реакциям, связанным с недостижимостью "внутреннего стандарта" и блокированием в себе негативных переживаний; ригидная личностная структура.

Появлению признаков СЭВ предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощен работой, отказывается от потребностей, с ней не связанных, забывает о собственных нуждах, а затем наступает первый симптом – истощение. Оно определяется как чувство

перенапряжения и истощения эмоциональных и физических ресурсов, чувство усталости, не проходящее после ночного сна. После отдыха эти явления уменьшаются, однако возобновляются по возвращении в прежнюю рабочую ситуацию.

Вторым признаком СЭВ является личностная отстраненность. Профессионалы при изменении своего сострадания к пациенту (клиенту), расценивают развивающееся эмоциональное отстранение как попытку справиться с эмоциональными стрессорами на работе. В крайних проявлениях человека почти ничто не волнует из профессиональной деятельности, почти ничто не вызывает эмоционального отклика - ни положительные, ни отрицательные обстоятельства. Утрачивается интерес к клиенту (пациенту), который воспринимается на уровне неодушевленного предмета, само присутствие которого порой неприятно.

Третьим признаком является ощущение утраты собственной эффективности, или падение самооценки в рамках выгорания. Человек не видит перспектив в своей профессиональной деятельности, снижается удовлетворение работой, утрачивается вера в свои профессиональные возможности.

У людей, пораженных СЭВ, как правило, выявляется сочетание психопатологических, психосоматических, соматических симптомов и признаков социальной дисфункции. Наблюдаются хроническая усталость, когнитивная дисфункция (нарушения памяти, внимания), нарушения сна, личностные изменения. Возможны развитие тревожного, депрессивного расстройств, зависимостей от психоактивных веществ, суицид. Общими соматическими симптомами являются головная боль, гастроинтестинальные (диарея, синдром раздраженного желудка) и сердечнососудистые (тахикардия, аритмия, гипертония) нарушения. Появляются и так называемые социальные симптомы (низкая социальная активность; падение интереса к досугу, увлечениям; социальные контакты ограничиваются работой; скудные отношения на работе и дома; ощущение изоляции, непонимания других и другими; ощущение недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег).

Существенная роль в борьбе с СЭВ отводится, прежде всего, самому человеку. Соблюдая перечисленные ниже рекомендации, он не только сможет предотвратить возникновение СЭВ, но и достичь снижения степени его выраженности:

- определение краткосрочных и долгосрочных целей (это не только обеспечивает обратную связь, свидетельствующую о том, что пациент находится на верном пути, но и повышает долгосрочную мотивацию; достижение краткосрочных целей - успех, который повышает степень самовоспитания);

- использование перерывов в работе, что необходимо для обеспечения психического и физического благополучия;

-овладение умениями и навыками саморегуляции (релаксация, идеомоторные акты, определение целей и положительная внутренняя речь способствуют снижению уровня стресса, ведущего к выгоранию);

-профессиональное развитие и самосовершенствование (одним из способов предохранения от СЭВ является обмен профессиональной информацией с представителями других служб, что дает ощущение более широкого мира, нежели тот, который существует внутри отдельного коллектива, для этого существуют различные способы – курсы повышения квалификации, конференции и пр.);

-уход от ненужной конкуренции (бывают ситуации, когда ее нельзя избежать, но чрезмерное стремление к выигрышу порождает тревогу, делает человека агрессивным, что способствует возникновению СЭВ);

-эмоциональное общение (когда человек анализирует свои чувства и делится ими с другими, вероятность выгорания значительно снижается или процесс этот оказывается не столь выраженным);

-поддержание хорошей физической формы (неправильное питание, злоупотребление спиртными напитками, табаком, уменьшение веса или ожирение усугубляют проявления СЭВ), физическая активность.

Ахондроплазия. Клиническое наблюдение

Т.В. Загорская, А.Н. Филиппович

УЗ «Минская областная детская клиническая больница»,
пос. Лесной, Республика Беларусь
ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Ахондроплазия (врожденная хондродистрофия) – это генетическое заболевание, следствием которого является нарушение роста костной ткани. Встречается с частотой от 0,5 до 1,5 на 10000 родов. Судить о наличии у ребенка данной патологии можно уже с момента рождения.

Причиной ахондроплазии является аномальный ген рецептора-3 фактора роста фибробластов, локализирующийся в одной из хромосом 4-ой пары-FGFR3, который осуществляет контроль за ростом костей и хрящевой ткани. Если у матери и отца присутствует такая патология в генах, тогда их будущий ребенок сможет унаследовать ахондроплазию с вероятностью в 25%, а при остальных 25%, заболевание будет передаваться по одному гену с аномалией от обоих родителей. Такой ребенок отмечается тяжелейшими патологиями в скелете, которые приводят к преждевременному летальному исходу. А вот ребенок, который не получит в наследование такой ген, сможет полностью избавиться от ахондроплазии и даже иметь вероятность не передавать ее будущим поколениям. К сожалению, патологиче-

ские изменения в 80% случаев являются не наследственной патологией, а появляются при новых мутациях, которые образуются в яйцеклетках и сперматозоидах, участвующих в образовании эмбрионов. Родители, у которых рождаются больные дети, как правило, нормального роста. Генетики заметили, что часто причиной ахондроплазии становится отцовство в возрасте старше среднего (от 40 лет).

Ахондроплазия-ризомелическая микромелия (уменьшение размеров конечности за счет укорочения плечевой или бедренной кости), сочетающаяся с выступающим лбом и глубокой переносицей. Иногда выявляются более мелкие аномалии, такие как «рука-трезубец» (увеличение промежутка между 3 и 4 пальцами кисти) или отсутствие расширения просвета канала позвоночника в поясничном отделе. В большинстве случаев, люди, достигнув взрослого возраста, имеют рост не более 120-130 см.

У детей с ахондроплазией контролируют размеры головы и рост тела ребенка. При сильном увеличении объема головы проводится консервативное лечение, либо нейрохирурги выполняют операцию-вентрикулоперитонеальное шунтирование.

В неврологическом отделении проходила лечение трижды девочка в возрасте 3,6 мес и в 1 год 2 мес с диагнозом «Системная скелетная дисплазия: ахондроплазия, задержка моторного, доречевого развития, гидроцефальный синдром в стадии субкомпенсации. Частичный стеноз носослезного канала справа. Короткая уздечка языка»

Девочка родилась от второй беременности (отцу 30 лет, матери 28 лет) на фоне острой респираторной вирусной инфекции в 30 недель беременности, вторых родов в 38-39 недель с весом 3030 грамм, ростом 46 см, оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. Во время беременности в 35 недель внутриутробно была определена ахондроплазия у плода.

Выхаживалась девочка 1 мес в Минском областном родильном доме с диагнозом «Системная скелетная дисплазия, ахондроплазия. Врожденная пневмония. Функционирующие фетальные коммуникации. Анемия легкой степени. Невус в левой лопаточной области» 15 дней она находилась в отделении интенсивной терапии и реанимации, 8 дней проводилась искусственная вентиляция легких в связи с врожденной пневмонией.

Объективно: преобладание мозгового черепа над лицевым, узкая затылочная часть, переносица широкой формы. Окружность головы в возрасте 6 мес достигла окружности головы годовалого ребенка – 46 см., большой родничок увеличен, в 6 мес-3х4 см. Черепные нервы-взглядом прослеживает. Мышечный тонус снижен. Укорочение верхних и нижних конечностей, в основном плеч, бедер. Короткие пальцы на руках, «рука-трезубец». При движении конечностей слышен хруст.

Девочка развивалась с задержкой моторного и доречевого развития – голову стала держать в 5 мес, переворачиваться в 5,5 мес, в 1 год она не научилась сидеть, вставать у опоры.

В возрасте 3 мес осматривалась окулистом – д-з: Частичный стеноз носослезного канала справа, выполнено зондирование носослезного канала.

Осмотр стоматолога – диагноз: Короткая уздечка языка. Выполнена френулотомия. Осмотр эндокринолога диагноз: Низкорослость на фоне ахондроплазии, рекомендован – весо-ростовой контроль, скорость роста.

Осматривалась генетиком в Минском областном родильном доме и в неврологическом отделении Минской областной детской клинической больницы-кариотип – 46, XX (норма).

В возрасте 3-х месяцев девочке проводилась компьютерная томография головного мозга-расширено субарахноидальное пространство по конвексительной поверхности обоих полушарий, больше в лобных областях-до 10-12 мм. Желудочки мозга умеренно расширены (тела боковых желудочков до 1,0 см., симметричны. Борозды конвексительной поверхности незначительно углублены. Заключение: КТ-признаки смешанной гидроцефалии с преобладанием наружной.

Выполнялось МРТ головного мозга в возрасте 1 год 2 мес: МРТ-картина выраженного сужения большого затылочного отверстия со сдавлением спинного мозга и очаговыми изменениями в его проекции (посткомпрессионные изменения) с умеренно выраженной смешанной гидроцефалией.

На базе Минской областной детской клинической больницы проводилось лечение диакарбом с целью уменьшения секреции ликвора, проводился контроль окружности головы. Проводилось лечение сосудистыми, ноотропными препаратами: эмоксипин, милдронад, холин, элькар, витаминотерапия: кальций-Д3, магвит, физиотерапевтическое лечение: импульсные токи по Семенову, теплечение на руки, ноги, иглорефлексотерапия, лечебная физкультура, массаж, бифорез эуфиллина-прозерина на пояснично-крестцовую область и ноги.

В возрасте 1 год 1 мес девочка находилась на обследовании в эндокринологическом отделении 2-ой городской детской клинической больницы г. Минска, где ей проводились пробы с инсулином и клофелином.

Детям с ахондроплазией проводят гормонотерапию с 3-х лет рекомбинантным препаратом гормона роста. Гормоны компенсируют недостаток роста и способствуют этому процессу.

В связи с сужением большого затылочного отверстия в возрасте 1 год и 2 мес девочке выполнено нейрохирургами оперативное вмешательство в РНПЦ «Неврология и нейрохирургия».

Социальное волонтерство как форма оказания помощи и поддержки различным категориям населения

А.И. Зарембо

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Волонтерская деятельность является широко распространенным феноменом за рубежом и активно развивающимся направлением в Республике Беларусь. В Законе Республики Беларусь «Об основах государственной молодежной политики» были утверждены различные направления, одно из которых значится как содействие развитию и реализации молодежных общественно значимых инициатив [1].

На территории Республики Беларусь действуют более 200 волонтерских объединений, которые разрабатывают и реализуют различные социально значимые проекты. Волонтерские проекты реализуются в различных сферах жизнедеятельности (образование, социальная защита и др.). В результате дифференциации сфер волонтерской деятельности определяются и основные ее направления. Актуальным направлением волонтерской деятельности в Республике Беларусь является социальное волонтерство, которое ориентировано на оказание помощи и поддержки социально уязвимым категориям населения (пожилые люди, инвалиды, дети-инвалиды, дети-сироты и др.).

Активное участие в волонтерском движении принимает студенческая молодежь. Волонтерские организации и Центры действуют при многих высших учебных заведениях нашей страны. Студенты с различной специализацией и уровнем профессиональной подготовки становятся активными участниками волонтерской деятельности. В рамках подготовки будущих специалистов волонтерская деятельность является неотъемлемым аспектом обучения и профессионального развития студентов. Это связано с тем, что волонтерская деятельность является пространством, в рамках которого студенческая молодежь имеет возможность реализовывать свой личностный потенциал и совершенствовать свои профессиональные знания и умения.

Тот факт, что волонтерская деятельность является альтернативным (или дополнительным) способом решения социально значимых проблем, неоспорим. В этой связи активную и важную роль играет субъект волонтерской деятельности – волонтер, его личностные характеристики и индивидуальные особенности. При изучении волонтерской деятельности как целенаправленной активности важное место отводится мотивации.

С целью изучения мотивации участия студентов в волонтерской деятельности, а также выявления особенностей мотивационной структуры студентов-волонтеров было проведено исследование.

Выборка составила 100 человек в возрасте от 18 до 23 лет, среди них 28 (28,0±4,5%) парней и 72 (72,0±4,5%) девушки. Выборка включала в себя 2 группы респондентов – студенты-волонтеры и студенты, не занимающиеся волонтерской деятельностью (по 50 человек в каждой группе).

Следует отметить, что студенты-волонтеры занимались с различными категориями населения, среди которых лица с ограниченными возможностями (в т.ч. дети), дети-сироты, пожилые люди.

При выполнении эмпирической части исследования были использованы такие методы, как анкетирование и тестирование – методика «Диагностика мотивационной структуры личности» (В.Э. Мильман, 1990) [2].

По результатам анкетирования студентов-волонтеров было установлено, что опыт их участия в волонтерской деятельности варьирует от нескольких месяцев до более трех лет. Чаще всего мотивами участия студентов в волонтерской деятельности были: новые знания и приобретаемый опыт, возможность оказания помощи, личностный рост и развитие, расширение круга знакомств и общение.

Для оценки полученных данных были проанализированы показатели по каждой шкале (анализ данных проводился по средним показателям каждой отдельной шкалы).

Изучение мотивационной структуры личности студентов-волонтеров показало, что наиболее высокими у данной группы являются такие показатели, как рабочая направленность, а также мотивация на общую и творческую активность, социальную полезность, как видно из таблицы 1.

Таблица 1

Средние показатели по шкалам методики «Диагностика мотивационной структуры личности» (в баллах)

Группа	Показатель (балл)								
	Жизнеобеспечение	Комфорт	Социальный статус	Общение	Общежитийская направленность	Общая активность	Творческая активность	Социальная полезность	Рабочая направленность
Студенты-волонтеры	12,3	14,8	17,1	19	63,1	16,2	23	18,9	57,9
Студенты, не занимающиеся волонтерской деятельностью	11,4	15,1	16,8	18,7	62	14,8	21,3	16,1	52,4

Статистическая обработка полученных в ходе исследования данных проводилась с помощью U-критерия Манна-Уитни. Анализ полученных статистических данных показал следующее:

- различия уровня признака в сравниваемых группах на высоком уровне статистической значимости обнаружены по шкале «социальная полезность» ($U_{\text{эмп}} = 870, p \leq 0,01$);

- статистически значимые различия обнаружены по шкале «рабочая направленность» ($U_{\text{эмп}} = 910,5, p \leq 0,05$);

- различия уровня признака в сравниваемых группах на уровне статистической тенденции обнаружены по шкалам: «общая активность» ($U_{\text{эмп}} = 979, p \leq 0,1$); творческая активность» ($U_{\text{эмп}} = 1002, p \leq 0,1$).

Статистически достоверные различия по остальным шкалам не были обнаружены.

Таким образом, анализ степени выраженности того или иного показателя среди студентов-волонтеров и студентов, не занимающихся волонтерской деятельностью, показал, что основные различия представлены по результатам таких шкал, как «общая активность», «творческая активность», «социальная полезность», «рабочая направленность», при этом данные показатели являются наиболее выраженными у группы студентов-волонтеров.

Это свидетельствует о том, что студенты, участвующие в волонтерской деятельности, характеризуются высоким стремлением быть общественно полезным, большим стремлением проявлять способности, реализовывать свой потенциал; проявляют активное включение в деятельность творческого характера. Так как мотивационные шкалы, отраженные в методике «Мотивационная структура личности», имеют прямое отношение к иерархии потребностей по А. Маслоу – от потребностей «дефицита» к потребностям «роста», то можно утверждать, что у студентов-волонтеров, в отличие от студентов, не занимающихся волонтерской деятельностью, мотивационная структура в большей мере представлена мотивами роста и развития.

Литература

1. Об основах государственной молодежной политики: Закон Респ. Беларусь, 7 дек. 2009 г., № 65-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 10.07.2012 г. // Мир права [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.pravo.by/world_of_law/text.asp?RN=N10900065. – Дата доступа: 17.03.2016.

2. Мильман, В.Э. Метод изучения мотивационной сферы личности / В.Э. Мильман// Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. – М., 1990. – С.23-43.

Использование физических факторов с профилактической целью на примере применения энергетического NeoQi

С.М. Кошина, Н.Г.Афанасенко, Е.В. Рысеев, Т.И. Каленчиц

ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения»,
г. Минск, Республика Беларусь
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Первичная профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы в настоящее время остается актуальной задачей, поскольку данная патология является одной из наиболее распространенных в структуре заболеваний и причин инвалидности. Рост заболеваний сердечно-сосудистой системы в частности связан со снижением двигательной активности современного человека с одной стороны, с другой – увеличением психоэмоциональных нагрузок. Сохранение эмоционального равновесия в повседневной действительности – достаточно сложная задача для общества в целом и для каждого человека в частности.

Наряду с адекватными физическими нагрузками и релаксацией для улучшения психоэмоционального и функционального состояния здорового человека может использоваться физиопрофилактика. Положительный результат обеспечивается применением только правильно подобранных физических факторов.

Возможны два варианта комплексного использования физических факторов: комбинирование и сочетание. Сочетанная физиотерапия – одновременное воздействие несколькими факторами на одну и ту же область человеческого тела. Комбинированная – последовательное воздействие несколькими физическими факторами [2].

Целью нашего исследования явилась оценка влияния энергетического кокона NeoQi на психоэмоциональное и функциональное состояния группы лиц среднего возраста без отклонений в состоянии здоровья.

Исследование проводилось на базе ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения».

Терапевтическое действие энергетического кокона NeoQi включает следующие физические факторы: электромагнитные колебания оптического диапазона, механические колебания среды, особая воздушная среда, вода.

В проводимом исследовании использовалась комбинация ИК-баня + паровая/ароматическая баня + вибромассаж (10 процедур).

В энергетическом коконе NeoQi имеет место комплексное применение физических факторов, что позволяет проводить воздействия при меньшей интенсивности и продолжительности процедур, уменьшается нагрузка на организм и улучшается их переносимость.

В исследование было включено 34 практически здоровых женщин, средний возраст которых составил 42 ± 3 года. Для оценки психоэмоционального состояния использовалась шкала личностной самооценки Р.С. Немова «Самочувствие – активность – настроение» (САН), предназначенная для комплексной оценки преобладающего настроения человека в периоды интенсивной физической и психической нагрузки [1].

Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивалось посредством пробы Мартине с расчетом индекса Робинсона (ДП) и показателя качества реакции на нагрузку до и после курса физиотерапии по общепринятым методикам.

После проведенного курса процедур в энергетическом коконе NeoQi наблюдалось улучшение самочувствия и настроения активности. Так, до проведения процедур в энергетическом коконе средние оценки составили: самочувствие – 40,17 баллов, активность – 38,2 баллов, настроение – 42,43 балла; после процедур – 54,48; 49,12 и 52,3 балла соответственно ($p < 0,05$).

Наблюдалось увеличение лиц с нормотоническим типом реакции на физическую нагрузку с 62,4% до 79,1% и уменьшение количества женщин с гипертоническим типом реакции гемодинамики. Имелась тенденция к снижению индекса Робинсона в покое и увеличению показателя качества реакции на нагрузку, что свидетельствует об улучшении адаптации к физическим нагрузкам и экономизации деятельности сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, профилактическое использование энергетического кокона NeoQi способствовало оптимизации деятельности сердечно-сосудистой системы у практически здоровых людей.

Комплексное применение физических факторов у лиц этой категории способствует улучшению психоэмоционального состояния, о чем свидетельствует повышение показателей самочувствия и настроения.

Литература

1. Немов, Р.С. Практическая психология / Р.С. Немов. – М., 1998. – 320 с.
2. Пономаренко, Г.Н. Физические методы лечения / Г.Н. Пономаренко – Спб.: «ИИЦ ВМА», 2006. – 336 с.

