



МИНИСТЕРСТВО ТРУДА
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

**Организационные и методические
аспекты реализации индивидуальной
программы реабилитации (абилитации)
инвалида с нарушением функции
опоры и движения**

**Актуальные вопросы формирования
региональной системы реабилитации**

г. Новокузнецк, 5-6 октября 2017 г.

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»
Минтруда России

Материалы научно-практической конференции

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ)
ИНВАЛИДА С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ
ОПОРЫ И ДВИЖЕНИЯ**

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ
РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ**

5-6 октября 2017 г.

Новокузнецк

ISBN 978-5-906562-11-1

УДК 617.57/.58-036.868

ББК 54.58

С 56

Материалы научно-практической конференции «Организационные и методические аспекты реализации индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида с нарушением функции опоры и движения. Актуальные вопросы формирования региональной системы реабилитации», Новокузнецк, 5-6 октября 2017 г. – Новокузнецк: ИП Петровский К.В. (Изограф), 2017. – 216 С.

Научно-практическая конференция «Организационные и методические аспекты реализации индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида с нарушением функции опоры и движения. Актуальные вопросы формирования региональной системы реабилитации» проведена в рамках реализации перечня основных мероприятий государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2015 г. № 1297.

Сборник содержит тезисы докладов научно-практической конференции «Организационные и методические аспекты реализации индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида с нарушением функции опоры и движения. Актуальные вопросы формирования региональной системы реабилитации».

Редакционная коллегия:

Васильченко Е.М., кандидат мед. наук, исполняющий обязанности генерального директора ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России

Берман А.М., кандидат мед. наук, заместитель генерального директора по медицинской части ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России

Денисова Я.А., зав. организационно-методическим сектором информационно-аналитического отдела ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России

Жатько О.В., младший научный сотрудник лаборатории по разработке автоматизированных систем по реабилитации ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России



ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ





БАБИЧУК Л.Д., ОКУНЕВ М.И., КРАВЧЕНКО С.Н., КОЛМОГОРОВ А.Г., РЕЗНИКОВА Г.В.

ТРУДОУСТРОЙСТВО ПОСТРАДАВШИХ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ – КОНЕЧНАЯ ЦЕЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*ГУ «Кузбасское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации»,
г. Кемерово, Россия*

Реабилитация пострадавших от тяжелых несчастных случаев на производстве имеет важное социально-экономическое значение, поскольку касается состояния здоровья наиболее трудоспособной части населения, представителей многих массовых профессий в ряде ведущих отраслей промышленности и сельского хозяйства.

Фонд социального страхования Российской Федерации как страховщик уделяет особое внимание совершенствованию системы комплексной реабилитации лиц, пострадавших от тяжелого несчастного случая на производстве, как непрерывного цикла многоуровневого реабилитационного процесса, включающего в себя как медицинский, так и социальный, и профессиональный аспект реабилитации.

С 2015 года в Кемеровской области реализуется проект Фонда социального страхования Российской Федерации «Комплексная реабилитация и возвращение к труду пострадавших в результате тяжелых несчастных случаев на производстве», направленный на наиболее полное восстановление здоровья, уменьшение степени утраты профессиональной трудоспособности, достижение максимально возможной социальной и экономической независимости путем интеграции в бытовую жизнь и трудовую деятельность.

Существующая на сегодняшний день в Кузбассе отлаженная система взаимодействия между организациями и службами различной ведомственной принадлежности, координатором которой выступает Фонд социального страхования, позволяет обеспечивать последовательность и согласованность реабилитационных мероприятий, то есть обеспечивается комплексный подход к реабилитационному процессу благодаря различным формам и ме-

тодам работы, что положительно сказывается на результатах ранней реабилитации.

Проведенный анализ 405 завершенных тяжелых несчастных случаев (на 01.07.2017 г.), включенных в проект, показал, что благоприятный исход, без инвалидизации, достигнут в 273 случаях или в 67,4 %.

Медицинская реабилитация проводится параллельно с мероприятиями профессиональной реабилитации, которая рассматривается до её конечного результата – трудоустройства.

Вернулись к труду 254 пострадавших или 67,9 %. Из них пострадавших, имеющих установленную степень утраты трудоспособности, – 177 (69,7 %).

Прошли профессиональное тестирование в центрах занятости населения в период временной нетрудоспособности 45 человек.

Из числа вернувшихся к труду большинство пострадавших – 228 (89,7 %) – вернулись на своё прежнее рабочее место.

Говоря о конечной цели комплексной реабилитации – возвращении пострадавших к активной профессиональной деятельности с минимальными потерями для здоровья, – мы имеем в виду не только пострадавших этапа ранней реабилитации.

Безработица – как социальное явление – ограничивает темпы социально-экономического развития Кемеровской области, снижает показатели качества жизни населения. Пострадавшие от несчастных случаев на производстве в этом отношении представляют одну из уязвимых категорий.

В Государственном учреждении – Кузбасском региональном отделении Фонда социального страхования Российской Федерации состоят на учете 37655 получателей страхового обеспечения (на 01.04.2017 г.), из которых

4717 человек (13 %) составляют пострадавшие от несчастных случаев на производстве в возрасте до 50 лет.

Среди этой группы был проведен опрос с целью анализа их трудоустройства и нужды в содействии в поиске работы.

Выбор возрастной категории до 50 лет обусловлен тем, что эти лица имеют недостаточный стаж трудовой деятельности, не достигли границы пенсионного возраста для назначения пенсии и данная возрастная категория более востребована на рынке труда.

В опросе приняли участие 4207 пострадавших.

Трудоустроены 2476 пострадавших (52,4 %), не трудоустроены 1731 (36,6 %).

Наибольшее число нетрудоустроенных пострадавших от несчастных случаев на производстве зарегистрировано в моногородах Кемеровской области: Прокопьевске, Междуреченске, Белове, Мариинске.

Большая часть пострадавших ранее трудилась в угледобывающей промышленности. Имеют право на льготный стаж для досрочного выхода на пенсию 1826 (38,7 %).

И изъявили желание работать 211 пострадавших (12,2 %). По результатам опроса нуждаются в помощи в трудоустройстве 158 пострадавших (9,1 %).

Из числа 158 пострадавших: 138 мужчин (87,3 %) и 20 женщин (12,7 %).

Возрастная категория: до 30 лет – 16 пострадавших (10,1 %), 31-40 лет – 44 пострадавших (27,8 %), 41-50 лет – 98 пострадавших (62 %).

Период безработицы: до 6 месяцев – 16 пострадавших (10,3 %), от 6 месяцев до 1 года – 30 пострадавших (19,4 %), от 1 года до 3 лет – 39 пострадавших (25,2 %), от 3 до 5 лет – 29 пострадавших (18,7 %), от 5 до 10 лет – 32 пострадавших (20,6 %), более 10 лет – 9 пострадавших (5,8 %).

По степени УПТ: 10-30 % – 76 пострадавших (48,1 %), 40-60 % – 70 пострадавших (44,3 %), 70-80 % – 7 пострадавших (4,4 %), 90-100 % – 5 пострадавших (3,2 %), то есть 82 пострадавших (52 %) являются инвалидами.

По образованию: среднее и неполное среднее имеют 26 пострадавших (18,8 %), среднее профессиональное – 93 пострадавших (67,4 %), высшее – 19 пострадавших (13,8 %).

Наличие дополнительной специальности у 77 пострадавших (48,7 %).

Проведено анкетирование всех пострадавших для определения уровня мотивации к поиску работы – высокий уровень отмечается у 41 %.