Опыт использования плоскополяризованного света у пациентов с ишемической болезнью сердца

Л.А. Малькевич, Е.В. Рысеев, В.Г. Крючок

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – это недостаточность коронарного кровообращения, вызванная атеросклерозом коронарных артерий (КА) или их временным

стенозом, который обусловлен спазмом или тромбированием неизмененных коронарных артерий. Частота ИБС в Республике Беларусь продолжает оставаться достаточно высокой. Широкая распространенность, тяжесть течения и значительные экономические потери обуславливают социальную значимость ИБС и определяют приоритетность вопросов лечения, медицинской реабилитации и профилактики.

Недостаточная эффективность или плохая переносимость фармакологических препаратов, возникающая у некоторых категорий больных, требует поиска альтернативных методов лечения и реабилитации.

В период ухудшения заболевания выбор средств немедикаментозной терапии достаточно ограничен. Физиотерапевтические воздействия проводятся на фоне общепринятой лекарственной терапии. Выбор средств физиотерапевтического воздействия у данной категории больных весьма ограничен.

В комплексном лечении данной категории пациентов широко используется лазеротерапия [1]. Низкоинтенсивное лазерное излучение способствует нормализации нарушенного вегетативного и нейрогуморального статуса, стимуляции адаптационных механизмов, микроциркуляции, кислородобеспечения тканей. Среди клинических эффектов – лазеротерапии присуще уменьшение частоты, интенсивности, продолжительности приступов, исчезновение электрокардиографических (ЭКГ) признаков ишемии миокарда, снижение частоты сердечных сокращений, повышение толерантности к бытовым физическим нагрузкам. Однако, у пациентов с брадиаритмиями этот метод физиотерапии ухудшает общее состояние [2].

Целью исследования: оценка возможности и целесообразности использования плоскополяризованного света на стационарном этапе лечения у больных ишемической болезнью сердца.

Под наблюдением находились 89 больных ишемической болезнью сердца, среди которых – 57 больных стабильной стенокардией напряжения ФК II, II-III, III и 32 с нестабильной стенокардией, которые находились на лечении в кардиологических отделениях и отделении медицинской реабилитации УЗ «9 клиническая больница» и реабилитационном кардиологическом отделении УЗ «11 клиническая больница» г. Минска в течении 2009-2015 гг. Диагноз и функциональный класс верифицированы на основании данных анамнеза, клиники, инструментальных и лабораторных методов обследования.

Все пациенты были разделены на две группы: опытная, которым на фоне медикаментозной терапии проводилось воздействие плоскополяризованным светом и контрольная, которым на фоне медикаментозной терапии выполнялась имитация воздействия светом. По возрасту, полу, длительности заболевания и клинике исследуемые группы были сопоставимы.

Воздействие плоскополяризованным светом проводилось от аппарата «Биоптрон-2» в удобном для пациента положении сидя или лежа, на межлопаточную зону при направлении светового потока строго перпенди-

кулярно, длительность воздействия 8 минут, курс лечения 8 процедур, ежедневно.

В клинической картине преобладали боли в области сердца, одышка, нарушение ритма, отеки нижних конечностей. На ЭКГ – признаки ишемии миокарда, тахикардия, брадикардия.

До и после курса биоптронтерапии оценивали динамику ЧСС, АД, ЭКГ, психологическое тестирование и физическую работоспособность по 6-минутному тесту (больному предлагалось пройти в максимально быстром темпе дистанцию по размеченному по 1 м коридору в течении 6 мин. Время для отдыха включалось в общий зачет) – Рекомендации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов – NYHA [3].

После проведенного комплексного лечения у пациентов исследуемой группы наблюдалась нормализация общего состояния, положительная динамика ЭКГ-показателей характеризовалась улучшением трофики миокарда, что проявилось в уменьшении депрессии сегмента ST ($p<0,05$) и выраженности тахикардии, уменьшение частоты, интенсивности, продолжительности приступов, увеличение результатов 6-ти минутного теста ($p<0,05$). У пациентов с брадикардией частота сердечных сокращений значительно не уменьшалась. У больных контрольной группы регресс симптоматики был менее выражен, сохранялось чувство тревожности, наблюдалось снижение фона настроения, уровень АД был менее стабилен.

Воздействие поляризованным светом способствовало улучшению психо-эмоционального состояния больных, что проявлялось в улучшении сна, настроения, исчезновении тревожности и ажитации ($p<0,05$) и способствовало появлению уверенности больных в безопасности физических нагрузок.

Процедуры переносились хорошо, побочных явлений и осложнений не наблюдалось.

Следовательно, использование в комплексном лечении и реабилитации больных ишемической болезнью сердца плоскополяризованного света, благотворно влияет на клинико-функциональные показатели, способствует повышению толерантности к бытовым и дозированным физическим нагрузкам, что подтверждается положительной динамикой 6-минутного теста ($p<0,05$).

Поляризованный свет можно использовать в комплексном лечении и реабилитации пациентов ишемической болезнью сердца на стационарном этапе.

Литература

1. Крысюк, О.Б Персонализированная лазеротерапия в кардиологии / О.Б Крысюк, Г.Н. Пономаренко, А.Г.Обрезан // Санкт-Петербург – 2006. – 175 с.
2. Карандашов, В.И. Фототерапия (светолечение): Руководство для врачей / В.И. Карандашов, Е.Б.Петухов, В.С. Зродников; под ред. Н.Р. Палеева. – М.: Медицина, 2001. – 392 с.
3. Суджаева, О.А. Современный взгляд на проведение нагрузочных тестов и физическую реабилитацию пациентов с инфарктом миокарда/ О.А.Суджаева и др.//Лечебное дело. – 2012.- №3(25). – С.49-56

Когнитивные нарушения у пациентов с сосудистыми поражениями головного мозга, как медико-социальная проблема

В.Е. Перкова

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Цереброваскулярные заболевания являются важнейшей медико-социальной проблемой в нашей стране и во всем мире. В связи с увеличением распространенности цереброваскулярной патологии среди лиц молодого и среднего возраста, проблема сосудистых поражений головного мозга приобретает все большую значимость.

Среди разнообразных неврологических симптомов, развивающихся вследствие сосудистых поражений головного мозга, особое место занимают нарушения в когнитивной сфере, наличие которых оказывает выраженное негативное влияние на качество жизни пациентов, приводя к утрате профессиональной, социальной или бытовой компетенции [2,4]. Для установления сосудистого генеза когнитивных нарушений необходимым условием является наличие признаков цереброваскулярного заболевания и связи сосудистого процесса с возникновением и динамикой когнитивного дефицита. Характерным для сосудистых когнитивных расстройств является флюктуирующее, ступенеобразное течение, связанное с прогрессированием цереброваскулярной недостаточности. Активные исследования в последние десятилетия привели к созданию концепции «сосудистых когнитивных нарушений», которая, по сути, объединяет все формы когнитивных нарушений, от легкого дефицита до деменции. В группе «сосудистых когнитивных расстройств» выделяют следующие категории: 1) сосудистые когнитивные расстройства, не достигающие степени деменции или умеренные когнитивные нарушения; 2) сосудистая деменция; 3) смешанный тип – деменция альцгеймеровского типа в сочетании с цереброваскулярным заболеванием [9]. Особый интерес представляют умеренные когнитивные нарушения (УКН), так как раннее начало терапии именно на «преддементной» стадии позволяет замедлить прогрессирование заболевания и отсрочить появление выраженного когнитивного дефицита [1,3].

В настоящее время выделяют следующие основные варианты умеренных когнитивных расстройств: 1) амнестический вариант; 2) вариант с множественным когнитивным дефицитом; 3) вариант с дефицитом в одной когнитивной сфере, исключая память [8]. При амнестическом варианте в клинической картине единственными или явно доминирующими являются нарушения памяти. Для второго варианта характерно наличие одновременного и равномерного ухудшения нескольких когнитивных функций

(внимания, исполнительной функции, зрительно-пространственной ориентировки). Третий вариант характеризуется более выраженным нарушением какой-либо когнитивной сферы при относительной сохранности памяти и других когнитивных функций. Клинически умеренные когнитивные расстройства сосудистой этиологии характеризуются не столько мнестическими нарушениями, сколько сочетанием нейродинамических нарушений и начальных признаков нарушений исполнительной функции. Клиническая картина проявляется истощаемостью психических процессов, снижением уровня внимания, затруднениями планирования сложных видов деятельности, способности к переключению с одного вида деятельности на другой, трудностями получения и усвоения новой информации. Умеренные сосудистые когнитивные нарушения являются гетерогенными по клиническому течению, и, в большинстве случаев, с прогрессированием цереброваскулярной недостаточности происходит их трансформация в деменцию. Согласно многочисленным эпидемиологическим исследованиям прогрессирование когнитивного дефекта до степени деменции наблюдается в течение года примерно у 15% пациентов этой группы, через три года уже 50% пациентов соответствуют диагностическим критериям деменции, а через шесть лет – 80% [7].

В настоящее время наиболее оправданным является комплексный подход к обследованию пациентов с нарушением когнитивных функций различной степени выраженности, включающий общий осмотр с обязательной оценкой неврологических симптомов, лабораторные исследования, инструментальные методы диагностики, методы структурной и функциональной нейровизуализации, нейропсихологическое тестирование. Сбор жалоб и анамнеза заболевания в обязательном порядке должен предусматривать беседу с самим пациентом и с лицами, способными предоставить необходимую информацию. При жалобах на снижение памяти необходимо оценить характер когнитивных нарушений, динамику их возникновения, степень и скорость прогрессирования симптоматики. Необходимо обратить внимание на способность пациента к ориентировке, наличие речевых нарушений, активность, состояние внимания и настроения. Важное значение имеет сбор информации о проблемах, связанных с выполнением бытовых и профессиональных навыков, наличие поведенческих и аффективных расстройств. При объективном осмотре необходимо обращать внимание на выявление симптомов, свидетельствующих о наличии соматической, инфекционной патологии для исключения вторичного характера деменции, а также установления возможных факторов риска развития деменции. Неврологический осмотр позволяет выявить симптомы, свидетельствующие об очаговом поражении головного мозга. Лабораторная диагностика проводится с целью выявления актуальных соматических

заболеваний и включает общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с определением следующих параметров: сахар, печеночные ферменты, мочевины, креатинин, электролиты, гормоны щитовидной железы, показатели свертывающей системы, липидограмма. Кроме того, желательным является анализ крови на содержание фолиевой кислоты, витамина В12, гомоцистеина, серологические реакции на сифилис и ВИЧ. При подозрении на сосудистый характер когнитивных нарушений целесообразно использовать ультразвуковые методы исследования сосудов, такие как доплерография и дуплексное сканирование. Нейровизуализационная картина при сосудистой деменции может быть представлена либо множественными корковыми или подкорковыми ишемическими очагами (мультиинфарктная деменция), либо единичными очагами, расположенными в областях мозга, особо значимых для мнестико-интеллектуальной деятельности - так называемые стратегические зоны (таламус, базальные ганглии, медиобазальные отделы лобных и височных долей, угловая извилина) [5]. Однако наиболее частой причиной сосудистой деменции является поражение малых сосудов, приводящих к развитию распространенного лейкоарияоза, часто сочетающегося с лакунарными инфарктами, и постгеморрагическими мелкими очагами в подкорковой области [6].

Для объективизации когнитивных нарушений применяют методы нейропсихологического тестирования. В качестве таких методик возможно использование Краткой Шкалы Оценки Психического Статуса, батареи лобных тестов, теста 5 слов, теста 10 слов, теста рисования часов, теста повторения цифр в прямом и обратном порядке, тестов на внимание (таблица Шульте, тест символично-цифровой). Стоит отметить, что хотя в большинстве случаев результаты тестов отражают ту или иную стадию когнитивного дефицита, это не является абсолютной закономерностью, и полученные цифровые показатели следует оценивать в комплексе с другими вышеизложенными критериями. Важнейшее значение может иметь анализ когнитивного дефекта при проведении экспертизы, что позволит максимально объективизировать степень нарушения функции головного мозга, даже при отсутствии возможности проведения сложных инструментальных методов диагностики. Определенные сложности представляет установление диагноза начальных проявлений недостаточности кровоснабжения головного мозга, который основывается преимущественно на субъективных жалобах больного при отсутствии отчетливой объективной неврологической симптоматики. Кроме того, могут возникнуть сложности при проведении дифференциального диагноза между различными стадиями дисциркуляторной энцефалопатии. В этих случаях именно учет и анализ имеющихся когнитивных нарушений может оказать существенную помощь в решении этих вопросов.

Практически на всех стадиях цереброваскулярной патологии будут регистрироваться те или иные когнитивные нарушения, однако если для начальных проявлений недостаточности кровоснабжения головного мозга и дисциркуляторной энцефалопатии I стадии эти изменения могут носить нестойкий характер, затрагивать лишь незначительную часть когнитивных функций и будут хорошо корректироваться обучающими методиками, то при дисциркуляторной энцефалопатии II стадии практически обязательным должно явиться наличие синдрома умеренных когнитивных расстройств. Наличие деменции является по сути патогномоничным для дисциркуляторной энцефалопатии III стадии. Таким образом, своевременное выявление и анализ когнитивных нарушений при цереброваскулярной патологии представляют собой важнейшую задачу как на амбулаторно-поликлиническом, так и на стационарном уровне. В связи с относительной простотой и доступностью скрининговых методов нейропсихологической диагностики, они должны являться обязательным звеном в диагностическом алгоритме при обследовании и экспертизе не только с признаками сосудистого поражения головного мозга, но и имеющих факторы риска развития когнитивных нарушений, особенно в возрасте старше 50 лет. Своевременное выявление когнитивных расстройств позволит оптимизировать лечебно-профилактические мероприятия, и в конечном итоге уменьшить заболеваемость и инвалидность.

Литература

1. Гаврилова, С.И. Концепция мягкого когнитивного снижения. Болезнь Альцгеймера и старение / С.И. Гаврилова / Матер. III Росс. Конф., посвященной 100-летию со дня рождения проф. Э.Я.Штернеберга. – М., 2003. – С.9-20.
2. Дамулин, И.В. Сосудистые когнитивные нарушения: клинические и терапевтические аспекты / И.В. Дамулин // РМЖ. – 2006. – Т. 14, №9. – С.658-664.
3. Захаров, В.В. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте / В.В. Захаров, Н.Н. Яхно. – М., 2005. – 71 с.
4. Одинак, М.М., Сосудистые заболевания головного мозга / М.М. Одинак, А.А. Михайленко, Ю.С. Иванов, Г.Ф. Семин. – СПб.: Гиппократ, 1997. – 160 с.
5. Яхно, Н.Н. Сопоставление клинических и МРТ данных при дисциркуляторной энцефалопатии. Сообщение 2: когнитивные нарушения / Н.Н. Яхно, О.С. Левин., И.В. Дамулин // Неврол. журн. – 2011. –Т.6, №3. – С. 16-18.
6. Frisoni, G.B., Scheltens P.H. et al. Neuroimaging tools to rate regional atrophy, subcortical cerebrovascular disease, and regional cerebral blood flow and metabolism: consensus paper of the EADC // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2003. – Vol.10, N.74. – P. 1371-1381.
7. Petersen, R.C., Smith G.E. et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome // Arch. Neurol. – 1999. – Vol.56. – P. 303-308.
8. Rasquin, S.M., Lodder J. et al. Predictive accuracy of MCI subtypes for Alzheimer's disease and vascular dementia in subjects with mild cognitive impairment: a 2-year follow-up study // Dement. Geriatr. Cogn. Disord. – 2005. – Vol.19, N. 2-3. – P.113-119.
9. Roman, G.C., Sachdev P. et al. Vascular cognitive disorder: a new diagnostic category updating vascular cognitive impairment and vascular dementia // J. of the Neurol. Sci. – 2014. – N. 226. – P. 81-87.

Патологические изменения культей нижних конечностей у детей и их лечение

В.Г. Петров, М.В. Зайцев, В.В. Нагорная

Украинский научно-исследовательский институт протезирования, протезостроения и восстановления трудоспособности, г. Харьков, Украина

Реабилитация детей с физическими дефектами нижних конечностей является важной медицинской и социальной задачей [1,2]. Эффективность их протезирования определяют анатомо-функциональные качества усеченной конечности, правильность изготовления протезов и подбор комплекствующих [3,4,5]. Среди особенностей формирования детских культей выделяют продолжающийся рост в патологических условиях, дефицит мягких тканей по отношению к костным фрагментам, эластичность сухожильно-связочного аппарата, которые заставляют применять различные методы подготовки к протезированию [6,7]. В последнее время работ, касающихся данной проблемы, не так много [8,9]. В связи с этим мы решили поделиться с опытом лечения этих пациентов.

Были обследованы 87 детей в возрасте от 8 месяцев до 17 лет с культами нижних конечностей. Длительность наблюдения составила от 1,5 до 17 лет. В обследование включались: клинический осмотр, рентгенологическое, биомеханическое обследования, по показаниям электромиографическое обследование. Ампутация была причиной отсутствия конечности у 58 детей, у 29 детей культя была вследствие врожденного недоразвития.

Пороки и болезни культей были выявлены у 52 (89,7%) детей с ампутационными и у 15 (51,7%) с врожденными дефектами, что составило 77,0% (67 чел.) всех обследуемых пациентов. При распределении больных по нозологическим единицам мы пользовались известной классификацией пороков и болезней культей, предложенной В.Г. Саниным и Н.Г. Никоненко [10], Е.А. Мазуркевичем [11]. Частота встречаемости болезней и пороков культей нижних конечностей у детей представлены в таблице 1.

Таблица 1

Частота встречаемости болезней и пороков культей нижних конечностей у детей (n=67)

Пороки и болезни	Пороки и болезни культей вследствие ампутации (n=52)		Пороки и болезни культей вследствие врожденного недоразвития (n=15)	
	абс. число	%	абс. число	%
1. Послеампутационные пороки:				
- грубые, спаянные с костью рубцы	10	5,8	-	-
- выстояние опилов под кожу или в рубцы	9	5,3	-	-

Продолжение таблицы 1

Пороки и болезни	Пороки и болезни культей вследствие ампутации (n=52)		Пороки и болезни культей вследствие врожденного недоразвития (n=15)	
	абс. число	%	абс. число	%
- искривление оси культи	6	3,5	-	-
- избыток мягких тканей на торце	5	2,9	-	-
- очень длинная или очень короткая культя	5	2,9	-	-
- вальгусное отклонение малоберцовой кости	2	1,2	-	-
2. Послеампутационные болезни:				
- остеофиты	9	5,3	-	-
- трофическая язва	3	1,8	-	-
- болезненная неврома	4	2,3	-	-
- фантомно-болевые ощущения	14	8,2	-	-
3. Пороки, обусловленные ростом и нерациональным протезированием:				
- перекос таза, искривление позвоночника	23	13,5	4	10,3
- искривление оси культи	13	7,6	1	2,5
- смещение головки малоберцовой кости при межберцовом блоке	3	1,8		
4. Болезни, обусловленные нерациональным протезированием и недостаточным уходом:				
- потертости	12	7,0	6	15,4
- бурсит	-	-	1	2,6
- атрофия мягких тканей	29	17,0	-	-
- гиперкератоз	5	9,6	2	5,1
- гнойничковые заболевания кожи	3	1,8	4	10,3
5. Врожденные пороки культи:				
- нестабильность надколенника	-	-	2	5,1
- вальгусное отклонение культи голени	-	-	3	7,7
- coxa valga	-	-	3	7,7
- амниотические перетяжки и рубцы, спаянные с костью	-	-	5	12,8
- контрактуры	-	-	1	2,5
- мягкотканые рудименты	-	-	3	7,7
Общее количество пороков и болезней культи	171	100,0	39	100,0

Среднее количество пороков и болезней культи после ампутации на одного ребенка составило 3,3 (171 порок на 52 чел.). Среди 15 детей с врожденной культей наблюдалось 39 пороков и болезней, что составило 2,6 на одного ребенка. Среди наиболее часто встречаемых пороков, связанных

непосредственно с травмой или оперативным вмешательством, следует отметить рубцовоизмененные ткани и рубцы, спаянные с костью, выстояние опилов костей в рубцы, как представлено на рисунке 1, остеофиты, фантомно-болевые ощущения.



Рисунок 1. Болезни культи: детская коничность, обширные рубцы культи голени и стопы

Фантомно-болевым синдромом имел малую выраженность и исчезал или значительно уменьшался после проведенного лечения или с началом ходьбы в протезе. У детей с врожденной культей перечисленных симптомов мы практически не наблюдали.

Характерными для детей болезнями и пороками можно считать детскую коничность культи, осевые деформации, связанные с воздействиями приемной гильзы протеза на область ростковых зон и продолжающимся ростом культи. Остеофиты культи встречались у 9 (5,3%) детей, но клиническое их проявление не всегда требовало хирургического лечения. У 12 (7%) детей с постампутационными культями определялись контрактуры в смежных суставах. У 5 пациентов наблюдалась недостаточная или избыточная длина культи бедра или голени и их протезирование представляло определенные трудности при формировании гильзы протеза и размещении смежных узлов. Изменения, наблюдаемые в процессе протезирования, связанные с ростом ребенка и недостаточной длиной протеза, таких как перекос таза и искривление позвоночника, были отмечены у 23 детей с постампутационными и у 4 с врожденными культями. Атрофия мягких тканей культи была более выражена у детей с посттравматическими культями (у 17%). Болезней, связанных с недостаточным уходом и нерациональным протезированием, встречалось немного (от 1,8 до 15,4%), причем у детей с врожденными культями они возникали несколько чаще.

Консервативное лечение применялось как самостоятельный метод, так и в качестве подготовки к оперативному лечению и после проведения

операции. Наиболее эффективными консервативные методы были при грубых подпаянных к кости рубцах, гиперкератозе, трофической язве, контрактуре суставов, атрофии мягких тканей, потертостях, гнойничковых поражениях кожи. Применялись антибактериальные мази, электрофорез с лидазой, ультразвук с мазями, парафиновые аппликации, электростимуляция мышц, ванночки с травяными настоями, УФО, УВЧ, массаж, комплексы ЛФК. Положительный эффект от проведенного лечения наблюдался от 66,7% при болезненных невромах и фантомно-болевых ощущениях до 100% при потертостях, гнойничковых заболеваниях, контрактурах суставов.

Оперативное лечение требовалось 43 (49,4%) детям: 33 (56,9%) – с постампутационными культями и 8 (27,6%) – с культями вследствие врожденного недоразвития. Характеристика оперативных вмешательств была достаточно разнообразной и предусматривала воздействие как на мягкие ткани, так и на скелет культы и представлена в таблице 2.

Таблица 2

**Характеристика оперативных вмешательств
на культях нижних конечностей**

Виды операций	Общее количество операций у детей	
	с ампутационной культией	с врожденной культией
1. Ампутация	1	-
2. Реампутация (в т.ч. костно-пластическая)	22	4
3. Кожная пластика	3	-
4. Иссечение невром, рубцов, амниотических втяжений	5	1
5. Удаление мягкотканых рудиментов	-	2
6. Иссечение лигатурных свищей	2	-
7. Эпифизеодез головки малоберцовой кости	3	2
8. Парциальный блок ростковой зоны мышечков бедра	-	1
9. Пластика связочного аппарата надколенника	1	2
10. Транспозиция бугристости большеберцовой кости	-	1
11. Корригирующая остеотомия большеберцовой кости	2	1
12. Удлинение культы (в т.ч. за счет эпифизеолиза)	5	-
13. Подтаранный артродез	2	-
14. Остеосинтез аппаратом внешней фиксации	10	1
Всего	56	15

Детская коничность при достаточной длине культы была показанием к проведению костно-пластической реампутации на культе голени с применением спицестержневого компрессирующего устройства у детей старше 12 лет или миопластической реампутации. Показанием к удлинению культы была недостаточная длина костного сегмента для хорошей управляемости протезом. У 3 больных с культей голени удлинение произведено за счет Г-образной остеотомии большеберцовой кости в подбугорковой зоне или дистракционного эпифизеолиза с помощью аппарата Илизарова. Элонгация фрагментов позволила достичь удлинения до 50% от первоначальной длины культы. При короткой культе бедра выполнялась Г-образная остеотомия в подвертельной зоне таким образом, чтобы малый и большой вертел оставались на проксимальном фрагменте, как показано на рисунке 2. Удлинение с помощью аппарата внешней фиксации производили по 0,5 мм 2-3 раза в сутки. В одном случае было достигнуто удлинение до 75% от первоначальной длины культы.



а)

б)

в)

**Рисунок 2. Удлинение короткой культы бедра у ребенка 11 лет:
а) внешний вид культы до удлинения; б) расположение аппарата
на культе; в) результат удлинения**

Исправление оси культы производилось посредством остеотомии или введением металлических скобок в метаэпифизарную зону, создавая парциальный блок ростковой зоны. Несомненным преимуществом этого метода является его малая инвазивность, возможность исправления осевой деформации в процессе роста, не прерывая процесса протезирования, как показано на рисунке 3.

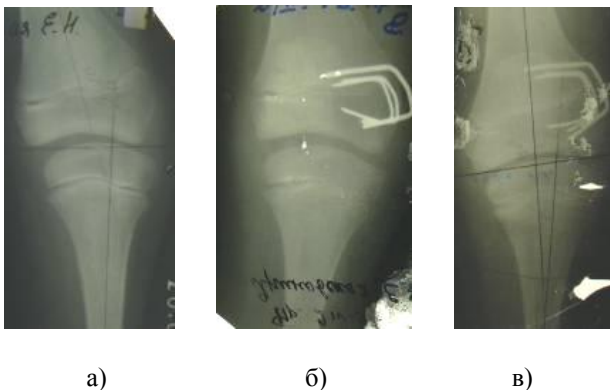


Рисунок 3. Рентгенограммы ребенка Я-ой: а) до начала лечения; б) расположение скобок; в) через 18 месяцев после операции

Функциональные результаты лечения у детей с ампутационными культями в 91,4% случаев были расценены как хорошие, у 8,6% – как удовлетворительные. Среди детей с врожденными культями хорошие результаты наблюдались у 91,3% детей.

Таким образом, болезни культей нижних конечностей были выявлены у 77,0% детей и зависели от причины отсутствия конечности, прогнозируемого роста ребенка и подходов в протезировании. Консервативные мероприятия позволили улучшить состояние культи в зависимости от тяжести болезненных проявлений с исчезновением патологических клинических проявлений в 66,7-100% случаев. Предлагаемые подходы в оперативном лечении для устранения пороков и болезней культи показаны при неэффективности консервативных мероприятий и давали хороший результат более чем 90% при лечении детей с патологией постампутационной и врожденной культи.

Литература

1. Яременко, Д.А. Инвалидность с детства вследствие ортопедо-травматологической патологии (причина, структура, контингенты) /А.Д. Яременко // Ортопедия, травматология. – 2001. – № 2. – С. 101-103.
2. Yigiter, K. Демографические и функциональные данные на детей с потерей конечности / O. Ulger, G. Sener et al. //P & O Int. – 2005. – v. 29. – n. 2. – P. 131-138.
3. Шуленина, Н.М. Проблема протезирования детей младшего возраста с дефектами конечностей / Н.М. Шуленина, А.В. Рожков, Л.Е. Войнова // Человек и его здоровье : Тезисы докладов /Международный конгресс – С.-Петербург, 1999. – С. 122-123.
4. Boonstra, A.M. Children with congenital deficiencies or acquired amputations of the lower limbs: functional aspects /L.J.M. Rijnders, J.W. Groothoff, W.H. Eisma //Prosthetics and Orthotics Int. – 2000. – n. 1. – P. 19-27.

5. Sener, G. Effectiveness of prosthetic rehabilitation of children with limb deficiencies present at birth / G. Sener / *Prosthetics and Orthotics Int.* – 1999. – N 2. – P.130-134.
6. Петров, В.Г. Результаты медицинской и протезно-ортопедической реабилитации детей с культями нижних конечностей вследствие травматических ампутаций / В.Г. Петров // *Травма.* – 2003. – Т. 4. – № 5. – С. 519-525.
7. Салеева, А.Д. Підходи до реабілітації дітей-інвалідів з дефектами нижніх кінцівок / А.Д. Салеева, В.Г. Петров // *Ортопедия, травматология и протезирование.* – 2003. – № 1. – С. 58-63.
8. Безсмертний, Ю.О. Профілактика та лікування місцевого больового синдрому ампутаційних куок нижніх кінцівок: автореф. дис. на соискание степени канд. мед. наук: 14.01.21 «Травматология и ортопедия» / Ю.О. Безсмертний. – Х., 2006. – 21 с.
9. Петров, В.Г. Медична реабілітація та протезно-ортопедичне забезпечення дітей з куками нижніх кінцівок / В.Г. Петров / Автореф. дис. канд. мед. наук. – Харьков, 2009. – 22 с.
10. Санин, В.Г. Болезни и пороки ампутационных культей нижних конечностей (методы лечения и профилактики) / В.Г. Санин, Н.Г. Никоненко / *Методические рекомендации.* – Москва, 1976. – 31 с.
11. Мазуркевич, Е.А. Особенности подготовки и показания к назначению детям протезов голени без гильзы на бедро / Е.А. Мазуркевич / Автореф. дис. канд. мед. наук. – Л., – 1989. – 23 с.

Фотоманнитотерапия постинсультных артропатий

Т.А. Пристром, С.Г. Кузьменко

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь
УЗ «Минска областная клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), или мозговой инсульт является одной из основных причин инвалидности в мире. Инвалидность после перенесенного инсульта достигает 3,2% на 10.000 населения и занимает первое место среди всех остальных причин первичной инвалидности [1]. Процесс реабилитации при инсульте затрудняют коморбидные состояния, называемые постинсультными артропатиями.

Под «коморбидностью» в современной медицинской литературе понимают наличие у одного пациента двух и более заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени независимо от активности каждого из них [2].

По мнению А.С. Кадыкова [3] развитие постинсультных артропатий не связано ни с иммобилизацией пораженной конечности, ни с мышечной спастичностью, ни с выпадением чувствительности. Их развитие связано с трофическими изменениями в суставе и напоминает феномен, описанный в литературе под названиями «плечелопаточный периартрит», или «плечелопаточный периартроз». Клиническими проявлениями в данных случаях являются боль и ограничение движений при ротации и отведении руки, при этом на рентгеновских снимках и при мануальном исследовании выхода головки плечевой кости из суставной щели не обнаруживается.

Постинсультные артропатии паретичных конечностей, развивающиеся в первые 3 месяца после инсульта в среднем у 20-40% пациентов с постинсультными гемипарезами [4].

Постинсультные артропатии выражаются в припухлости в области суставов, деформации их, болезненности при движении и локализуются преимущественно в суставах пальцев паретичной руки, лучезапястном и плечевом суставах, реже наблюдаются постинсультные артропатии локтевых, коленных и голеностопных суставов. Наиболее часто наблюдаются постинсультные артропатии плечевых суставов.

В целом частота встречаемости боли в плечевом суставе, по мнению разных авторов, составляет от 48 до 84% от всех случаев инсульта [5]. В генезе болевого синдрома могут играть роль два фактора: во-первых, трофические нарушения (артропатия), во-вторых, выпадение головки плеча из суставной впадины из-за растяжения суставной сумки под действием тяжести паретичной руки на фоне пареза мышц.

В НИИ неврологии РАМН [6] разработан комплекс лечения постинсультных артропатий, включающий обезболивающие электропроцедуры (диадинамические или синусоидально-модулированные токи по поперечной методике или чрескожная электроаналгезия, лекарственный электрофорез анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов, импульсная магнитотерапия), физиопроцедуры, улучшающие состояние трофики суставов и окружающих их тканей: парафино- или озокеритолечение при отсутствии отека (припухлости) и явлений синовита, ручной и вакуумный массаж, электростимуляция мышц плеча и плечевого пояса при выпадении головки плеча

Лечение артропатий рекомендуется начинать сразу же после появления первых признаков трофических изменений суставов (небольшая припухлость в области сустава, нерезкая болезненность при движениях в нем и надавливании и др.) и в сочетании с кинезотерапией, направленной на восстановление двигательной функции [7].

Из физиотерапевтических методов лечения постинсультных артропатий широко применяется магнитолазеротерапия с воздействием на пораженный сустав, сегментарную зону C8–Th3 (уровень позвонков C7–D1) и проекцию ствола мозга (через большое затылочное отверстие), ультразвуковая терапия на заинтересованный сустав.

При артропатиях эффективны комплексные методы: электрофорез с теплотечением, ультразвук с индуктотермией, либо с высокочастотной терапией, или электрофорезом.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности фототерапии при лечении постинсультной артропатии плечевого сустава.

Материал и методы. Нами пролечено 12 пациентов (7 женщин и 5 мужчин) с ишемическим или геморрагическим инсультом в остром перио-

де (первые 4 недели заболевания), находящихся на стационарном лечении в специализированном неврологическом отделении Минской областной клинической больницы в период с января по март 2016 года. Возраст пациентов колебался от 47 до 74 лет. Оценка силы мышц плеча и плечевого пояса проводилась по шестибальной шкале. У всех пролеченных нами пациентов сила мышц плеча и плечевого пояса соответствовала грубому парезу (ощущение напряжения при попытке произвольного движения, т.е. сила пораженных по отношению к здоровым здоровых мышц составляла 10%). Степень спастичности мышц верхней конечности определялась по модифицированной 6-балльной шкале Ашфорт. У выбранных нами для исследования пациентов мышечный тонус повышался в виде сопротивления возникающего после выполнения не менее половины объема пассивного движения, что соответствовало 2 баллам. Для исследования нами выбраны пациенты с начальными проявлениями артропатии плечевого сустава, т.е. с нерезкой болезненностью при пассивных движениях плеча (отведении, сгибание, разгибание). У пролеченных нами пациентов отсутствовали отечность в области плечевого сустава и выпадение головки плечевой кости из суставной сумки.

Физиотерапевтическое лечение проводилось на фоне базисной медикаментозной терапии и лечебной физкультуры (физиологические укладки, пассивные упражнения на амплитуду движения для паретичных конечностей). Пациентам с артропатией плечевого сустава назначалась фотомagnetотерапия от аппарата импульсной фотомagnetотерапии «ФотоСПОК» (ОДО «Магномед», Беларусь). Сочетание импульсных магнитных полей и оптического поляризованного излучения видимого и инфракрасного диапазонов создает сложно модулированное импульсное магнитное поле специальной формы частотой от 40 до 160 Гц, частотой модуляции 10 Гц и индукцией магнитного поля от 15 до 25 мТл.

Магнитофототерапия осуществлялась по контактной стабильной методике. Нами был выбран вариант воздействия наиболее часто применяемый для лечения болевых синдромов и спазмов [8]. Мы проводили воздействие магнитным полем индукцией магнитного поля в 25 ± 5 мТл в сочетании с красным (620-680 нм; 2 мВт) и инфракрасным (920-960 нм; 4,5 мВт) излучением. Ежедневные процедуры проводились спереди и сзади на плечевой сустав поочередно на 2 поля общей продолжительностью от 10 до 15 минут. В среднем количество процедур на курс лечения составило 7-12.

Для контроля над эффективностью фотомagnetотерапии артропатий плечевого сустава у постинсультных пациентов мы оценивали динамику болевого синдрома при пассивных движениях в плечевом суставе (сгибание, разгибание, отведение). Учитывая разную степень выраженности когнитивных расстройств у постинсультных пациентов оценка боли проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). (рис.1) Каждое из представленных в шкале изображений имеет цифровую оценку в диапазоне от 0 до

10 баллов и словесное описание: 0 – нет боли, 2 – слабая боль, 4 – умеренная, 6 – сильная, 8 – очень сильная, 10 – нестерпимая.



Рисунок 1. Визуально-аналоговая шкала боли

Результаты и обсуждение. Действие и эффективность фотоманнитерапии, как и других сочетанных физиотерапевтических методов, определяется, с одной стороны, физиологическими и лечебными эффектами сочетаемых физических факторов (света и импульсного магнитного поля), а с другой стороны, взаимовлиянием и взаимодействием этих факторов и вызываемых ими сдвигов в организме. Наличие схожих физиологических и лечебных эффектов у двух физических факторов сопровождается синергизмом при их сочетании. Магнитные поля выступают в роли своеобразного поляризатора, что способствует более глубокому проникновению оптического излучения в ткани, улучшению его поглощения [8].

У всех пролеченных пациентов уже после пяти-семи процедур отмечалось уменьшение болевого синдрома от сильной до умеренной по визуально-аналоговой шкале с закреплением эффекта к концу курса лечения. Спастичность мышц верхней конечности, которая определялась по модифицированной 6-балльной шкале Ашфорт, за период лечения значительно не изменялась и сохранялась в пределах 2 баллов. Мышечная сила проксимальных мышц верхней конечности и плечевого пояса у 4 пациентов (мужчин) за время лечения увеличилась на 1 балл и определялась как движение в полном объеме в условиях разгрузки, что соответствует по шестибалльной шкале выраженному парезу.

Таким образом, фотоманнитерапия постинсультной артропатии является терапевтически эффективным методом и может быть включена в комплекс мероприятий медицинской реабилитации пациентов с ОНМК.

Литература

1. Инсульт, этиология, патогенез, классификация, клинические формы, лечение и профилактика. <http://medbookaide.ru/books/fold1002/book1117/p1.php>
2. Белялов, Ф.И. Двенадцать тезисов коморбидности / Ф.И. Беляков // Клиническая медицина. – 2009. № 12. – С.69-71
3. Кадыков, А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова / М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 546 с.
4. Лечение и профилактика дорсопатий и артропатий у больных, перенесших инсульт. http://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/ Lechenie_i_profilaktika_dorsopatii_i_artropatii_u_bolnyh_pereneshih_insulyt/

5. Старостина Г.Х. Влияние спастичности на развитие болевого синдрома в плечевом суставе у больных с мозговым инсультом / Г.Х. Старостина, Л.А. Мухамадеева, Ф.В. Тахавиева // Материалы V Международного конгресса «Нейрореабилитация-2013». М., 2013. – С. 246.

6. Реабилитация после инсульта. http://www.ereading.club/chapter.php/87218/120/Krasnova,_Belyanskaya_-_Reabilitaciya_posle_insul'ta.html

7. Постинсультные артропатии. http://doctorspb.ru/articles.php?article_id=1656

8. Улащик, В.С. Магнитотерапия: теоретические основы и практическое применение / В.С.Улащик и др.; под общ.ред. В.С.Улащика – Минск: Беларуская навука, 2015.

Опыт восстановления независимой ходьбы у пациентов после инсульта

А.Д. Салеева, Е.В. Варешнюк, И.Л. Солнцева, Л.О. Белевцова, П.О. Баев,
Л.К. Роман, И.Н. Василенко, А.В. Данильчук

Украинский научно-исследовательский институт протезирования,
протезостроения и восстановления трудоспособности, г. Харьков, Украина

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – наиболее частая причина инвалидности и смертности пациентов, по данным ВООЗ ежегодно в мире регистрируется 100-300 случаев инсульта на 100 000 населения. В Украине за год регистрируют около 110 тыс. мозговых инсультов, количество которых за последние 5 лет увеличилось в 1,6 раз [1, 2, 3]. Двадцать пять процентов пациентов, которые перенесли инсульт, младше 65 лет. В большинстве случаев (до 80%) у этих больных формируется двигательный дефицит в виде гемипарезов или монопарезов.

Сегодня в Украине активно реформируется область предоставления реабилитационных услуг, большое значение придается организации активной физической реабилитации с учетом мирового современного опыта.