Пострадавшие, имеющие незначительную степень утраты профессиональной трудоспособности (10-30 %), не имеют таких государственных гарантий для реализации своих прав, как инвалиды, которые защищены Федеральным законом от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Они менее конкурентоспособны на рынке труда по сравнению с остальными категориями граждан, их трудовые возможности ограничены из-за имеющихся у них последствий травм, что делает их невостребованными.

Возможные продолжительные перерывы в работе, связанные с длительной медицинской реабилитацией, снижение объема профессиональной деятельности и ограничения по этой же причине профессиональных способностей – факторы, которые делают работодателя не заинтересованным принимать на работу пострадавших в результате несчастного случая, и практически блокирует их трудовую мобильность.

Вследствие всего этого, у пострадавших уменьшаются побудительные причины к дальнейшей трудовой деятельности, они ориентированы на «досиживание» пенсии, особенно если они не являются кормильцами.

Происходит выработка адаптивного типа трудового поведения и деформация профессиональной мотивации.

Действующая система социальной политики не в полную меру ориентирует лиц с ограниченными возможностями на профессиональную занятость, недостаточно отработаны механизмы интегрирования их в трудовую жизнь.

Государственным учреждением – Кузбасским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации ведется поиск новых организационных форм работы в процессе профессиональной реабилитации лиц, пострадавших от тяжелого несчастного случая на производстве.

Для содействия трудоустройству пострадавших, желающих работать, Государственным учреждением – Кузбасским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации подготовлена Про-



грамма «Трудоустройство пострадавших от несчастных случаев на производстве» на 2017-2020 годы.

Программа предусматривает комплекс организационных и социальных мер, направленных на поддержку и защиту пострадавших от несчастных случаев на производстве в Кемеровской области, нуждающихся в содействии в трудоустройстве.

Партнерами в реализации программы выступают: Департамент труда и занятости населения Кемеровской области, Департамент социальной защиты населения Кемеровской области, Центр инноваций социальной сферы Муниципального некоммерческого фонда поддержки малого предпринимательства г. Кемерово, Кемеровская областная организация общероссийской общественной организации «Всероссийское общество инвалидов», Федерация профсоюзных организаций Кузбасса.

Программа предполагает комплекс мероприятий при проведении профессиональной реабилитации:

- информирование пострадавших об их правах в области занятости, о возможности и условиях трудоустройства;
- формирование положительной мотивации на продолжение трудовой деятельности;
- экспертиза потенциальных профессиональных способностей (образование, род профессиональной деятельности, уровень профессионализма, степень психологической готовности к труду в новых условиях, наличие родственных гражданских профессий и возможности для профессиональной переподготовки, соответствие состояния здоровья и физической работоспособности пострадавшего требованиям при предполагаемой профессиональной деятельности);

- профессиональная ориентация: оповещение пострадавших о наиболее приемлемых и целесообразных для них видах профессиональной деятельности;

- профессиональная подготовка или переподготовка;

- рациональное трудоустройство;

- профессионально-производственная адаптация.

На 20.07.2017 г. в Центры занятости населения поставлено на учет 89 из 158 пострадавших, трудоустроено 28 (17,7 %).

Степень утраты трудоспособности: 10-30 % – у 14 пострадавших, 40-60 % – у 11, 70-80 % имеют 3 человека, то есть 50 % – инвалиды.

Период безработицы: до 1 года – у 8 пострадавших, от 1 года до 5 лет у – 13, от 5-10 лет и более – 7 человек.

Реализуемая Программа способствует достижению конечной цели концепции Фонда социального страхования Российской Федерации по совершенствованию системы медицинской, социальной и профессиональной реабилитации застрахованных лиц, получивших повреждения здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, – возвращению пострадавших к активной профессиональной деятельности с минимальными потерями для здоровья, достижению ими материальной независимости и их интеграции в общество.

Вместо преждевременной пенсии и «социального дна» им дается возможность возвращения к нормальной активной жизни, самообеспечения себя и своей семьи, восстановления социальных связей и отношений, а также самореализации на работе.



МОДЕЛЬ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ РАЗРАБОТКЕ И РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ОПОРЫ И ДВИЖЕНИЯ. ВОПРОСЫ МАРШРУТИЗАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Новосибирской области» Минтруда России,
г. Новосибирск, Россия*

Важную роль в реабилитации и интеграции инвалидов в социум играет правильное формирование специалистами медико-социальной экспертизы индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида), особенно раздела назначения технических средств реабилитации (ТСР). Руководствуясь ст.11.1 Федерального закона от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» специалисты учреждений МСЭ принимают решение об обеспечении инвалидов ТСР при установлении показаний и противопоказаний, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности инвалида. В настоящее время выявляется недостаточность рекомендаций в имеющихся индивидуальных программах реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) в реабилитационных мероприятиях, в том числе и направленных на обеспечение ТСР, а также в части протезирования.

Специалисты учреждения медико-социальной экспертизы Новосибирской области, анализируя качество заполнения направлений на медико-социальную экспертизу, конфликтные ситуации, возникающие при освидетельствовании, приходят к выводу, что сохраняется проблема недостаточной информированности врачей медицинских организаций о показаниях и противопоказаниях для назначения

технических средств реабилитации, о порядке обеспечения ТСР и критериях установления инвалидности. Несмотря на ежемесячно проводимые специалистами Главного бюро МСЭ по Новосибирской области конференции для врачей медицинских организаций, теоретических знаний недостаточно. Разграничение функций структур, участвующих в реабилитационном процессе (медицинские организации (МО), медико-социальная экспертиза (МСЭ), протезно-ортопедические предприятия (ПРОП), фонд социального страхования (ФСС) и др.) приводит часто к несогласованности рекомендаций, принимаемых решений, что значительно удлинит сроки реализации реабилитационных мероприятий, во многих случаях ухудшает ожидаемые результаты.

В целях оптимизации научно-практического сотрудничества в области системы комплексной многопрофильной реабилитации граждан, повышения качества и доступности услуги по освидетельствованию граждан с целью разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида (ребенка-инвалида) в разделе медицинской реабилитации, в том числе протезирования и обеспечения техническими средствами реабилитации 2 марта 2017 г. в Новосибирской области было подписано 4-стороннее соглашение о создании медико-технической комиссии (МТК). Сотрудничество в рамках настоящего соглашения предполагает компетентное и ка-



чественное выполнение сторонами своих полномочий, согласованность при формировании заключения на основании соблюдения действующей законодательной базы Российской Федерации.

Участниками соглашения стали: Министерство здравоохранения Новосибирской области, Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Новосибирской области» Минтруда России, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Я.Л. Цивьяна» Минздрава России, Новосибирский филиал ФГУП «Московское протезно-ортопедическое предприятие» Министерства труда и социальной защиты РФ.

Организованная МТК призвана решать следующие задачи:

- индивидуальное консультирование пациента с целью определения имеющихся нарушений функции и формирования примерного перечня необходимых мероприятий по медицинской реабилитации, в том числе протезированию и обеспечению техническими средствами реабилитации (ТСР);

- анализ проблем, возникающих при определении мероприятий по медицинской реабилитации, в том числе протезированию и обеспечению ТСР пациентов в Новосибирской области;

- подготовка на основе проведенного анализа обоснованных предложений по внесению изменений в нормативно-правовую базу Российской Федерации и Новосибирской области по оптимизации организации медицинской реабилитации граждан в Новосибирской области, а также обеспечения техническими средствами реабилитации за счет средств федерального и (или) областного бюджета.

На организацию медико-технической комиссии оказало влияние поручение Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, где была поставлена цель в проведении мониторинга с выявлением граждан, как взрослых, так и детей, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания и имеющих нарушения функций жизнедеятельности, нуждающихся в ТСР и иных реабилитационных мероприятиях.