Восстановление и усовершенствование независимой ходьбы – главная цель реабилитации после инсульта и кардинальная для социальной и профессиональной интеграции. Для успешного восстановления нарушенных функций организма необходимо раннее начало реабилитационных мероприятий, сохранение этапности, непрерывности и учет индивидуальных особенностей.

На протяжении процесса восстановления движений у больных с последствиями инсульта патологические синергии приобретают тесную связь со спастичностью и синкинезиями. Формируется характерный паттерн – Вернике-Манна, для нижней конечности это ведет к разгибанию бедра, разгибанию колена, эквиноварусной установке стопы [4, 5] Динамическая деформация стопы является частой причиной падения пациентов, когда возникает "цепляние" большого пальца за пол. Для улучшения функции

опорности нижней конечности и коррекции отвисания стопы используют ортезные системы на нижнюю конечность. [3,6,7].

Цель исследования: восстановление функции опоры и ходьбы у больных после мозговых инсультов.

Материалы и методы: в клинике УкрНИИ протезирования 14-ти пациентам с центральным гемипарезом и нарушением самостоятельного передвижения после мозгового инсульта была предоставлена реабилитационная помощь. Возраст больных от 16 до 66 лет ($41,8 \pm 17,5$) лет, давность инсульта от 8-ми месяцев до 2 лет ($1,7 \pm 0,6$) лет. Спастичность дистальных отделов паретичных нижних конечностей не превышала 3 бала по Ashworth.

С целью разработки плана реабилитации, определения показаний для обеспечения ортезами, а также для оценки результатов реабилитации использовали: клиническое исследование, тестирование функционального состояния пациента по индексу мобильности Ривермид и шкале Бартела, биомеханические исследования для оценки опороспособности и ходьбы. Все больные на протяжении 30 дней получили курс реабилитации, который содержал: индивидуальный курс ЛФК, тренировку ходьбы с инструктором, 20 занятий в роботизированной системе G-ЕО, эрготерапию. Для улучшения функции опорности нижней конечности, коррекции отвисания стопы и профилактики падений 6-ти пациентам были изготовлены бесшарнирные ортезные системы на голеностопный сустав-стопу. Для пациентов с отеками нижних конечностей и спастичностью не более 1 бала по Ashworth разработана конструкция разъемного бесшарнирного ортеза на голеностопный сустав-стопу с изменяемыми объемными параметрами из слоистых пластиков, рисунок 1.



Рисунок 1. Разъемный бесшарнирный ортез на голеностопный сустав-стопу с изменяемыми объемными параметрами, (а) вид конструкции, (б) общий вид сбоку

Пациенты со спастичностью 2-3 бала по Ashworth снабжались динамическим ортезом на голеностопный сустав-стопу из термопластичных материалов с упругими свойствами, рисунок 2.



а



б

Рисунок 2. Динамический ортез на голеностопный сустав-стопу из термопластичных материалов с упругими свойствами, (а) вид конструкции, (б) пациент в ортезе

Результаты. После проведенного курса реабилитации все пациенты освоили независимую ходьбу. Наблюдалась положительная динамика параметров статики и ходьбы, по данным биомеханических исследований у пациентов, которые использовали ортез, коэффициент опорности (КО) повысился с $0,61 \pm 0,10$ до $0,8 \pm 0,04$ (норма $0,98 \pm 0,02$), смещение общего центра давления (СОД) уменьшилось с $28,17 \pm 6,42$ мм до $5,33 \pm 1,87$ мм (норма $2,86 \pm 1,00$) мм. После реабилитации КО повысился на $0,14 \pm 0,15$, смещение СОД уменьшилось на $15 \pm 1,7$ мм, увеличилась величина переднего толчка паретичных конечностей при ходьбе на 26%, скорость ходьбы увеличилась с $1,31 \pm 0,10$ км/ч до $1,87 \pm 0,47$ км/ч, увеличилась длина двойного шага на $0,21$ м.

По данным тестирования пациенты со значительной зависимостью от посторонней помощи (индекс Бартела $50 \pm 10,5$ баллов, шкала Ривермид $5 \pm 1,50$ баллов) после курса реабилитации повысили свой уровень функционирования: по индексу Бартел $80 \pm 10,5$ баллов, по шкале Ривермид $6 \pm 1,5$ и достигли умеренной зависимости. Больные с умеренной и степенью зависимости повысили свой функциональный уровень практически до максимальных оценок тестов: по данным индекса Бартел $95 \pm 10,5$, по шкале мобильности набрали $14 \pm 1,0$ баллов

Выводы. Ортезирование нижних конечностей пациентов после инсульта дает возможность более эффективно проводить реабилитационные

мероприятия и осваивать независимую ходьбу. Разработанный курс реабилитации, дополненный роботизированной кинезотерапией, достоверно повышает функциональные возможности больных после мозговых инсультов.

Литература

1. Kolominsky-Rabas, PL, Heuschmann PU, Marschall D, Emmert M, Baltzer N, Neundorfer B, Schffski O, Krobot KJ. Lifetime cost of ischemic stroke in Germany: Results and national projections from a population-based stroke registry: The Erlangen Stroke Project. *Stroke*. 2006;37(5):1179–83. [PMID:16574918] <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000217450.21310.90>.
2. Findings from the Global Burden of Disease Study 2010 / Feigin V.L., Forouzanfar M.H., Krishnamurthi R. Global and regional burden of stroke during – 1990-2010: // *Lancet*. 2014. Jan. P. 245-254.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 6023. Реабілітація, профілактика і лікування ускладнень та планування виписки при ішемічному інсульті Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах.
4. Клочков, А.С. Роботизированные системы в восстановление навыка ходьбы у пациентов, перенесших инсульт / А.С. Клочков / Автореф. дис. канд. мед. наук. – Москва, – 2012.
5. Яворская, В.А. Восстановление двигательных функций после инсульта: современный взгляд на лечение спастичности / В.А. Яворская, Ю.В. Фломин, А.В. Гребенюк // *Украинский неврологический журнал*. – 2010. – №2. – С. 2-30.
6. Яворская, В.А. Восстановление двигательных функций после инсульта: современный взгляд на лечение спастичности / В.А. Яворская, Ю.В. Фломин, А.В. Гребенюк // *Украинский неврологический журнал*. – 2010. – №2. – С. 2-30.
7. <http://professionals.ottobock.ru>.

Функциональные ортезы для пациентов с последствиями заболеваний голеностопного сустава, стопы

А.Д. Салеева, И.Л. Солнцева, И.О. Хмелевская, Л.О. Белевцова, Е.К. Гришко

Украинский научно-исследовательский институт протезирования,
протезостроения и восстановление трудоспособности, г. Харьков, Украина

Анатомо-физиологические особенности голеностопного сустава, стопы, разнообразие видов повреждений этой области, исключительная реактивность суставов обуславливают сложность реабилитации пациентов с патологиями и повреждениями голеностопного сустава, стопы [2].

Биомеханические особенности голеностопного сустава требуют для нормальной локомоции стопы сохранения анатомически правильной «архитектуры» этого сустава. Даже при незначительном сдвиге стопы нарушается проекция центра веса на плоскость опоры, возникает неправильное распределение нагрузки на плоскость таранной кости и, как результат, нарушение функции и опороспособности конечности при постоянном болевом синдроме.

Одним из наиболее часто встречающихся осложнений при повреждении голеностопного сустава является повреждение связочного аппарата: подвывихи и вывихи стопы, деформирующие артрозы, контрактуры в по-

рочном положении стопы, что является причиной нестабильности в области голеностопного сустава [1]. Снижение амортизационных свойств стопы приводит к развитию остеоартроза и деформациям не только сустава стопы, но и всей нижней конечности. При артрозе в суставе происходят дегенеративные изменения, которые являются причиной формирования патологической установки стоп и, со временем, их деформации.

Одна из частых причин деформаций стоп является следствие неврологических заболеваний. Дисбаланс мышечного тонуса (спастический или низкий тонус), дислокации в суставах формируют варусную или вальгусную деформацию стоп, приведение переднего отдела стопы, полую деформацию.

Общепринятым подходом к реабилитации больных с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата в части деформации стоп является комплексное лечение, которое включает медикаментозные, физиотерапевтические мероприятия и, как необходимая составляющая, обеспечение пациентов ортезными системами. Задачей ортезирования является коррекция отдельных двигательных сегментов, иммобилизация конечности и удержание стопы в физиологически правильном положении, а кроме того, разработка движений в суставах и восстановление утраченных моторных функций. Существует широкий спектр средств для обеспечения этих функций, представленный разнообразными конструкциями шарнирных и бесшарнирных ортезов на голеностопный сустав и стопу, как правило изготавливаемых из жестких материалов (термопластичные листовые материалы, слоистые пластики и т.п.). Такие ортезы обеспечивают хорошую статическую структурную установку суставов и коррекцию положения стопы, удерживают подтаранный сустав в нейтральной позиции и сохраняют медиальный продольный свод стопы. Однако, конструкции ортезов, захватывающие только голеностопный сустав-стопу, не обеспечивают достаточной динамической устойчивости при ходьбе, а конструкции ортезов стопа-голеностопный сустав-голень ограничивают движение суставных поверхностей и подошвенное сгибание, что сказывается на динамике ходьбы, осложняет ходьбу по пересеченной местности [7]. В случае шарнирных ортезов – шарниры значительно увеличивают вес и объем ортеза. Такие ортезы не всегда косметичны, более громоздки, требуют использования специальной обуви. Кроме того, длительный контакт кожного покрова конечности с твердой поверхностью ортеза в режиме постоянного давления приводит к возникновению нарушения мягких тканей (омозололости, натоптыши и потертости). Эти факторы, в случае у детей, а так же и взрослых пациентов, зачастую являются причиной ограничения их пользования.

Использование в конструкциях ортезов новых современных материалов, таких как силиконовые эластомеры и препреги, и создание на их основе функциональных ортезов, позволит решить эти проблемы.

Цель данной работы: является разработка конструкций функциональных ортезов на основе современных материалов, которые позволят обеспечить большую функциональную стабильность при ходьбе пациентов в сочетании с жесткой фиксацией голеностопного и подтаранного суставов.

Материалы и методы.

Для решения этой задачи было выделено две группы пациентов.

Первая группа – больные с нарушением функции стопы в результате неврологических заболеваний (так называемая «падающая стопа»);

Вторая группа – больные с патологическими установками нижних конечностей вследствие поражения центральной или периферической нервной систем;

При разработке конструкций функциональных ортезов использовались новые материалы, разработанные специально для протезно-ортопедических изделий: Термосил - материал на основе силиконовой резиновой смеси, и препрег – слоистый пластик на основе комбинации стекло- и углеткани, пропитанных полиэфирной смолой.

Термосил - это материал с уникальным комплексом свойств. Помимо высоких деформативно-прочностных характеристик, он обладает упруго-эластическими свойствами, позволяющими реализовывать в изделии растягивающе-сжимающие усилия, благодаря которым возможно обеспечение в изделии функции фиксации при сохранении эластичности [5]. Термосил имеет несколько марок с разными значениями твердости, которые без проблем соединяются друг с другом при изготовлении изделия. Это позволяет обеспечить, при необходимости, разную жесткость отдельных участков изделия одним и тем же материалом. Препрег отличается высокими физико-механическими характеристиками (прочность и жесткость), что позволяет изготавливать изделия с малой толщиной стенки (до 3 мм) и незначительной массой [4].

В УкрНИИпротезирования разработано несколько новых конструкций функциональных ортезов для каждой из выделенных групп пациентов с учетом характера патологии.

Для пациентов первой группы характерна медленная ходьба с отсутствием переката в переднем и заднем отделах стопы, наличие эквинуса в фазе переноса и шлепанье стопы в период начального контакта. Задачей ортезирования таких пациентов является восстановление нормального характера ходьбы и снижение энергетических затрат при ходьбе. Традиционный бесшарнирный ортез с задней пружиной из жестких материалов фиксирует стопу в нормальном физиологическом положении, подталкивая ее снизу. Однако он ограничивает движение в голеностопном суставе и подошвенной части стопы, что затрудняет движение по пересеченной местности (рисунок 1 а).

Для этой категории больных разработан тотальноконтактный эластичный ортез. Он имеет вид «башмачка» из Термосила с твердостью $T_{\text{шор}}=35$ у.е., который плотно охватывает голеностопный сустав-стопу-голень. По передней поверхности голени и тыльной поверхности стопы ортез упрочнен пелотами из Термосила с $T_{\text{шор}}=55$ у.е. (рисунок 1б). Благодаря такой конструкции ортез поднимает стопу сверху, что является физиологически более естественным. За счет тотального контакта ортез прочно удерживает стопу в физиологически выгодном положении, а благодаря упруго-эластичным свойствам Термосила сохраняется подвижность голеностопного сустава и суставов стопы и обеспечивается хорошая адаптация с любой обувью.



**Рисунок 1. Бесшарнирные ортезы на голеностопный сустав-стопу:
а – жесткий ортез из препрега; б – эластичный тотальноконтактный
силиконовый ортез**

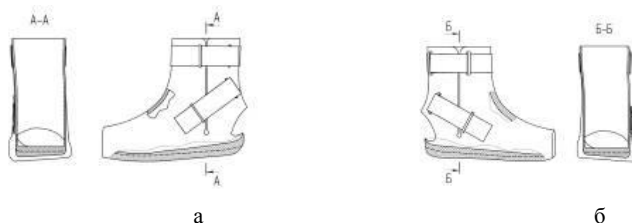
Пациенты второй группы с патологическими установками сегментов нижних конечностей вследствие центральных и периферических парезов со слабой спастичностью мышц (1÷2 балла) и значительной силой мышц (4÷5 баллов) имеют, как правило, вальгусную или варусную установку стопы в сочетании с укорочением конечности или приведением переднего отдела. Эти больные требуют обеспечения ортезами для коррекции патологической установки конечности, фиксации конечности в среднефизиологическом положении без ограничения или с минимальным ограничением движения. Для пациентов этой группы для коррекции патологической установки конечности разработан тотальноконтактный эластичный ортез, имеющий вид «башмачка» из Термосила с твердостью по $T_{\text{шор}}=35$ у.е., который плотно облегают голеностопный сустав-стопу-голень. Для обеспечения необходимой функции (коррекция варусной или вальгусной установки, удержание конечности в физиологически выгодном положении, улучшение устойчивости и рисунка ходьбы) «башмачок» дополнен супи-

наторами, пронаторами, пелотами в области края переднего отдела стопы, компенсирующим укорочение коском, выполненными из Термосила с $T_{\text{шор}}=55$ у.е. (рисунок 2).

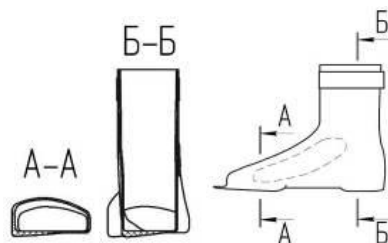


Рисунок 2. Эластичный ортез из Термосила на голеностопный сустав-стопу: а – общий вид ортеза; б – больной в ортезе

На рисунках 3 и 4 показаны схемы размещения корректирующих элементов для обеспечения необходимой функции.



**Рисунок 3 – Схема размещения корректирующих элементов:
а – при вальгусной установке стопы и укорочении;
б – при варусной установке стопы и укорочении**



**Рисунок 4. – Схема размещения корректирующих элементов
при приведении переднего отдела стопы**

Трехлетний опыт обеспечения пациентов такими ортезами показал эффективность их применения. У больных достигается коррекция патологических установок, улучшается опороспособность и ходьба [3].

Выводы

Использование новых современных материалов, предназначенных для изготовления протезно-ортопедических изделий, позволило разработать функциональные ортезы, как эластичные, так и жесткие. Разработанные конструкции ортезов на голеностопный сустав-стопу позволяют осуществлять коррекцию патологических установок, фиксацию голеностопного и подтаранного суставов с одновременным сохранением функциональных возможностей нижней конечности.

Литература

1. Коваленко, В.П. Остеоартроз: Практическое руководство / В.П. Коваленко, О.П. Боршкевич. – К. Морион, 2003. – 448 с.
2. Корж, Н.А. О лечебной тактике при свежих повреждениях голеностопного сустава / Н.А. Корж, Е.М. Мателенок, В.В. Бурлака // Ортопед. травматол. – 2004. – № 1. – С. 6-12.
3. Салеева, А.Д. Современный подход к коррекции патологических установок конечностей у больных с последствиями травм и неврологических заболеваний / А.Д.Салеева, В.А.Кузин, И.Н.Чернышова [и др.]//Вестник гильдии протезистов. – 2013. – №2. – С.12-14.
4. Солнцева, И.Л. Расширение номенклатуры ортезов нижних конечностей за счет использования препрега / И.Л. Солнцева, И.О. Хмелевская, А.А. Луковенко [и др.]// Ортопед. травматол. – 2009. – № 2. – С. 102-103.
5. Хмелевская, И.О. Использование ортезов из силиконового материала для реабилитации детей с ортопедическими проявлениями неврологических заболеваний /И.О. Хмелевская, И.Л. Солнцева, И.Н. Чернышова [и др.]// Ортопед. травматол. – 2013. – № 3. – С. 33-38.
6. Хмелевская, И.О. Оценка влияния силиконового ортеза на ходьбу пациентов с патологией «падающая стопа»/И.О.Хмелевская. Л.К.Роман, Р.А.Бобошко [и др.]// Ортопед. травматол. – 2012. – № 2. – С. 80-83.
7. Bolkart, В. Функциональное обеспечение конечностей детей с гипо- и гипертонусом / В. Bolkart // ОТ. – 2009. – № 12. – С. 858-866.

Основные результаты выполнения отраслевой научно-технической программы «Экспертно-реабилитационные технологии» в 2013-2015 гг.

В.Б. Смычек, Л.Г. Казак, Э.Э. Вальчук

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»
пос. Городище, Республика Беларусь

Интенсивное развитие отрасли здравоохранения потребовало, чтобы белорусская медицинская наука определила для себя ориентиры развития, выхода на передовые позиции мировой науки, обеспечила перевод здравоохранения на путь инновационного развития. В настоящее время возрастает требовательность к науке со стороны общества: в ближайшем будущем медицинская наука должна повысить эффективность и результативность в

виде новейших техники, технологий, инноваций, а также в виде распространения и существенного повышения уровня знаний медицинских специалистов.

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации является ведущим в республике научным учреждением, обладающим приоритетом разработки научно обоснованных мероприятий по снижению трудопотерь на основе проведения с использованием современных информационных технологий эпидемиологического мониторинга показателей инвалидности и временной нетрудоспособности в республике и регионах, разработке методов и технологий медицинской и медико-профессиональной реабилитации пациентов. Научный коллектив Центра представлен сотрудниками, имеющими научные степени доктора наук и кандидатов медицинских наук, обладающих научно - практическим опытом работы в организациях здравоохранения республики. Центр обладает достаточной клинической базой для выполнения исследований, в своем составе имеет реабилитационные стационарные отделения и консультативно-поликлиническое отделение. В настоящее время финансирование научно-технических проектов основано на программно-целевых методах планирования и контроле внедрения результатов исследований в практическое звено здравоохранения. Выполнение наших научных исследований базируется на анализе и оценке международного и национального опыта, строится с учетом нужд системы здравоохранения, в частности службы медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации. Выполнение сложных исследований проводится научными работниками с участием профильных учреждений, что позволяет реализовать исследования в короткие сроки, получать достоверные результаты и экономить ресурсы. Принципиальное значение для организации научной деятельности центра имеет привлечение к участию в реализации НИР специалистов практического звена здравоохранения, это особенно важно для содействия внедрению научных разработок в практику, сближения науки и практической деятельности врачей-специалистов. Все это обеспечивает выполнение научных исследований на высоком научно-методическом уровне, позволяет усилить целевую ориентацию исследований на решение приоритетных проблем медицинской экспертизы и реабилитации, повысить результативность НИР; ускорить и расширить внедрение научной продукции в практику.