Главным бюро МСЭ Новосибирской области был составлен план-график выездов в стационарные организации социального об-

служивания, проведен мониторинг с выявлением граждан, нуждающихся в ТСР и иных реабилитационных мероприятиях, также специалистами проведена медико-техническая комиссия (МТК).

Комиссия посетила 15 стационарных учреждений социального обслуживания, в них находится 3842 инвалида.

Было промониторировано 3380 индивидуальных программ реабилитации или абилитации (ИПР/ИПРА) и определена нуждаемость в разработке ИПР/ИПРА всего 566 инвалидам, из них: нуждаются в коррекции ИПР/ИПРА – 104 инвалида, не имеют ИПР/ИПРА – 462 инвалида, в том числе инвалиды, у которых срок действия ИПР закончился.

Комиссионно осмотрено 216 человек. Выдано заключений о нуждаемости в ТСР 53 пациентам, из них трем инвалидам с ампутационными культями: два заключения на протезирование нижних конечностей и одно – для протезирования верхней конечности, в пяти случаях рекомендована ортопедическая обувь, и двум пациентам корсеты. Также были рекомендованы кресла-коляски комнатные и прогулочные, трости опорные и т.д.

По результатам работы МТК медицинскими организациями, обслуживающими стационарные учреждения социального обслуживания, оформлены направления на медико-социальную экспертизу. За 6 месяцев 2017 года с заявлениями на освидетельствование обратилось 255 граждан (первично и повторно (досрочно)).

Всем разработаны ИПРА, в 96 ИПРА даны рекомендации по обеспечению ТСР (39 %). Кресла-коляски рекомендованы в 27 случаях, подгузники – в 62 случаях, обувь ортопедическая – в 6, протезы – в 5, кресла-стулья с санитарным оснащением – в 2 случаях.

По данным протезно-ортопедического предприятия за период с 01.01.2017 г. по 01.07.2017 г., данная категория лиц в количестве 87 человек была обеспечена такими ТСР, как ортопедическая обувь – 206 пар, протезы нижних конечностей – 34 единицы, протезы верхних конечностей – 5 единиц, полужесткие корсеты – 38 единиц, тьютора на голеностопный сустав – 76 единиц, тьютора на коленный сустав – 76 единиц, аппараты на нижние конечности – 32 единицы.

Организованная межведомственная медико-техническая комиссия позволила опти-



мизировать реализацию реабилитационного маршрута пациента. Участники комиссии при формировании заключения выражают компетентное мнение по реабилитационному потенциалу, прогнозу и нуждаемости в реабилита-

ционных мероприятиях пациента. Заключение комиссии позволяет ускорить процесс оформления документов и реализации реабилитационных мероприятий.



БЕРМАН А.М.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г. Новокузнецк, Россия*

При заболеваниях и травмах крупных суставов, в основном тазобедренного и коленного, сопровождающихся болевым синдромом и контрактурой, возникает выраженное ограничение жизнедеятельности человека, требующее, как правило, использование дополнительных средств опоры и передвижения, а также посторонней помощи. Единственным эффективным методом, способным максимально быстро и полностью устранить возникшие нарушения в суставе, является такое сложное хирургическое вмешательство, как эндопротезирование, выполняемое в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

По данным целого ряда авторов абсолютное большинство случаев тяжелых ортопедических заболеваний приходится на тазобедренный и коленные суставы (95,4 %). Потребность в первичном эндопротезировании тазобедренного сустава составляет 31,1 %, а коленного – 16,3 % из расчета на 10 тыс. взрослого населения.

В клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России эндопротезирование тазобедренного сустава начало выполняться с 1997 года, а коленного – с 2004 года, ежегодно проводится около 250 имплантаций эндопротезов в зависимости от объемов финансирования по ВМП.

На консультативном ортопедическом приеме из ежегодно около 3000 обращений выявляются 18 % пациентов, нуждающихся в эндопротезировании крупных суставов.