В 2015г. научно-практическим коллективом Центра успешно завершено выполнение трехлетней отраслевой научно-технической программы «Экспертно-реабилитационные технологии». Научно-исследовательские работы ОНТП велись в рамках выполнения 26 заданий, из них 16 НИР выполнялись ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», 10 заданий - ведущими научными организациями Министерства здравоохранения республики: ГУ «РНПЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии»,

ГУ «РНПЦ оториноларингологии», ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии», ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», ГУ «РНПЦ «Кардиология», ГУ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, УО «Белорусский государственный медицинский университет» и проч.

В результате выполнения заданий программы получены интересные в научном отношении и значимые для практического применения результаты: новые экспертные методики и технологии, повышающие качество и объективность экспертных решений; высокотехнологичные методы медицинской реабилитации, включая программы реабилитации, комплексные методики медицинской реабилитации, протоколы медицинской реабилитации пациентов при ряде нозологий; автоматизированные системы и прикладное программное обеспечение для целей медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

По результатам выполнения задания «Разработать и внедрить систему определения процентов утраты общей трудоспособности, применить модель определения инвалидности: три группы инвалидности и проценты утраты общей трудоспособности» разработана и предложена для межведомственного обсуждения принципиально новая модель определения инвалидности, включающая одновременное определение степени утраты общей трудоспособности и группы инвалидности, что научно обосновывает дифференцированный подход к назначению объема социальных выплат инвалидам с одинаковой группой инвалидности, позволит в перспективе назначать им разный объем реабилитационной помощи.

Научно-практическим результатом ряда завершенных заданий программы («Разработать критерии оценки степени утраты здоровья у детей с основной инвалидизирующей патологией», «Разработать и внедрить систему экспертно-реабилитационной помощи пациентам с сахарным диабетом 2 типа на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья». «Разработать и внедрить систему экспертно-реабилитационной помощи пациентам после перенесенной трансплантации органов (печени, почек, сердца)» и др.) явились количественные критерии оценки ограничения жизнедеятельности у больных и инвалидов, прежде всего, ориентированы на принципиально новый экспертный подход к оценке функций и структур организма, активности и участия, контекстовых факторов и доменов на основе МКФ, применимых у пациентов с различной инвалидизирующей патологией. Расширение традиционных экспертно-диагностических критериев позволит значительно повысить прогностическую информативность экспертно-реабилитационной диагностики с доказательным обоснованием определения инвалидности, оценки реабилитационного прогноза и реабилитационного потенциала пациентов для определения их нуждемости в различных видах реабилитации.

Методической основой первичной профилактики инвалидности и снижения ее тяжести являются технологии реабилитации пациентов, ориентированные для реализации в соответствии с рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения на амбулаторном и стационарном этапах реабилитации. На сегодняшний день существует высокая востребованность внедрения в организациях здравоохранения новых технологий реабилитации пациентов с высоким риском выхода на инвалидность после ряда острых и хронических заболеваний и травм, комплексных методов медицинской реабилитации пациентов после кардиохирургических, нейрохирургических, онкологических и других сложных и высокотехнологичных методов лечения. Результаты выполненных научных исследований позволяют повысить эффективность реабилитационных мероприятий, снизить сроки стационарного и амбулаторного лечения пациентов, количество посещений в поликлинику, уменьшить сроки временной нетрудоспособности пациентов, предупредить наступление инвалидности. Достижение социально-экономического эффекта после внедрения разработок в практическое здравоохранение будет обеспечено за счет минимизации инвалидизирующих проявлений основного заболевания и его последствий, повышения качества жизни пациентов, расширении всех аспектов их независимости, включая бытовую, экономическую и социальную. Основными значимыми результатами завершенных заданий являются создание технологии этапной реабилитации пациентов с симптоматической эпилепсией, обусловленной заболеваниями центральной нервной системы, включающий: выбор объекта реабилитации и предмета реабилитации; экспертно-реабилитационную диагностику; оценку реабилитационного потенциала, прогноза реабилитации; медицинскую экспертизу (с оценкой категорий и степени ограничений жизнедеятельности, степени риска инвалидизации); формирование и практическое выполнение индивидуальной программы реабилитации; оценку эффективности реабилитационных мероприятий и формирование дальнейшего реабилитационного маршрута этих пациентов. Разработанные программы реабилитации пациентов с симптоматической эпилепсией включают медикаментозную реабилитацию, психологическую реабилитацию, физическую реабилитацию, диетотерапию. Впервые определены характер и степень влияния симптоматической эпилепсии на состояние профессионально значимых функций и качеств, разработаны аспекты оценки профессиональной пригодности и способности к выполнению профессиональной деятельности.

Важным практическим результатом завершилось выполнение задания «Разработать и внедрить систему оказания лечебно-реабилитационной помощи детям с ожоговым поражением пищевода»: впервые в республике разработана дифференцированная программа медицинской реабилитации детей с последствиями ожога пищевода, в том числе после применения биодegradабельных стентов, созданы критерии оценки степени ожогового

поражения пищевода и степени рубцового сужения пищевода, научно обоснована, разработана и клинически апробирована система оказания реабилитационной помощи детям на лечебно-реабилитационном этапе оказания медицинской помощи и этапе ранней и поздней реабилитации детей.

Успешно завершена научно-исследовательская работа «Разработать и внедрить научно обоснованную технологию повышения эффективности комплексной реабилитации инвалидов, на основе использования автоматизированной информационно-справочной системы реабилитационного потенциала региона», направленная на совершенствование персонифицированного учета инвалидов и оптимизацию информационного обеспечения службы медико-социальной экспертизы и реабилитации. Созданная информационно – справочная система отражает актуальный реабилитационный потенциал регионов республики в виде перечней наименований организаций, оказывающих реабилитационные услуги, позволяет осуществлять их назначение в медико-реабилитационных экспертных комиссиях, осуществлять мониторинг и аудит результатов реабилитации инвалидов. В результате внедрения автоматизированной системы в практику работы МРЭК станет возможным актуальное и оперативное использование баз данных при осуществлении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, проведение анализа и прогнозирование инвалидности, ее причин, оценка фактической реализации индивидуальных программ реабилитации, а в перспективе - и оценка расходования бюджетных средств, затраченных на реабилитацию.

Вопросы профессиональной пригодности и профессиональной реабилитации пациентов и инвалидов относятся к экспертной деятельности ВКК и МРЭК, являются наиболее сложными в практической работе врачей-экспертов. Задача разработки и внедрения в деятельность МРЭК и ВКК новых методик и технологий профессионального консультирования, направленных на своевременное решение экспертных вопросов о профессиональной трудоспособности пациентов, организации и проведения их профессиональной реабилитации решена в результате выполнения научно-исследовательской работы «Разработать комплекс экспертных оценок, ориентированных на критерии Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ) для установления социальной (не-) достаточности (инвалидности) по показателю способности к осуществлению трудовой деятельности лиц с ограничениями жизнедеятельности, для использования в практике медицинской экспертизы и реабилитации». Предложены к использованию новые экспертно-диагностические критерии доступности труда и профессионально-производственной среды лиц с ограниченными возможностями, эти экспертные критерии должны быть внедрены в практическую работу специалистов кабинетов медико-профессиональной реабилитации для уточнения

трудовых возможностей инвалидов при оценке их способности к трудовой деятельности.

Способствовать повышению качества, доступности и эффективности медицинской реабилитации через внедрение новых организационных реабилитационных технологий на всех этапах оказания реабилитационной помощи пациентам будет внедрение новой технологии этапной медицинской реабилитации пациентов после завершения хирургического и специального лечения новообразований женской половой сферы. Разработанная технология включает организационные принципы этапной медицинской реабилитации пациентов с онкологической патологией после хирургического и специального лечения злокачественных новообразований женских половых органов, принципы составления и содержания программы медицинской реабилитации пациенток после хирургического и специального лечения злокачественных новообразований женских половых органов и особенности применения методов и отдельных методик медицинской реабилитации. Предложена к использованию в практике медико-организационная модель преемственности и взаимодействия специализированных онкологической и реабилитационной служб по оказанию этапной реабилитационной помощи женщинам трудоспособного возраста после завершения радикального лечения злокачественных новообразований органов женской половой сферы.

Важное значение для совершенствования работы службы медицинской экспертизы представляет разработка методических и организационно-технологических аспектов повышения качества системы экспертизы временной нетрудоспособности, включающих организацию взаимодействия субъектов экспертного процесса. В рамках завершеного этапа исследования «Разработать и внедрить систему управления качеством и внутреннего контроля экспертизы временной нетрудоспособности в организациях здравоохранения» проведены анализ заболеваемости с временной нетрудоспособностью в Республике Беларусь, причин заболеваемости с ВН; оценка достоверности представленной статистической информации с учетом региональных особенностей и классов болезней; выявлены основные тенденции в состоянии здоровья населения республики, негативные отклонения статистических показателей. С целью предупреждения возникновения аналогичных отклонений, повышения достоверности и объективности предоставляемой статистической информации определены основные требования к проведению анализа заболеваемости с ВН в республике. В процессе проведения оценки и анализа качества оказания медицинской помощи и экспертизы ВН в организациях здравоохранения выявлены дефекты проведения экспертизы ВН, оценки нарушений функций органов и систем организма, стойких ограничений жизнедеятельности, клинического и трудового прогнозов, оформления медицинских документов (медицинских карт амбулаторного больного, эпикризов, направлений на медико-социальную

экспертизу) и учетно-отчетных документов по вопросам проведения экспертизы ВН. С учетом полученных данных предложен перечень мероприятий, направленных на улучшение качества оказания медицинской помощи и проведения экспертизы ВН. В рамках задания проведен анализ действующей организационно-функциональной структуры ЭВН, ее информационного обеспечения, качества оказания медицинской помощи и экспертизы ВН в организациях здравоохранения. На основании полученных в ходе исследования результатов, предложена методика комплексной оценки качества экспертизы ВН в организациях здравоохранения, алгоритм процесса экспертизы ВН. Разработаны: перечень единых требований к проведению внутреннего контроля качества экспертизы ВН; виды внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи, экспертизы ВН (плановый, целевой, предупредительный, контроль результата), определены цели проведения контроля, основания, сфера применения результатов контроля, основные функции организации здравоохранения по контролю качества оказания медицинской помощи и проведения экспертизы ВН. В результате завершённого этапа исследования разработана методика внутреннего контроля экспертизы ВН в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включающая перечень критериев оценки качества оказания медицинской помощи, экспертизы ВН.

В рамках выполнения этапа этой научно-исследовательской работы внесены изменения и дополнения в нормативные правовые акты Министерства здравоохранения Республики Беларусь: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.10.2015 г. №105 «О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 декабря 2014 г. №104»; Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 30.10.2015 №107/67 «О некоторых вопросах выдачи и оформления листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности»; Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.10.2015 г. №106 «О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 января 2012 г. № 1». Разработан перечень заключений ВКК, выдаваемых государственными, в том числе ведомственными организациями здравоохранения, а также сроков их действия, который рекомендован к использованию в работе ВКК (письмо Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 02-4.10/736 100 от 02.06.2015 г.). Научно-исследовательская работа будет продолжена в дальнейшем.

Основными итогами завершённой отраслевой научно-технической программы явились следующие:

создано 16 новых методов и методик медицинской экспертизы и реабилитации;

разработано 3 программных средства, 6 технологических процессов, 5 производственных технологий;

подготовлено и представлено в республиканские органы государственного управления 15 научно-аналитических материалов, 5 записок с предложениями, опубликовано свыше 30 научных работ, из которых 2 являются книжными изданиями, 16 научными статьями и докладами, 12 тезисами на международных и отечественных конференциях. Подано 3 заявки на получение охранных документов на объекты интеллектуальной собственности. С участием исполнителей заданий организовано 5 научных конференций, 7 семинаров и школ.

Министерством здравоохранения утверждено для использования в практической деятельности 32 инструктивно-технических документа.

Таким образом, итоги выполнения трехлетней отраслевой научно-технической программы «Экспертно-реабилитационные технологии» характеризуют их значимость, а результаты, полученные в рамках выполненных заданий и разработок, найдут широкое применение в практике.

К вопросу концепции новой отраслевой научно-технической программы «Реабилитация, экспертиза, предупреждение инвалидности»

В.Б. Смычек, Э.Э. Вальчук, Л.Г. Казак, А.В. Копыток, Е.В. Богомазова

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Одной из глобальных проблем современного мирового общества, по мнению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), является проблема инвалидности. Это связано с тем, что неполнофункциональные граждане имеют больше неудовлетворенных потребностей, связанных со здоровьем и реабилитацией, работой и существованием в семье и в обществе, чем население в целом. В настоящее время по данным ВОЗ более одного миллиарда человек в мире является инвалидами, что составляет приблизительно 15% мирового населения. Число инвалидов продолжает расти, что связано с постарением населения и глобальным увеличением его заболеваемости. Наблюдается рост дорожно-транспортного травматизма, ухудшение экологической ситуации, увеличение числа стихийных бедствий, тяжелых социальных явлений, наркомании, алкоголизма. Все это оказывает прямое влияние на рост инвалидности в каждой конкретной стране.

Реабилитация инвалидов и их социальная поддержка являются одним из ключевых приоритетов государственной социальной политики. Экспертно-реабилитационное направление в научной деятельности имеет определяющее значение в формировании предложений по проведению социальной политики государства в отношении инвалидов, результаты науч-

ных исследований способствуют выработке основных направлений совершенствования законодательства Республики Беларусь в области реабилитации и социальной защиты лиц с ограниченными возможностями, содействуют успешной реализации стратегических задач социально-экономического развития Республики Беларусь для обеспечения ее национальной безопасности и благополучия.

Конечной целью реабилитации является повышение качества жизни больных и инвалидов, их социальная интеграция в общество, в семью, в трудовой коллектив, а стратегической задачей реабилитации должна являться социальная интеграция реабилитанта и обеспечение ему приемлемого качества жизни, т.е. достижение удовлетворенности человека своим физическим, психическим состоянием и социальным статусом. Неблагополучные тенденции в показателях здоровья и в демографическом развитии выдвигают реабилитацию больных и инвалидов на одно из стратегических направлений деятельности социальных институтов нашего общества.

Несмотря на значительные успехи в области информатизации здравоохранения, информационные ресурсы в отношении инвалидов и показателей инвалидности до сегодняшнего времени существуют в условиях отсутствия единой системы учета в виде обособленных ведомственных информационных систем, существенно отличающихся по целям создания и функционирования, структурам и качеством данных. Содержащиеся в данных информационных системах сведения об инвалидах не всегда доступны иным органам государственной власти, органам местного самоуправления для оперативного практического использования. Внутриведомственный характер информационно-коммуникационных технологий не позволяет обеспечить координацию и межведомственное взаимодействие при осуществлении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, осуществлять мониторинг и аудит результатов реабилитационных услуг. Использование различных информационных технологий (форматов данных, протоколов обмена и др.), низкий уровень автоматизации и отсутствие всеобъемлющей унифицированной классификации, справочников и других документов информационно-методического характера ограничивают возможности интеграции, обобщения и комплексного анализа информации с области реабилитации, содержащейся в различных системах, а также затрудняют доступ к указанным государственным ресурсам организаций и граждан. В результате осложняется актуальное и оперативное использование баз данных при осуществлении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, проведении анализа и прогнозировании инвалидности, ее причин, реализации индивидуальных программ реабилитации, а также при оценке эффективности предоставленных реабилитационных услуг и расходования бюджетных средств. В связи с этим запланированы задания, направлены на совершенствование персонифицированного учета

инвалидов и оптимизацию информационного обеспечения службы медицинской экспертизы и реабилитации.

Действующие классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы в республике Беларусь разработаны на основе Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН, 1980 г.) не в полной мере обеспечивают объективность и достоверность оценки ограничений жизнедеятельности инвалидов, с учетом влияния на их жизнедеятельность факторов окружающей среды, что не позволяет разрабатывать и осуществлять эффективные индивидуальные программы реабилитации инвалидов. В связи с этим необходима разработка новых подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации. Достижение поставленной цели возможно при решении задачи создания условий для объективизации оценок ограничений жизнедеятельности инвалидов, потребностей инвалидов в различных видах реабилитации, для чего необходимо разработать новые классификации, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы с учетом МКФ. С целью более эффективного функционирования системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, необходим эволюционный переход на использование МКФ в оценке здоровья населения во всех организациях здравоохранения, осуществляющих медико-социальную экспертизу и медицинскую реабилитацию пациентов. Распространение положений МКФ не только для установления инвалидности в деятельности МРЭК, но и в деятельности всех учреждений здравоохранения и социальной сферы является условием, которое позволит унифицировать подход к медико-социальной реабилитации инвалидов, что вытекает из целей создания МКФ. На реализацию этой цели направлены отдельные запланированные задания программы.

Применение предусмотренной МКФ классификации функций и структур организма, активности и участия, в том числе по степени выраженности, а также факторов окружающей среды, позволит с высокой степенью достоверности и объективности оценивать здоровье индивида с биологической, психологической и социальной точек зрения и определять его нуждаемость в различных видах реабилитации. Для обеспечения принятия объективных экспертных решений МРЭК одним из заданий программы предусматривается разработать и нормативно установить кодификатор категорий инвалидности в зависимости от вида и тяжести ограничения жизнедеятельности с выделением основных групп инвалидов, дифференцированных по преимущественному виду помощи, в которых они нуждаются.

Методической основой первичной профилактики инвалидности и снижения ее тяжести являются технологии реабилитации пациентов, ориентированные для реализации в соответствии с рекомендациями Всемир-

ной Организации Здравоохранения на амбулаторном и стационарном этапах реабилитации. На сегодняшний день существует высокая востребованность научного обоснования, разработки и внедрения в организациях здравоохранения новых технологий реабилитации пациентов с высоким риском выхода на инвалидность после ряда острых и хронических заболеваний и травм, комплексных методов медицинской реабилитации пациентов после кардиохирургических, нейрохирургических, онкологических и других сложных и высокотехнологичных методов лечения. Результаты запланированных к выполнению научных исследований позволят повысить эффективность реабилитационных мероприятий, снизить сроки их стационарного и амбулаторного лечения, количество посещений в поликлинику, уменьшить сроки временной нетрудоспособности пациентов, предупредить наступление инвалидности. Достижение социально-экономического эффекта после внедрения разработок в практическое здравоохранение будет обеспечено за счет минимизации инвалидизирующих проявлений основного заболевания и его последствий, повышения качества жизни пациентов, расширении всех аспектов их независимости, включая бытовую, экономическую и социальную.

Вопросы профессиональной пригодности и профессиональной реабилитации пациентов и инвалидов относятся к экспертной деятельности ВКК и МРЭК, являются наиболее сложными в практической работе врачей-экспертов. Исследование, разработка и внедрение в деятельность МРЭК и ВКК новых методик и технологий профессионального консультирования, направленных на своевременное решение экспертных вопросов о профессиональной трудоспособности пациентов, организации и проведения их профессиональной реабилитации, направленной на полное или частичное восстановление трудоспособности, включающей профессиональную ориентацию, профессиональную подготовку и повышение квалификации инвалидов решаются в нескольких запланированных к выполнению заданиях ОНТП.

Учитывая вышеизложенное, с 2016 года началась реализация новой отраслевой научно-технической программы «Реабилитация, экспертиза, предупреждение инвалидности», целью которой является повышение качества, объективности, доступности и эффективности медицинской экспертизы и реабилитации путем разработки и внедрения новых методов и технологий реабилитации и медико-социальной экспертизы.