Показаниями для артропластики сустава является выраженный болевой синдром в сочетании с наличием контрактуры и артрозом, как правило, 3 степени при неэффективности консервативного лечения.

Противопоказаниями к операции эндопротезирования суставов являются наличие инфекции в организме, де- и субкомпенсация соматических заболеваний, психические расстройства и неврологический дефицит на стороне пораженного сустава.

Из 300-350 человек, ежегодно находящихся в листе ожидания для эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов, 30-35 % пациентам отказывается в проведении оперативного вмешательства при выявлении относительных и абсолютных противопоказаний. В связи с этим сразу возникает много проблем. Являясь инвалидами, эти люди не всегда получают должную оценку своего статуса при прохождении медико-социальной экспертизы; как правило не получают достаточной и необходимой медицинской помощи как в поликлинике, так и в стационарах, испытывают трудности в получении и пользовании дополнительных



средств опоры и передвижения, технических средств реабилитации. В условиях, мягко говоря, недостаточно реализованных мероприятий, в рамках давно существующих программ по созданию безбарьерной архитектуры и доступной среды эти пациенты испытывают значительные физические, моральные и финансовые трудности в бытовой и социальной адаптации, остро нуждаются в медико-социальной защите и посторонней помощи.

Больные, перенесшие эндопротезирование крупных суставов, хотя и значительно меньше, но испытывают те же проблемы, а у лиц трудоспособного возраста нередко возникает необходимость профессиональной реабилитации.

В клинике нашего Центра все пациенты после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов в послеоперационном периоде полностью и полноценно проходят первый этап реабилитации с помощью врачей

ортопедов, терапевтов, неврологов, лечебной физкультуры, психотерапевтов, специалистов по социально-бытовой адаптации. Усилия такого мультидисциплинарного подхода направлены на профилактику и лечение послеоперационных осложнений, восстановление работы мышц и утраченного двигательного стереотипа, обучение ходьбе с использованием вспомогательных средств опоры и передвижения, нормализацию психоэмоционального статуса и бытовую адаптацию, получают консультации и помощь по социальным вопросам и профориентирование, что позволяет у всех больных получать отличные и хорошие результаты.

Таким образом, анализ и учет всех факторов с участием специалистов различного профиля на основе межведомственного взаимодействия является залогом успешной реабилитации инвалидов с тяжелой патологией крупных суставов.



ВАСИЛЬЧЕНКО Е.М.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С УТРАТОЙ КОНЕЧНОСТИ. ЗНАЧЕНИЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ И АЛЬТЕРНАТИВНЫХ СПОСОБОВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МОБИЛЬНОСТИ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г. Новокузнецк, Россия*

За оказанием протезно-ортопедической помощи обращается лишь часть инвалидов после ампутации конечности. Вместе с тем все инвалиды с утратой конечности нуждаются в реабилитационных услугах.

Материал и методы. Были проанализированы данные регистра ампутаций конечности, выполняемых в городе Новокузнецке. Установлено, что за период с июля 2011 по

сентябрь 2012 года было выполнено 264 ампутации нижних конечностей у 215 человек. По данным регистра изучали исходы ампутации конечности у этих пациентов через год после ампутации: смерть, обращение за оказанием протезно-ортопедической помощи.

Судьба пациентов, оставшихся в живых и не обратившихся на первичное протезирование, выяснялась путем телефонного опроса



либо опроса по месту проживания – по месту жительства была направлена бригада специалистов ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России.

Кроме того, был проведен телефонный опрос 84 жителей Кемеровской области с утратой конечности в сроки от 1 до 2 месяцев после ампутации. Предметом опроса были следующие аспекты: информированность граждан о порядке реабилитации (протезирования), статус пациента по шкале Рэнкин, мотивация к протезированию. Персонифицированные сведения о пациентах были получены из Территориального фонда ОМС по Кемеровской области в январе-марте 2017 года в рамках проекта по формированию регионального регистра пациентов с ампутацией конечности.