Основными направлениями достижения цели являются:

- повышение уровня объективности оценки ограничений жизнедеятельности инвалидов и обоснованности назначения методов и средств реабилитации инвалидов;
- повышение доступности и эффективности медицинской реабилитации на всех этапах оказания реабилитационной помощи пациентам;

- разработка инновационных подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с учетом положений МКФ;

- совершенствование персонафицированных данных учета инвалидов; учета и анализа показателей первичной инвалидности, заболеваемости с временной нетрудоспособностью работающих;

- улучшение межведомственного взаимодействия при проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;

- разработка высокотехнологичных методов и комплексных технологий медицинской реабилитации при основных нозологических формах инвалидизирующих заболеваний.

При этом планируется решение следующих задач:

1. Разработать новые современные технологии реабилитации в условиях развития единой сети реабилитационной помощи на различных этапах и уровнях ее оказания: медицинском, профессиональном, социальном.

2. Разработать автоматизированные информационно-коммуникационные системы для мониторинга персонафицированных данных инвалидов, аудита, анализа и оценки эффективности реабилитации инвалидов с учетом межведомственного исполнения индивидуальной программы реабилитации инвалидов.

3. Усовершенствовать подходы к решению вопросов временной нетрудоспособности и решению экспертных вопросов деятельности врачебно-консультационных экспертных комиссий организаций здравоохранения в отношении взрослых и детей.

4. Разработать критерии медико-социальной эффективности высокотехнологичной медицинской помощи, разработать и создать систему контроля и управления качеством медицинской помощи на всех уровнях ее оказания.

5. Разработать научно-обоснованные эволюционные подходы к переходу на Международную классификацию функционирования ограниченной жизнедеятельности и здоровья.

6. Разработать методические и организационно-технологические аспекты повышения качества системы экспертизы временной нетрудоспособности, включающие оптимизацию информационного обеспечения, алгоритмизацию проведения экспертизы временной нетрудоспособности, организацию взаимодействия субъектов экспертного процесса.

7. Разработать и усовершенствовать технологии проведения медико-социальной экспертизы при последствиях различных заболеваний и травм, высокотехнологичных методов лечения, направленные на повышение качества и объективности экспертных решений.

Решение поставленных задач и внедрение новых научных разработок в практику здравоохранения позволит достичь: медицинского эффекта – за

счет повышения доступности реабилитационной помощи, минимизации и преодоления структурно-функциональных нарушений, приводящих к формированию ограничений жизнедеятельности пациентов, восстановлению их активной независимой жизни и трудоспособности; экономического эффекта – за счет снижения показателей заболеваемости с временной нетрудоспособностью, первичной инвалидности и ее тяжести; социального эффекта – за счет улучшения качества жизни пациентов и участия в социальной жизни общества. Внедрение научных разработок по результатам выполненных исследований в практику здравоохранения будет способствовать оптимизации и повышению объективности принятия экспертных решений, совершенствованию и унификации экспертных подходов, общему развитию реабилитационного направления.

Планируемая отраслевая научно-техническая программа имеет организационно-технические преимущества в части достижения планируемых результатов и возможности их реализации в системе здравоохранения.

Выполнение новых заданий в рамках формирующейся ОНТП позволит:

- разработать новые и усовершенствованные методы медицинской, профессиональной, трудовой и социальной реабилитации пациентов;
- создать комплексные автоматизированные системы для достижения межведомственного взаимодействия при проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации;
- адаптировать экспертно-реабилитационные структуры к переходу на МКФ;
- разработать современные критерии комплексной экспертно-реабилитационной диагностики и дифференцированной количественной оценки нарушений жизнедеятельности (функционирования).

В результате выполнения отдельных заданий ОНТП «Реабилитация, экспертиза, предупреждение инвалидности» будут разработаны:

1. современные технологии реабилитации: медицинской, профессиональной, трудовой, социальной;
2. научно-обоснованные подходы к переходу на Международную классификацию функционирования ограничения жизнедеятельности и здоровья;
3. автоматизированные информационно-коммуникационные системы для мониторинга персонифицированных данных инвалидов, аудита, анализа и оценки эффективности реабилитации инвалидов с учетом межведомственного исполнения индивидуальной программы реабилитации инвалидов;
4. подходы к решению вопросов временной нетрудоспособности и решению экспертных вопросов в отношении взрослых и детей;

5. критерии медико-социальной эффективности высокотехнологичной медицинской помощи, разработана и создана система контроля и управления качеством медицинской помощи на всех уровнях ее оказания.

6. Эффективные технологии проведения медико-социальной экспертизы при последствиях заболеваний и травм, после высокотехнологичных методов лечения заболеваний.

Социально-экономический эффект будет достигнут за счет снижения трудопотерь, в том числе в результате заболеваемости с временной нетрудоспособностью, предотвращенной инвалидности, полной и частичной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и детей-инвалидов, повышения качества жизни пациентов.

Использование интервальной нормобарической гипокситерапии для лечения когнитивных нарушений у пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта в каротидном бассейне

А.А. Солкин, А.Г. Николаева, Л.Ф. Ковалева, В.Е. Руммо, И.Ф. Мишук
Ю.А. Коваленко, С.П. Воскобойникова, А.М. Груммо

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Республика Беларусь

Городской центр ГБТ и БКА, г. Витебск, Республика Беларусь

Управление здравоохранения Витебской области,

г. Витебск, Республика Беларусь

ДУП «Санаторий «Лётцы», Витебский район, Республика Беларусь

ГУЗ «Витебский областной клинический центр медицинской реабилитации для инвалидов и ветеранов боевых действий на территории других государств»,

г. Витебск, Республика Беларусь

Санаторий «Железнодорожник», Витебский район, Республика Беларусь

УЗ «Витебская областная клиническая больница»,

г. Витебск, Республика Беларусь

Волна P300 является объективным показателем состояния когнитивных функций человека. Она связана с опознанием, дифференцировкой, запоминанием и принятием решения [2]. Амплитуда волны P300 характеризует ресурсы когнитивных функций, преимущественно произвольного внимания, а пиковая латентность отражает скорость протекания ментальных процессов. У пациентов с сосудистыми заболеваниями головного мозга происходит удлинение латентности и уменьшение амплитуды компонента P300, что указывает на снижение когнитивных функций [1,4,6]. Поиск новых методов и схем лечения когнитивных расстройств после перенесенных инсультов имеет важное практическое значение в современной медицине. Показано, что применение интервальной нормобарической ги-

покситерапии (ИНГ) оказывает положительное влияние на функциональное состояние центральной нервной системы. Поэтому представляет большой интерес использование данного метода для лечения и профилактики когнитивных нарушений у пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта.

Цель. Изучить влияние интервальной нормобарической гипокситерапии на когнитивные функции пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта в каротидном бассейне.

Материалы и методы исследования. Обследовано 43 пациента в возрасте 56,0 (51,5; 60,5) лет с ишемическим инсультом в восстановительном периоде (26 пациентов с ишемическим инсультом в левом каротидном бассейне, 17 – в правом каротидном бассейне), у которых в комплексном лечении наряду с медикаментозной патогенетической терапией, физиотерапией, ЛФК, массажем была применена интервальная нормобарическая гипокситерапия. Группу сравнения составили 38 пациентов в возрасте 54,5 (49,0; 58,5) лет с ишемическим инсультом в восстановительном периоде (20 пациентов с ишемическим инсультом в левом каротидном бассейне, 18 – в правом каротидном бассейне), получавших стандартную терапию, которая включала прием дезагрегантов, нейропротекторов, а также физиотерапию, ЛФК и массаж. По показаниям проводилась гипотензивная терапия. Контрольную группу составили 19 практически здоровых добровольца. Группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту и степени выраженности клинической симптоматики.

Перед проведением сеансов ИНГ проводили гипоксический тест. Во время теста непрерывно регистрировали (до начала, на 4-й и 9-й минутах) насыщение артериализированной крови кислородом и частоту сердечных сокращений на пульсоксиметре Mindrey (США), измеряли артериальное давление и частоту дыхания с целью выявления повышенной чувствительности к кислородной недостаточности.

Сама процедура ИНГ осуществлялась следующим образом: в положении сидя в течение 5 минут через кислородную маску пациенты вдыхали гипоксическую газовую смесь, содержащую 10-12 % кислорода в азоте при нормальном атмосферном давлении. Затем следовал 5-минутный интервал, во время которого пациенты дышали атмосферным воздухом (содержание кислорода 20,9 %). Один сеанс ИНГ включал 6 таких циклов дыхания гипоксической газовой смесью. Общее время гипоксического воздействия составляло 30 минут. Курс лечения состоял из 12-15 сеансов, которые проводили ежедневно. Получение нормобарической гипоксической газовой смеси с регулируемой концентрацией кислорода осуществлялось на мембранной газоразделительной установке волоконного типа фирмы «Био-Нова-204». Всем пациентам записывали ЭЭГ на компьютерном элек-

троэнцефалографе Неурон-Спектр-4/ВП фирмы Нейрософт (г. Иваново, Россия) с применением международной системы установки электродов «10-20%» (монтаж «монополярный 16»). Регистрировали слуховые вызванные потенциалы (СВП) в стандартной парадигме oddball.

Статистический анализ выполняли с помощью программы STATISTICA 10.0.

Результаты исследования. Гипоксический тест, выполненный всем пациентам перед курсом ИНГ, не выявил ни у одного из них симптомов индивидуальной непереносимости гипоксической газовой смеси, которые потребовали бы отмены гипокситерапии. При проведении сеансов ИНГ новых жалоб, побочных реакций и других нежелательных эффектов не было зафиксировано.

При применении в комплексном лечении ИНГ у пациентов, перенесших ишемический инсульт в левом каротидном бассейне, в конце курса лечения наблюдалось статистически достоверное увеличение средних значений амплитуды компонента P300 СВП практически во всех анализируемых отведениях. Наиболее выраженная положительная динамика отмечалась в отведениях от левого полушария: Fp1A1 ($p=0,0002$), F3A1 ($p=0,0001$), F7A1 ($p=0,0003$), C3A1 ($p=0,0007$), T5A1 ($p=0,0008$), P3A1 ($p=0,0004$), O1A1 ($p=0,0005$). При этом достоверность различий средних значений амплитуды в конце курса по сравнению с группой практически здоровых добровольцев исчезала во всех отведениях. Положительная динамика имела место и в отношении латентности компонента P300 СВП: достоверное уменьшение на фоне комплексной терапии с отсутствием разницы с практически здоровыми лицами к концу курса лечения.

После курса стандартной терапии у пациентов с инсультом в левом каротидном бассейне средние значения амплитуды компонента P300 СВП достоверно не изменялись, а в отведениях T5A1 ($p=0,02$), P3A1 ($p=0,02$), O2A2 ($p=0,01$) и O1A1 ($p=0,04$) даже несколько снижались. К концу курса стандартной терапии достоверные различия по сравнению с практически здоровыми добровольцами сохранялись в отведениях Fp2A2, Fp1A1, F4A2, F3A1, F8A2, C4A2, C3A1 и P3A1. На фоне стандартного лечения выявлено уменьшение латентности компонента P300 СВП только в лобных полюсных отведениях Fp2A2 ($p=0,047$) и Fp1A1 ($p=0,049$), при этом к концу курса терапии достоверные различия по сравнению со здоровыми добровольцами сохранялись в отведениях F4A2, C4A2, T3A1 и T5A1.

У пациентов в правом каротидном бассейне, получавших ИНГ, имело место возрастание амплитуды компонента P300 СВП в отведениях F4A2 ($p=0,004$), F7A1 ($p=0,002$), C3A1 ($p=0,01$), T4A2 ($p=0,03$), T3A1 ($p=0,01$), T6A2 ($p=0,02$) и T5A1 ($p=0,02$). Использование ИНГ в комплексной терапии приводило к достоверному уменьшению латентности когнитивного

компонента Р300 СВП во всех отведениях как от правого, так и от левого полушарий. Достоверные различия средних величин амплитуды и латентности данного компонента по сравнению с практически здоровыми добровольцами к концу курса лечения исчезали.

На фоне стандартной терапии у пациентов после перенесенного ишемического инсульта в правом каротидном бассейне достоверной положительной динамики изменений амплитуды и латентности компонента Р300 СВП не было зафиксировано. К концу курса лечения во всех отведениях сохранялись достоверные различия средних величин латентности, а в отведениях СЗА1, ТЗА1 и значений амплитуды по сравнению с практически здоровыми добровольцами.

Полученные в результате нашего исследования данные могут быть интерпретированы с учетом ранее установленных механизмов влияния ИНГ на организм человека и животных. Известно, что под действием гипокситерапии в организме происходит сложная перестройка функционирования различных систем, которая направлена на обеспечение доставки к тканям необходимого количества кислорода, а также наблюдаются приспособительные изменения тканей к функционированию в условиях кислородной недостаточности. В основе этих реакций лежат механизмы, обеспечивающие достаточное поступление кислорода к жизненно важным органам в условиях гипоксемии, повышающие способность тканей утилизировать кислород при его низком напряжении и поддерживать образование АТФ методом субстратного фосфорилирования за счет гликолиза. В организме увеличивается секреция эритропоэтинов, которые стимулируют эритропоэз в красном костном мозге, что приводит к увеличению количества эритроцитов и повышению концентрации гемоглобина, увеличивается способность гемоглобина связывать кислород в легких и отдавать его периферическим тканям. ИНГ повышает активность антиоксидантной системы, являющейся главной системой защиты клеточных мембран, – снижается активность перекисного окисления липидов в мембранах клеток. Помимо этого одним из важнейших защитных эффектов ИНГ является улучшение мозгового кровотока. В его основе лежит увеличение плотности сосудов в головном мозге, которое наиболее выражено в коре, стриатуме и гиппокампе. Также в центральной нервной системе происходит структурная перестройка. Активизируется биосинтез нуклеиновых кислот и белка в нейронах и глиальных клетках головного мозга, наблюдается гипертрофия этих нейронов и увеличение активности ферментов и количества митохондрий [3,5].

Выводы. Таким образом, выявленные изменения амплитудно-временных параметров компонента Р300 слуховых вызванных потенциалов свидетельствуют о положительном воздействии интервальной нормо-

барической 10-12% гипокситерапии на когнитивные функции пациентов с ишемическим инсультом в восстановительном периоде. На увеличение объема и скорости когнитивных процессов у пациентов после перенесенного ишемического инсульта к концу курса лечения с использованием ИНГ указывает возрастание амплитуды и уменьшение латентности компонента Р300 слуховых вызванных потенциалов.

Литература

1. Алёшина, Е.Д. Когнитивный вызванный потенциал Р300: методика, опыт применения, клиническое значение / Е.Д. Алёшина, Н.Н. Коберская, И.В. Дамулин // Жур. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – № 8. – С. 77-84.
2. Гнездицкий, В.В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике / В.В. Гнездицкий. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 264 с.
3. Закощиков, К.Ф. Гипокситерапия – «Горный воздух» / К.Ф. Закощиков, С.О. Катин. – М.: «Бумажная галерея», 2002. – 64 с.
4. Herrmann, C. Mechanisms of human attention: event-related potentials and oscillations / C. Herrmann, R. Knight // Neurosci. Biomed. Rev. – 2001. – Vol. 25. – P. 465-476.
5. LaManna, J.C. Structural and functional adaptation to hypoxia in the rat brain / J.C. LaManna, J.C. Chavez, P. Pichiule // J. Exp. Biol. – 2004. – Vol. 207. – P. 3163-3169.
6. Luck, K. Event-related potential studies of attention / K. Luck, G. Woodman, E. Vogel // Trends in Cognitive Sciences. – 2000. – Vol. 4, № 11. – P. 432-440.

Сравнительная оценка координационных способностей женщин, занимающихся различными видами двигательной активности, методом стабилотрии

Л.Л. Шебеко, Е.В. Бут-Гусаим, И.Н. Деркач, А.А. Валуй,
К.И. Стахнев, С.Л. Сороко, В.В. Кашкина

УО «Полесский государственный университет», г. Пинск, Республика Беларусь
УЗ «Витебский областной диспансер спортивной медицины»,
г. Витебск, Республика Беларусь
УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Республика Беларусь

Удержание равновесия человеком в вертикальной позе представляет собой динамический феномен, который является результатом взаимодействия вестибулярного и зрительного анализаторов, суставно-мышечной проприорецепции и высших отделов центральной нервной системы. Важнейшими рефлексам центральной нервной системы, обеспечивающими нормальную жизнедеятельность организма, являются сохранение равновесия и нормальное положение тела в условиях покоя и при движении. Любая деятельность человека в значительной степени определяется способностью экономично удерживать определенные позы, изменять их, добиваясь гармонии в движениях. Достижение человеком оптимального функционального состояния при различных видах физической нагрузки является важной задачей тренировочного процесса. Регуляция вертикального поло-

жения тела является сложной и многоуровневой. Поэтому возможности оценки биомеханических и функциональных показателей человека в процессе поддержания им вертикальной позы являются важными, с точки зрения контроля за развитием координационных способностей. Недосточная изученность, высокая значимость для двигательной реализации, наряду с развитием технологий исследования актуализирует изучение изменчивости параметров стабилотрии у женщин, занимающихся различными видами оздоровительных техник, отличающихся разной тренированностью ортоградной позиции в обеспечении двигательного стереотипа, а также в условиях патологии опорно-двигательного аппарата.

Цель исследования. Изучить биомеханические и функциональные показатели координационных способностей женщин, занимающихся различными видами оздоровительных техник.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе спортивного комплекса УО «ПолесГУ», в котором приняли участие 44 женщины, средний возраст которых составил $35 \pm 2,1$ лет, из них, занимающихся по специальной методике в группе «Пилатес», – 11 человек; занимающимися в группе «Хатха-йога» – 11 человек; в контрольную группу были включены 22 женщины, имеющие различные виды двигательной активности и не посещающие регулярно организованные виды занятий.

Проведя опрос женщин, занимающимися самостоятельными видами двигательной активности, мы установили, что наиболее распространенными из них являются оздоровительная ходьба, тяжелый физический труд на работе (например, массажиста), сельскохозяйственные работы, реже нерегулярное посещение бассейна, ледового двorca.

Занятия в оздоровительных группах «Пилатес» и «Хатха-йога» проводились 2 раза в неделю, длительность каждого занятия составляла 60 минут. При проведении занятий большая часть времени уделялась использованию адаптированных оздоровительных методик, которые предполагают использование упражнений для развития функции равновесия, расслабления мышц, повышения функциональных адаптационных резервов организма.

Стабилотрическая оценка включала проведение следующих тестов: стабилотрический тест, стабилотрическая проба Ромберга, тест на устойчивость, тест со ступенчатым отклонением. Исследование проводилось на стабилотрианализаторе компьютерном с биологической обратной связью «Стабилан-01-2».

Результаты исследования и их обсуждение. Методом стабилотрии оценивались следующие показатели: качество функции равновесия (%); величина девиации в сагиттальной, фронтальной плоскости; проприоцептивная чувствительность. Результаты исследования представлены на рисунке 1.

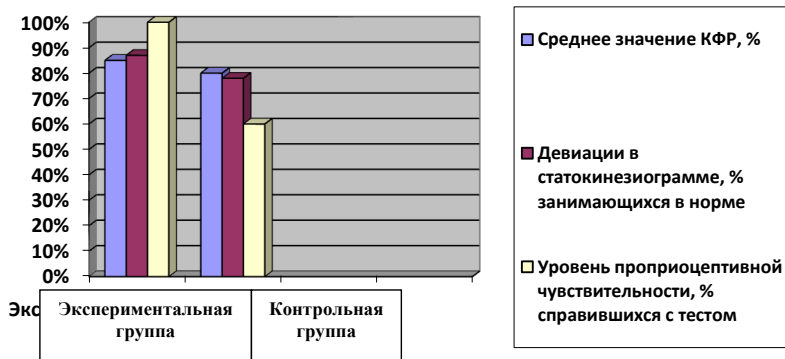


Рисунок 1. Результаты стабилеографического исследования

Из приведенных данных видно, что КФР (качество функции равновесия) у женщин, занимающихся по предложенной методике в среднем на 5% выше, чем у женщин, занимающихся самостоятельными видами физической активности. Следовательно, качество функции равновесия является тренируемой составляющей координационных способностей. При анализе среднего коэффициента резкого изменения направления движения не было получено значимых различий между сравниваемыми группами.

Стабилографический тест Ромберга показал, что у 87% занимающихся и 78% незанимающихся женщин отсутствуют девиации в сагиттальной, фронтальной плоскостях. При анализе средних показателей площади статокинезиограммы с открытыми и закрытыми глазами, которые позволяют судить о степени развития устойчивости, были выявлены следующие различия. Так, у группы, занимающейся регулярно, средний показатель площади статокинезиограммы с открытыми глазами составляет 119,5 кв. мм $\pm$ 0,47, у группы не занимающихся женщин – 146 кв. мм $\pm$ 0,64, различия достоверны ($t = 3 / P \leq 0,01$). При выполнении пробы с закрытыми глазами средний показатель площади статокинезиограмм составил 183 кв. мм $\pm$ 0,42 у занимающихся женщин и 219 кв. мм $\pm$ 0,34 у незанимающихся женщин, различия достоверны ($t = 3,3 / P \leq 0,01$). Площадь статокинезиограммы – это показатель, который зависит от изолированных параметров и определяется колебанием ЦД во время поддержания вертикальной позы, разбросом по сагиттали и фронтоли. По данным французского постурологического общества, это показатель при открытых глазах в среднем составляет 182,2 мм, при закрытых глазах – 258,4 мм. Таким образом, у женщин, занимающихся по предложенным оздоровительным методикам, средний показатель площади статокинезиограммы с открытыми и закрыты-

ми глазами достоверно меньше, чем у женщин, не занимающихся регулярно, а также меньше нормы, что позволяет констатировать высокий уровень тренированности равновесия.

По результатам теста со ступенчатым отклонением, уровень проприоцептивной чувствительности выше у женщин, занимающихся регулярно. Средний показатель количества правильно выполненных заданий теста в группе женщин, занимающихся регулярно, составил 4 шага, в группе не занимающихся женщин – 1,6 шага. Все исследуемые, занимающиеся в организованных группах, справились с тестом, а средняя величина прироста на 4 мм лучше, чем в группе не занимающихся.

Выводы.

1. Качество функции равновесия является тренируемой составляющей координационных способностей. Показатель качества функции равновесия у женщин, занимающихся регулярно, выше, чем у женщин, которые занимались различными видами двигательной активности бытового характера.

2. Девиации в сагиттальной, фронтальной плоскостях у женщин, занимающихся по предложенной программе регулярно, наблюдаются в меньшем проценте случаев, чем у женщин, занимающихся самостоятельными видами двигательной активности, что можно объяснить лучшим развитием проприорецепции. Выявленные девиации у женщин, занимающихся самостоятельными видами двигательной активности, как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскостях, являются показателем ассиметричной осанки и нарушения баланса мышц спины, нижних конечностей, наименьшим развитием суставно-мышечной приприорецепции.

3. Уровень проприоцептивной чувствительности выше у женщин, занимающихся оздоровительными тренировками регулярно. Соответственно, дифференциация двигательных действий на оздоровительных тренировках способствует увеличению запаса необходимых движений и повышает уровень проприоцептивной чувствительности.

Литература

1. Арьков, В.В. Сравнительный анализ параметров стабилотрии у спортсменов разной специализации. / В.В. Арьков / Бюлл. экспериментальной биологии и медицины. – 2009. – 194 с.
2. Доценко, В.И. Об актуальности и ведущих аспектах исследования позной регуляции методом компьютерной статокинезиметрии (стабилотрии) в клинической практике / В.И. Доценко. – 2008. – 39 с.
3. Качинский, А.Н. Исследования координаторных способностей спортсменов национальных команд Республики Беларусь, с помощью стабилотрии / А.Н. Качинский, С.Л. Пристром, О.В. Петрова. – Минск, 2002. – 223 с.
4. Кононова, Н.А. Функциональная компьютерная стабилотрия в дифференциальной диагностике периферических и центральных вестибулярных расстройств / Н.А. Качинский. – Москва, 2006. – 20 с.
5. Сковрцов, Д.В. Стабилотрия – функциональная диагностика функции равновесия, опорно-двигательной системы и сенсорной системы / Д.В. Сковрцов // Функциональная диагностика. – 2004. -№3. – С. 78-84.

Трудоустройство и занятость инвалидов в России: статистический аспект

В.П. Шестаков, А.А. Свинцов

Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Трудоустройство и занятость инвалидов в Российской Федерации, даже в условиях принятия ряда государственных мер, остается острой организационно-правовой и методической проблемой. Важным направлением и целью работы в данной области является анализ статистических закономерностей и тенденций трудоустройства и занятости инвалидов. Анализ и обобщение материалов по труду и занятости инвалидов осуществлены по формам федерального государственного статистического наблюдения:

- форма 94-пенсия «Сведения о численности пенсионеров и суммах назначенных им пенсий»,

- форма 2-т «Сведения о предоставлении государственных услуг в области содействия занятости населения»,

- ф. N 1-инвалиды (занятость) "Сведения о количестве рабочих мест для инвалидов, созданных общественными организациями инвалидов",

- комплексного наблюдения условий жизни населения, осуществляемого Росстатом,

- выборочного обследования населения по проблемам занятости, осуществляемого Федеральной службы по труду и занятости,

- проведение мониторинга, оценки качества и доступности государственных услуг в области содействия занятости населения, эффективности реализации дополнительных мероприятий на рынке труда субъектов Российской Федерации, осуществляемого Минтрудом России.

Характеристика работающих инвалидов, состоящих на учете в системе Пенсионного Фонда Российской Федерации за 2010-2015 годы, представлена в таблице 1.

Таблица 1

Сведения о работающих инвалидах, состоящих на учете в системе Пенсионного Фонда Российской Федерации за 2010-2015 годы (по состоянию на 1 января) тыс. человек

Год	2010г. ¹⁾	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.	2015г. ¹⁾
Категории инвалидов						
Всего инвалидов	2078	2195	2276	2344	2407	2473
в том числе:						
I группы ²⁾	134	92	93	87	82	82

Продолжение таблицы 1

Год Категории инвалидов	2010г.1)	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.	2015г.1)
из них инвалиды с детства ³⁾	4	3	3	3	3	3
II группы ⁴⁾	819	887	898	906	913	923
из них инвалиды с детства	26	22	23	23	23	23
III группы ⁵⁾	1115	1209	1280	1348	1409	1466
из них инвалиды с детства	-	38	46	52	58	69
дети-инвалиды	9	6	5	4	3	2

1) Приведены данные формы № 94(ПЕНСИИ) на 31.12.2009 и 31.12.2014 соответственно.

В 2010 г. - инвалиды, имеющие степень ограничения способности к трудовой деятельности:

2) 3 степень; 4) 2 степень; 5) 1 степень.

3) Здесь и далее – данные приведены без Крымского автономного округа.

Численность работающих инвалидов в России составляет, по данным таблицы 1, 2,5 млн. инвалидов. Отмечается увеличение этого показателя в динамике. Рост занятых инвалидов осуществляется за счет инвалидов II и III групп инвалидности.

Численность инвалидов, обратившихся в государственные учреждения службы занятости, представлена в таблицах 2-5.

Таблица 2

**Численность граждан, относящихся к категории инвалидов,
обратившихся за содействием в поиске подходящей работы за
2008-2014 годы (по данным Федеральной службы
по труду и занятости)**

Год	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.
Обратилось за содействием в поиске подходящей работы	256190	306478	268202	243407	211828	190631	170864
Нашли работу (доходное занятие)	87299	84651	87218	84980	76865	75642	73412

Материалы таблицы 2 показывают уменьшение численности инвалидов, обратившихся в службу занятости с 2008 года. Лишь 42,9% инвалидов в 2014 году нашли работу благодаря деятельности службы занятости.

Таблица 3

**Трудоустройство граждан на квотируемые рабочие места
за 2008-2014 годы (по данным Федеральной службы
по труду и занятости)**

Год	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.
Численность граждан, трудоустроенных в счет квот - всего	24179	17051	9688	7149	6286	6149	5938
в том числе относящихся к категории инвалидов	8806	5185	4869	4080	3708	4271	3887

Анализ таблицы 3 по квотированию рабочих мест инвалидов, как государственной меры на федеральном и региональном уровнях, свидетельствует о том, что лишь 2,3 % инвалидов от общей численности инвалидов, обратившихся в службу занятости в 2014 году, в рамках квотирования смогли найти себе рабочее место.

Таблица 4

**Сведения о предоставлении государственными учреждениями службы
занятости государственной услуги по организации профессиональной
ориентации гражданам, относящимся к категории инвалидов
за 2008-2014 годы (по данным Федеральной службы
по труду и занятости)**

Год	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.
Инвалиды	166999	158404	160486	155558	137871	123869	111272

Численность инвалидов по данным таблицы 4, которым проведена профессиональная реабилитация службой занятости, в динамике уменьшается и составила в 2014 году 65,1% от общей численности инвалидов, обратившихся в службу занятости.

Таблица 5

Численность лиц, относящихся к категории инвалидов, прошедших дополнительное профессиональное обучение, по видам экономической деятельности за 2010 и 2013 годы¹⁾

Годы Виды экономической деятельности	2010г.		2013г.	
	Численность инвалидов	В % от численности обученных лиц по соответствующему виду экономической деятельности	Численность инвалидов	В % от численности обученных лиц по соответствующему виду экономической деятельности
Всего	23911	0,5	34274	0,8
Сельское хозяйство, охота и лесное хозяйство	412	0,7	409	0,8
Рыболовство, рыбоводство	1	0,0	5	0,3
Добыча полезных ископаемых	304	0,1	829	0,3
Обрабатывающие производства	4357	0,3	5548	0,5
Производство и распределение электроэнергии, газа и воды	1214	0,3	1363	0,4
Строительство	569	0,3	710	0,5
Оптовая и розничная торговля; ремонт автотранспортных средств, мотоциклов, бытовых изделий и предметов личного пользования	462	0,3	576	0,5
Гостиницы и рестораны	69	0,4	58	0,5
Транспорт и связь	1290	0,2	1979	0,3
Финансовая деятельность	489	0,2	329	0,2

Продолжение таблицы 5

Годы	2010г.		2013г.	
	<i>Численность инвалидов</i>	<i>В % от численности обученных лиц по соответствующему виду экономической деятельности</i>	<i>Численность инвалидов</i>	<i>В % от численности обученных лиц по соответствующему виду экономической деятельности</i>
Виды экономической деятельности				
Операции с недвижимым имуществом, аренда и предоставление услуг	2020	0,7	2161	0,9
Образование	3701	0,5	6421	0,8
Здравоохранение и предоставление социальных услуг	8429	1,7	13082	2,3
Предоставление прочих коммунальных, социальных и персональных услуг	594	0,7	804	1,1

1) По данным статистического наблюдения за дополнительным профессиональным образованием работников организаций, проводимого с периодичностью 1 раз в 3-4 года.

Анализ таблицы 5 показал, что численность обученных инвалидов в процентах по соответствующему виду экономической деятельности крайне мала. Ведущими видами экономической деятельности, в которых заняты инвалиды, являются учреждения здравоохранения и социальной защиты, образования и обрабатывающее производство.

Таблица 6

Уровень экономической активности, занятости и безработицы лиц в возрасте 15-72 лет, имеющих инвалидность, в 2014 г. (по данным выборочного обследования населения по проблемам занятости) в процентах

Уровни	<i>Уровень экономической активности</i>	<i>Уровень занятости</i>	<i>Уровень безработицы</i>
Категории инвалидов			
Всего	15,0	12,1	19,4
в том числе по группам инвалидности:			
Инвалиды 1 группы	6,6	4,9	25,6

Продолжение таблицы 6

Уровни Категории инвалидов	Уровень эконо- мической активности	Уровень занятости	Уровень без- работицы
Инвалиды 2 группы	9,7	7,8	19,5
Инвалиды 3 группы	27,6	22,3	19,0
Инвалиды с детства	9,4	7,7	17,7
Мужчины - всего	16,8	13,2	21,5
в том числе по груп- пам инвалидности:			
Инвалиды 1 группы	7,2	5,5	23,2
Инвалиды 2 группы	11,2	8,8	21,7
Инвалиды 3 группы	31,7	24,8	21,7
Инвалиды с детства	10,8	8,9	17,4
Женщины - всего	12,9	10,8	16,4
в том числе по груп- пам инвалидности:			
Инвалиды 1 группы	5,6	3,9	30,0
Инвалиды 2 группы	8,2	6,8	16,2
Инвалиды 3 группы	23,3	19,8	15,3
Инвалиды с детства	7,4	6,0	18,3

По данным выборочного обследования населения, проведенного Росстатом (таблица 6), уровень занятости женщин-инвалидов несколько ниже, чем мужчин-инвалидов, а уровень безработицы последних выше. Наибольшая занятость отмечается среди инвалидов III и II групп инвалидности.

Таблица 7

Уровень экономической активности населения, уровень занятости, уровень безработицы, уровень экономической неактивности населения в 2014 году (по данным выборочного обследования населения по проблемам занятости; в процентах)

Уровни Местность/ пол	Уровень эконо- мической активности населения	Уровень занято- сти	Уровень безработи- цы	Уровень эконо- мической неактивности населения
Всего	15,0	12,1	19,4	85,0
город	12,8	10,2	20,2	87,2
село	19,2	15,6	18,5	80,8
Мужчины	16,8	13,2	21,5	83,2
город	14,0	10,6	24,1	86,0

Продолжение таблицы 7

Уровни	Уровень экономической активности населения	Уровень занятости	Уровень безработицы	Уровень экономической неактивности населения
Местность/ пол				
село	21,4	17,5	18,6	78,6
Женщины	12,9	10,8	16,4	87,1
город	11,5	9,8	15,2	88,5
село	16,0	13,0	18,4	84,0

Справочно по всему населению в возрасте 15-72 лет:

	Уровень экономической активности населения	Уровень занятости	Уровень безработицы	Уровень экономической неактивности населения
Всего	68,9	65,3	5,2	31,1
город	69,9	66,9	4,3	30,1
село	65,7	60,6	7,9	34,3
Мужчины	75,1	71,0	5,5	24,9
город	76,1	72,6	4,6	23,9
село	72,3	66,4	8,1	27,7
Женщины	63,3	60,3	4,8	36,7
город	64,6	62,0	4,0	35,4
село	59,4	54,9	7,6	40,6

Основные характеристики уровней экономической активности, занятости и безработицы среди инвалидов и населения имеет существенные различия, отмеченные в таблице 7.

Таблица 8

Структура лиц, имеющих инвалидность, по возрастным группам в 2014 году (по данным выборочного обследования населения по проблемам занятости; в процентах)

Возраст	Всего, в т.ч.	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-72
Всего	100	1,6	3,2	4,8	5,5	5,4	6,0	8,2	15,0	16,8	33,5
занятые	100	0,6	2,9	5,5	6,4	7,8	9,7	12,7	21,6	19,3	13,4
безработные	100	1,2	5,4	7,4	10,5	10,4	13,0	15,2	20,2	12,4	4,4

Продолжение таблицы 8

Возраст	<i>Всего, в т.ч.</i>	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 72
экономически неактивные	100	1,7	3,2	4,7	5,2	4,9	5,2	7,3	13,9	16,6	37,3
<i>Справочно по всему населению в возрасте 15-72 лет:</i>											
Всего	100	6,5	9,9	11,5	10,4	9,6	8,7	8,7	10,4	9,5	14,8
занятые	100	0,6	7,8	14,5	13,5	12,8	12,0	11,8	13,3	9,0	4,8
безработные	100	4,2	20,3	15,8	12,4	10,2	8,6	8,7	10,5	6,3	2,9
экономически неактивные	100	19,3	13,1	4,7	3,5	2,7	2,0	2,3	4,5	11,0	37,1

Сравнительный анализ таблицы 8 возрастного состава занятого и безработного населения и инвалидов показывает то, что если среди всего населения по данным позициям преобладают лица 20-29 лет, то среди инвалидов преимущественно лица в возрасте 50-54 лет.

Таблица 9

Структура занятого населения в возрасте 15-72 года, имеющего инвалидность, по видам экономической деятельности на основной работе в 2014 г. (по данным выборочного обследования населения по проблемам занятости; в процентах)

Возраст инвалидов и населения	<i>Инвалиды в возрасте 15-72 года</i>	<i>Справочно: все население в возрасте 15-72 года</i>
Виды экономической деятельности		
Всего	100	100
Сельское хозяйство, охота и лесное хозяйство	29,8	6,6
Рыболовство, рыбоводство	0,3	0,2
Добыча полезных ископаемых	1,0	2,1
Обрабатывающие производства	11,8	14,5
Производство и распределение электроэнергии, газа и воды	2,2	3,3

Продолжение таблицы 9

Возраст инвалидов и населения	<i>Инвалиды в возрасте 15-72 года</i>	<i>Справочно: все население в возрасте 15-72 года</i>
Виды экономической деятельности		
Строительство	4,4	7,6
Оптовая и розничная торговля; ремонт автотранспортных средств, мотоциклов, бытовых изделий и предметов личного пользования	11,7	16,0
Гостиницы и рестораны	1,4	2,4
Транспорт и связь	5,4	9,5
Финансовая деятельность	0,5	2,2
Операции с недвижимым имуществом, аренда и предоставление услуг	5,5	7,0
Государственное управление и обеспечение военной безопасности; социальное страхование	3,1	7,3
Образование	9,0	9,2
Здравоохранение и предоставление социальных услуг	8,8	7,9
Предоставление прочих коммунальных, социальных, персональных и других услуг	5,0	4,3

Сравнительный анализ таблицы 9, характеризующую структуру занятости инвалидов и населения в возрасте 15-72 лет по видам экономической деятельности на основной работе позволяет отметить, что если среди населения страны преобладает работа в оптовой, розничной торговле, обрабатывающем производстве и транспорт и связь, то у инвалиды преимущественно заняты в сельском хозяйстве, в обрабатывающем производстве, в оптовой и розничной торговле.

Таким образом, при росте численности работающих инвалидов с 2,1 млн. в 2010 году до 2,5 млн. в 2015 году, наблюдается уменьшение численности инвалидов, обратившихся в службу занятости России. Квотирование рабочих мест для инвалидов в стране практически не отсутствует. Доля инвалидов, которым проведены мероприятия по профессиональной реабилитации в службе занятости достаточно высока. В целом система федерального государственного статистического наблюдения в области труда и занятости инвалидов, как представляется, сформирована. Дальнейшее развитие эта система получит в рамках реализации нового федерального закона, регламентирующего, в том числе и вопросы межведомственного взаимодействия федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитационных организаций различных ведомств.