Результаты. Установлено, что в течение указанного периода умерло 95 человек (44,2%) человек; 32 (14,9 %) пациентам была оказана протезно-ортопедическая помощь; с 47 пациентами не удалось связаться (не отвечали по телефону или не проживали по данному адресу). Специалисты Центра оказали помощь в оформлении документов, необходимых для протезирования, 15 инвалидам. Эти пациенты были протезированы в течение последующих двух месяцев. Таким образом, доля пациентов, которым была оказана протезно-ортопедическая помощь, достигла 21,9 %.

У 3 (1,5%) пациентов было начато оформление документов для первичного протезирования, но на период проведения исследования протезно-ортопедическая помощь еще не была оказана.

У 23 ампутантов (10,7 %) имелась сопутствующая патология, препятствующая проведению мероприятий первичного протезирования: последствия инсульта – у 10 человек; наличие незаживающей раны выявлено у 5 человек; слабость контрлатеральной конечности – у 5 пациентов; контрактура конечности – у 2 больных; слепота – у 1 ампутанта.

В ходе телефонного опроса в период 1-2 ме-

сяцев после ампутации установлено, что около 70 % пациентов имели смутное представление о дальнейшей реабилитации: порядке и сроках обращения за оказанием протезно-ортопедической помощи; порядке оформления инвалидности и разработки ИПРА.

Мотивацию (стремление) обратиться за оказанием протезно-ортопедической помощи имели 57,1 % опрошенных лиц.

Опрос пациентов или их родственников позволил оценить данный контингент с точки зрения нарушений жизнедеятельности и нуждаемости в посторонней помощи. Выявлено следующее распределение лиц с утратой конечности: третью степень по шкале Рэнкин имели 46 % пациентов (умеренное нарушение жизнедеятельности, требуется некоторая помощь, однако способен ходить без посторонней помощи); четвертую степень по шкале имели 38 % (выраженное нарушение жизнедеятельности, неспособен ходить без посторонней помощи, неспособен справляться со своими физическими потребностями без посторонней помощи); пятая степень выявлена у 16 % (тяжелое нарушение жизнедеятельности, прикован к постели, требует постоянной помощи и присмотра персонала). То есть самостоятельно передвигались только 46 % опрошенных больных. Остальные пациенты вряд ли являлись кандидатами на получение протеза.

Таким образом, часть пациентов с утратой конечности в силу тяжести сопутствующей патологии, препятствующей проведению мероприятий первичного протезирования (последствия инсульта, наличие незаживающей раны, слабость контрлатеральной конечности, контрактура конечности, слепота и др.), нуждаются в мерах социальной защиты и реабилитации, в том числе в постороннем уходе, адаптации к креслу-коляске. Необходимо формирование региональной системы реабилитации данного контингента инвалидов.





ВАСИЛЬЧЕНКО Е.М.

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С УТРАТОЙ КОНЕЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г. Новокузнецк, Россия*

Утрата конечности не только негативно влияет на продолжительность жизни, но и влечет за собой существенные социальные потери для самого пациента и его окружения, приводит к значительному социально-экономическому ущербу обществу в целом.

Формирование клиничко-организационной модели (далее – Модель) лечения и реабилитации инвалидов с утратой конечности вследствие заболеваний периферических артерий (ЗПА) способствует решению целей и задач, обозначенных в Государственной программе РФ «Развитие здравоохранения».

Основные цели, реализуемые при формировании и внедрении Модели: увеличение продолжительности жизни инвалидов после ампутации нижней конечности, обусловленной ЗПА; повышение охвата инвалидов протезно-ортопедическими и реабилитационными услугами; повышение уровня мобильности и качества жизни данного контингента. Основные положения Модели обоснованы в рамках выполнения научно-исследовательских работ, выполняемых в рамках Госзаказа (2003г., 2010г., 2014г., 2016г.).