Авторский указатель

Авраменко Н.Л.	102	Деdeneва И.В.	32
Антонович Ж.В.	211	Денисенко Т.А.	192
Артюшенко М.В.	254	Деркач И.Н.	192, 334
Атрощенко Е.С.	188	Докукина Т.В.	151
Афанасенко Н.Г.	291	Дондорева И.С.	161
Баев П.О.	309	Дорошенко И.Т.	21, 275
Барышев М.А.	106	Дубинина И.А.	32, 61
Барышева В.В.	106	Емельянов Г.А.	106, 158, 219, 280
Белевцова Л.О.	114, 309, 312	Емельянцева Т.А.	36, 155
Бельская М.И.	188	Жукова Т.В.	158, 219, 280, 282
Бобошко Р.А.	161	Загорская Т.В.	285
Богомазова Е.В.	5, 12, 259, 324	Задерей Н.П.	215, 241
Болбатовский Г.Н.	263	Зайцев М.В.	161, 299
Булацкая Т.В.	267	Запорованный Ю.Б.	44
Бут-Гусаим Е.В.	334	Зарембо А.И.	288
Важенин М.М.	109	Зиматкина О.С.	184
Валуи А.А.	192, 334	Зуева А.В.	165
Вальчук Э.Э.	317, 324	Зыгмант И.В.	192
Варешнюк Е.В.	114, 241, 309	Кабаненко И.В.	215
Василенко И.Н.	241, 309	Казак Л.Г.	36, 90, 155, 317, 324
Васильева Л.П.	120	Казакевич Д.С.	47, 52, 90
Васильченко Е.М.	125	Каленчиц Т.И.	211, 291
Васильченко Н.И.	219, 227, 280	Каличава А.Ш.	169
Власова-Розанская Е.В.	8, 74, 130	Карасаева Л.А.	169
Войченко Н.В.	134	Кашкина В.В.	334
Волотовская А.В.	134	Кобизькая Л.Г.	200, 208
Волынец Н.Б.	52	Ковалева Л.Ф.	330
Воронец О.А.	5, 12, 259	Ковалевич Е.А.	178
Воскобойникова С.П.	192, 330	Коваленко Ю.А.	330
Гиль И.Г.	138	Ковальова С.В.	241
Гиунашвили Э.О.	192	Козлова С.В.	94
Глинская Т.Н.	17	Коневалова Н.Ю.	174, 196
Голикова В.В.	21, 141	Копыток А.В.	55, 58, 324
Голубева Т.С.	65	Коробов М.В.	61
Горустович Л.Н.	29, 146	Короткевич Т.В.	65
Горшкова Н.Н.	192	Кошина С.М.	291
Григорьева И.В.	109, 151, 204, 271	Кралько А.А.	204, 271
Гришко Е.К.	114, 312	Криштопов Л.Е.	174
Груммо А.М.	330	Крючок В.Г.	178, 180, 292
Гуринович А.Е.	196	Кузин В.А.	161
Данильчук А.В.	241, 309	Кузьменко С.Г.	305

Кулеш К.В.	29, 146	Сикорская И.С.	219, 280
Лабкова Ю.А.	224	Сироткина Е.А.	259
Лагутик Е.Н.	109	Скляренко Р.Т.	169
Лебедь-Великанова Е.Е.	174	Смычек В.Б.	90, 94, 227, 317, 324
Лисковская Ю.О.	178, 180	Сниткова Н.В.	224, 233
Лушинская С.И.	70	Солкин А.А.	330
Львова Н.Л.	74, 79	Солнцева И.Л.	114, 309, 312
Ляховец В.В.	29	Сороко С.Л.	334
Ляховецкая В.В.	125	Старевич В.Т.	120
Максимчук В.П.	184	Стахейко Н.В.	237
Малиновская Н.Н.	102	Стахнев К.И.	334
Малькевич Л.А.	178, 292	Сушня Е.А.	134
Марушкина А.В.	36	Сыродоева О.А.	174
Махров М.М.	151	Талако Е.Л.	200, 208
Мацкевич С.А.	188	Таранцева В.М.	83, 87
Мищенко В.Ф.	125	Татарханова М.Я.	83
Мищук И.Ф.	330	Трегуб Н.Ю.	215
Морозов М.П.	192	Филиппович А.Н.	138, 237, 285
Нагорная В.В.	299	Фроленко С.Ю.	125
Наджафова С. Г.	174	Хлебоказов Ф.П.	151
Невмержицкая Т.А.	36	Хмелевская И.О.	312
Николаева А.Г.	192, 330	Чапко И.Я.	90, 237
Овсянникова Л.А.	29, 146	Чепурненко Н.А.	174
Оленская Т.Л.	174, 196	Черевко Т.В.	237
Онищенко Е.Ф.	83	Черкасова О.А.	87
Осипов Ю.В.	200, 208	Чернишова И.Н.	241
Осипчик С.И.	204	Чумакова Т.В.	29, 146
Певнева И.П.	233	Шебеко Л.Л.	196, 334
Перкова В.Е.	237, 295	Шестаков В.П.	338
Петров В.Г.	299	Шикло О.А.	250
Пирогова Л.А.	263	Шнигир А.А.	200, 208
Помников В.Г.	83, 87	Юткин В.М.	215
Пономарева Г.В.	161		
Пристром Т.А.	305		
Разуванов А.И.	200, 208		
Роман Л.К.	241, 309		
Руммо В.Е.	192, 330		
Рустамов В.М.	141		
Рысеев Е.В.	211, 291, 292		
Салеева А.Д.	215, 309, 312		
Самуйлич Ю.Е.	196		
Свинцов А.А.	338		
Святская Е.Ф.	158, 219, 224, 233, 280		

СОДЕРЖАНИЕ

I. Вопросы медико-социальной экспертизы

ВВЕДЕНИЕ	3
1. Богомазова Е.В., Воронец О.А. Показатели первичной инвалидности вследствие рака бронхов и легкого в Республике Беларусь (2010-2015 гг.)	5
2. Власова-Розанская Е.В. Современная система экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органа (печени, почек, сердца)	8
3. Воронец О.А., Богомазова Е.В. Первичная инвалидность вследствие рака щитовидной железы в Республике Беларусь	12
4. Глинская Т.Н. Динамика индексов первичной инвалидизации взрослого населения Республики Беларусь при туберкулезе и новообразованиях	17
5. Голикова В.В., Дорошенко И.Т. Медико-социальная оценка ограничения жизнедеятельности у детей с сисиемными атрофиями	21
6. Горустович Л.Н., Овсянникова Л.А., Чумакова Т.В., Кулеш К.В., Ляховец В.В. Использование комплекса экспертных оценок, ориентированных на критерии Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при оценке способности к трудовой деятельности лиц с ограниченными возможностями	29
7. Дубинина И.А., Деденева И.В. Контроль и оценка качества предоставления государственной услуги учреждениями медико-социальной экспертизы Российской Федерации	32
8. Емельянцева Т.А., Казак Л.Г., Марушкина А.В., Невмержицкая Т.А. Разработка карты экспертно-диагностической оценки пациентов с расстройствами шизофренического спектра в соответствии с кодами Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья для заполнения специалистами мультидисциплинарной бригады	36
9. Запорованный Ю.Б. Нарушение функций организма и основных категорий жизнедеятельности у пациентов МРЭК с ВИЧ-инфекцией	44
10. Казакевич Д.С. О проведении анализ заболеваемости с временной нетрудоспособностью в организациях здравоохранения	47
11. Казакевич Д.С., Волюнец Н.Б. К контролю качества экспертизы временной нетрудоспособности	52

12. Копыток А.В. Тенденции формирования показателей инвалидности населения Республики Беларусь	55
13. Копыток А.В. Показатели инвалидности детского населения Республики Беларусь	58
14. Коробов М.В., Дубинина И.А. Новые подходы к установлению инвалидности в России	61
15. Короткевич Т.В., Голубева Т.С. Первичная инвалидность детей и молодежи Республики Беларусь при психических и поведенческих расстройствах	65
16. Лушинская С.И. Анализ показателей первичной детской инвалидности вследствие врожденных аномалий в Республике Беларусь	70
17. Львова Н.Л., Власова-Розанская Е.В. Анализ инвалидности вследствие болезней мочеполовой системы за период 2010-2014 гг. в Республике Беларусь	74
18. Львова Н.Л. Оценка ограничений жизнедеятельности пациентов с сахарным диабетом 2 типа с учётом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья	79
19. Помников В.Г., Онищенко Е.Ф., Татарханова М.Я., Таранцева В.М. Клинико-экспертные аспекты церебральной сосудистой патологии у больных с открытым овальным окном	83
20. Помников В.Г., Черкасова О.А., Таранцева В.М. Церебральный инсульт, нарушение функций и категории ограничения жизнедеятельности	87
21. Смычек В.Б., Казак Л.Г., Чапко И.Я., Казакевич Д.С. Оценка степени утраты общей трудоспособности в практике медико-социальной экспертизы	90
22. Смычек В.Б., Козлова С.В. Разработка критериев оценки определителей категорий доменов МКФ у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха	94

II. Вопросы реабилитации больных и инвалидов

23. Авраменко Н.Л., Малиновская Н.Н. Профессиональная реабилитация инвалидов как один из основных факторов профессионального самоопределения людей с инвалидностью	102
24. Барышев М.А., Емельянов Г.А., Барышева В.В. Депрессия – проблема реабилитации пациентов перенесших мозговой инсульт	106
25. Важеннин М.М., Григорьева И.В., Лагутик Е.Н. Реабилитационные подходы при игровой зависимости	109

26. **Варешнюк Е.В., Солнцева И.Л., Гришко Е.К., Белевцова Л.О.** Ортезирование нижних конечностей в реабилитационном процессе пациентов с последствиями мозговых инсультов 114
27. **Васильева Л.П., Старевич В.Т.** Социально-психологические аспекты адаптации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата на этапе профессиональной реабилитации 120
28. **Васильченко Е.М., Ляховецкая В.В., Фроленко С.Ю., Мищенко В.Ф.** Применение опросника «Измеритель независимости при повреждениях спинного мозга» (SCIM III) у пациентов с травматической болезнью спинного мозга на этапе стационарной реабилитации 125
29. **Власова-Розанская Е.В.** Основные положения профессиональной реабилитации пациентов после трансплантации органов (печени, почки, сердца) 130
30. **Войченко Н.В., Волотовская А.В., Сущеня Е.А.** Фотомажнито- и ультрафонотерапия в лечении и реабилитации пациентов с остеоартрозом 134
31. **Гиль И.Г., Филиппович А.Н.** Показатели работы реабилитационного неврологического отделения №2 городского центра медицинской реабилитации 138
32. **Голикова В.В., Рустамов В.М.** Мероприятия медицинской реабилитации при ожоговом поражении пищевода 141
33. **Горустович Л.Н., Овсянникова Л.А., Чумакова Т.В., Кулеш К.В.** К вопросу о профессиональном консультировании абитуриентов, учащихся и выпускников учреждений профессионального образования 146
34. **Григорьева И.В., Докукина Т.В., Хлебоказов Ф.П., Махров М.М.** Психотерапевтические аспекты в реабилитации при эпилепсии 151
35. **Емельянцева Т.А., Казак Л.Г.** Актуальность и перспективы новых подходов к медицинской реабилитации расстройств шизофренического спектра 155
36. **Жукова Т.В., Емельянов Г.А., Святская Е.Ф.** Этапы оценки реабилитационного потенциала личности пациента 158
37. **Зайцев М.В., Кузин В.А., Дондорева И.С., Бобошко Р.А., Пономарева Г.В.** Подготовка культы конечности к первичному протезированию в комплексной реабилитации пациентов после ампутации по поводу ранений 161
38. **Зуева А.В.** Понятие о технических средствах реабилитации 165
39. **Каличава А.Ш., Карасаева Л.А., Скляренко Р.Т.** Анализ видов и эффективности хирургического лечения и реабилитации больных, страдающих облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей 169

40. **Коневалова Н.Ю., Криштопов Л.Е., Сыродосева О.А., Оленская Т.Л., Наджафова С.Г., Чепурненко Н.А., Лебедь-Великанова Е.Е.** Опыт участия волонтеров в слете активной реабилитации, как современный подход обучения студентов медицинского ВУЗа 174
41. **Крючок В.Г., Малькевич Л.А., Лисковская Ю.О., Ковалевич Е.А.** Эффективность применения магнитофототерапии в раннем послеоперационном периоде операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава 178
42. **Крючок В.Г., Лисковская Ю.О.** Итоги ретроспективного изучения отдалённых результатов реабилитации пациентов после операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава 180
43. **Максимчук В.П., Зиматкина О.С.** Подходы к медико-социальной реабилитации лиц, имеющих зависимость от психоактивных веществ 184
44. **Мацкевич С.А., Атрощенко Е.С., Бельская М.И.** Эффективность реабилитации пациентов с возвратной стенокардией 188
45. **Николаева А.Г., Деркач И.Н., Валуй А.А., Зыгмант И.В., Морозов М.П., Денисенко Т.А., Горшкова Н.Н., Гиунашвили Э.О., Руммо В.Е., Воскобойникова С.П.** Возможность применения скандинавской ходьбы в нейрокогнитивной реабилитации пациентов с артериальной гипертензией 192
46. **Оленская Т.Л., Шебеко Л.Л., Коневалова Н.Ю., Гуринович А.Е., Самуйлич Ю.Е.** Когнитивные функции и депрессивное состояние у лиц старших возрастных групп с артериальной гипертензией: влияние средств физической реабилитации 196
47. **Осипов Ю.В., Талако Е.Л., Разуванов А.И., Кобизькая Л.Г., Шнигир А.А.** Алгоритм управления процессом медицинской реабилитации при посттравматических артрозах суставов конечностей с позиции Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) 200
48. **Осипчик С.И., Кралько А.А., Григорьева И.В.** Структура комплексной программы психосоциальной реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ 204
49. **Разуванов А.И., Осипов Ю.В., Талако Е.Л., Кобизькая Л.Г., Шнигир А.А.** Метод оценки эффективности медицинской реабилитации на основе дифференцированного анализа динамики определителей категорий доменов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) 208

50. Рысеев Е.В., Каленчиц Т.И., Антонович Ж.В. Динамика некоторых сторон жизнедеятельности в процессе реабилитации пациентов с инфарктом миокарда 211
51. Салеева А.Д., Кабаненко И.В., Юткин В.М., Трегуб Н.Ю., Задерей Н.П. Применение роботизированной G-EO System в реабилитации лиц с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы 215
52. Святская Е.Ф., Емельянов Г.А., Жукова Т.В., Сикорская И.С., Васильченко Н.И. Качество жизни пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу дистрофических поражений пояснично-крестцового отдела позвоночника 219
53. Святская Е.Ф., Сниткова Н.В., Лабкова Ю.А. Применение логопедического массажа в восстановлении речевой функции при комплексной моторной афазии 224
54. Смычек В.Б., Васильченко Н.И. К вопросу оценки социальной составляющей реабилитационного потенциала у пациентов с мозговым инсультом 227
55. Сниткова Н.В., Святская Е.Ф., Певнева И.П. Нейролингвистическая реабилитация пациентов с речевыми расстройствами 233
56. Чапко И.Я., Стахейко Н.В., Филиппович А.Н., Перкова В.Е., Черевко Т.В. Медицинская реабилитация пациентов с симптоматической эпилепсией 237
57. Чернишова И.Н., Варешнюк Е.В., Роман Л.К., Василенко И.Н., Ковальова С.В., Задерей Н.П., Данильчук А.В. Физическая реабилитация детей с дисплазией тазобедренных суставов при спастичных парезах 241
58. Шикло О.А. Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПРИ) 250

III. Общие вопросы

59. Артюшенко М.В. Профилактика конфликтных ситуаций в работе МРЭК 254
60. Богомазова Е.В., Воронец О.А., Сироткина Е.А. Невротические расстройства у беременных женщин после проведенного радикального лечения рака щитовидной железы 259
61. Болбатовский Г.Н., Пирогова Л.А. Инновационный метод восстановления физической работоспособности пациентов при санаторно-курортном лечении с использованием грязезеравдных ванн 263
62. Булацкая Т.В. Состояние слуховой функции у работников локомотивных бригад 267

63. Григорьева И.В., Кралько А.А. Трудовая социализация при синдроме зависимости от алкоголя 271
64. Дорошенко И.Т. Клинико-функциональные критерии оценки нарушений параметров роста у детей с заболеваниями и синдромами проявляющимися преимущественно низкорослостью 275
65. Емельянов Г.А., Святская Е.Ф., Жукова Т.В., Сикорская И.С., Васильченко Н.И. Об организации обучения врачей специалистов на кафедре медицинской экспертизы и реабилитации белорусской медицинской академии последипломного образования 280
66. Жукова Т.В. Синдром эмоционального выгорания и его профилактика 282
67. Загорская Т.В, Филиппович А.Н. Ахондроплазия. Клиническое наблюдение 285
68. Зарембо А.И. Социальное волонтерство как форма оказания помощи и поддержки различным категориям населения 288
69. Кошина С.М., Афанасенко Н.Г., Рысеев Е.В., Каленчик Т.И. Использование физических факторов с профилактической целью на примере применения энергетического NeoQi 291
70. Малькевич Л.А., Рысеев Е.В., Крючок В.Г. Опыт использования плоскополяризованного света у пациентов с ишемической болезнью сердца 292
71. Перкова В.Е. Когнитивные нарушения у пациентов с сосудистыми поражениями головного мозга, как медико-социальная проблема 295
72. Петров В.Г., Зайцев М.В., Нагорная В.В. Патологические изменения культей нижних конечностей у детей и их лечение 299
73. Пристром Т.А., Кузьменко С.Г. Фотоманнитотерапия постинсультных артропатий 305
74. Салеева А.Д., Варешнюк Е.В., Солнцева И.Л., Белевцова Л.О., Баев П.О., Роман Л.К., Василенко И.Н., Данильчук А.В. Опыт восстановления независимой ходьбы у пациентов после инсульта 309
75. Салеева А.Д., Солнцева И.Л., Хмелевская И.О., Белевцова Л.О., Гришко Е.К. Функциональные ортезы для пациентов с последствиями заболеваний голеностопного сустава, стопы 312
76. Смычек В.Б., Казак Л.Г., Вальчук Э.Э. Основные результаты выполнения отраслевой научно-технической программы «Экспертно-реабилитационные технологии» в 2013-2015 гг. 317
77. Смычек В.Б., Вальчук Э.Э., Казак Л.Г., Копыток А.В., Богомазова Е.В. К вопросу концепции новой отраслевой научно-технической программы «Реабилитация, экспертиза, предупреждение инвалидности» 324

78. Солкин А.А., Николаева А.Г., Ковалева Л.Ф., Руммо В.Е., Мищук И.Ф., Коваленко Ю.А., Воскобойникова С.П., Груммо А.М. Использование интервальной нормобарической гипокситерапии для лечения когнитивных нарушений у пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта в каротидном бассейне	330
79. Шебеко Л.Л., Бут-Гусаим Е.В., Деркач И.Н., Валуй А.А., Стахнев К.И., Сороко С.Л., Кашкина В.В. Сравнительная оценка координационных способностей женщин, занимающихся различными видами двигательной активности, методом стабиллометрии	334
80. Шестаков В.П., Свинцов А.А. Трудоустройство и занятость инвалидов в России: статистический аспект	338
Авторский указатель	347

Научное издание

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА
И РЕАБИЛИТАЦИЯ**

Сборник научных статей

Выпуск 18

Под общей редакцией доктора медицинских наук,
профессора В.Б. Смычка

Ответственный за выпуск О.А. Воронец
Компьютерная верстка А.В. Зуева, О.А. Воронец

*За точность и достоверность изложенного материала несет
ответственность автор(ы) статьи.*

Подписано в печать 01.06.2016
Формат 60×84/16. Бумага офсетная. Гарнитура Таймс.
Цифровая печать. Усл. печ. л. 22,4. Уч.-изд. л. 20,26
Тираж 40 экз. Заказ №. 1036

Издатель: УП “Энциклопедикс”
Свидетельство о государственной регистрации
издателя, изготовителя, распространителя печатной продукции
от 3 апреля 2014 года № 1/266
220050, Минск, ул. К. Маркса 15, 203А
тел./факс 328-45-39; E-mail: encyclopedix@tut.by, www: who-is-who.by

Полиграфическое исполнение:
производственное дочернее унитарное предприятие
«Типография Федерации профсоюзов Беларуси».
Свидетельство о государственной регистрации
издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 2/18 от 26.11.2013.
Минск, пл. Свободы, 23-103. ЛП №02330/54 от 12.08.2013.