Структурные компоненты Модели

Хирургические стационары и медицинские организации, оказывающие услуги по медицинской реабилитации в регионе; протезно-ортопедическое предприятие; Департамент охраны здоровья населения (ДОЗН) региона; Департамент социальной защиты региона; Фонд социального страхования; информационно-вычислительный центр ДОЗН, аккумулирующий сведения об оказании медицинской помощи в регионе либо территориальный фонд ОМС.

Нормативные компоненты Модели: медико-экономические стандарты, методические рекомендации, приказы и распоряжения органа исполнительной власти.

Информационной основой Модели является персонифицированная система учета ампутированных конечностей.

Критерии прогноза и оценки результата реабилитации

Критерии формирования группы пациентов, нуждающихся в адаптации к креслу-коляске, постороннем уходе.

Оценочные критерии реализации Модели: продолжительность жизни, уровень ампутации, обращаемость на протезирование, качество жизни.

Описание Модели

На первом этапе в регионе создается регистр ампутаций конечности (далее – Регистр), содержащий персонифицированную информацию обо всех случаях усечения конечности.

Оценка показателей 30-дневной и 3-месячной летальности, смертности и выживаемости через один год после ампутации нижней конечности вследствие ЗПА, соотношения голень/бедро (Г/Б) в каждом хирургическом стационаре позволяет сформировать рейтинг медицинских организаций по показателю качества оказания специализированной помощи данному контингенту.

В зависимости от результатов анализа оказания медицинской помощи пациентам с утратой конечности в хирургических стационарах, вероятны следующие мероприятия по оптимизации специализированной помощи контингенту больных с заболеваниями периферических артерий, направленные на увеличение показателя «Г/Б» и продолжительности жизни:



оптимизация численности стационаров, выполняющих ампутации конечности при заболеваниях периферических сосудов; стандартизация разделов оказания медицинской помощи пациентам с критической ишемией конечности; организация проведения семинаров по поводу показаний к ампутации голени и бедра, обеспечение специалистов методическими пособиями и клиническими рекомендациями, согласительными документами; подготовка нормативно-распорядительной документации, обязывающей медицинскую организацию к исполнению медицинских технологий и обеспечивающей контроль.

На основе сведений Регистра выявляются все пациенты с ампутацией конечности, прооперированные в стационарах региона за определенный период.

Используя персональные данные пациентов (домашний адрес, мобильный телефон), проводится их информирование о порядке освидетельствования в учреждении МСЭ и разработке индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА) инвалида, порядке оказания протезно-ортопедической помощи и реабилитации.

В регионе необходимо создать «маршрут» реабилитации пациентов с утратой конечности, в состав которого входят: поликлиника, стационар протезно-ортопедического предприятия или реабилитационный стационар одной из медицинских организаций региона, располагающий специализированным оборудованием и мультидисциплинарной бригадой (врач травматолог-ортопед, инструкторы ЛФК, психолог) для проведения медицинской реабилитации.

Пациенты, способные самостоятельно передвигаться, приглашаются в поликлинику для организации реабилитации. Мероприятия ранней реабилитации проводятся на предпротезном этапе в реабилитационном стационаре или стационаре протезно-ортопедического предприятия (ПрОП); здесь же проводится оценка прогноза способности инвалида к пользованию протезом для выделения группы лиц, нуждающихся в адаптации к креслу-коляске.

После освидетельствования в учреждении МСЭ, разработки ИПРА, получения направления регионального фонда социального страхования инвалид поступает на первичное протезирование в ПрОП. Оптимальным является проведение мероприятий первичного протезирования

на базе стационара. Если протезно-ортопедическое предприятие, локализованное в данном регионе, не имеет своего стационара, необходимо выделить койки в муниципальной медицинской организации из расчета: 9 коек для 100 среднестатистических случаев госпитализаций по поводу первичного протезирования.

Регистр позволяет мониторировать показатели эффективности оказания протезно-ортопедической помощи: обращаемость на первичное протезирование и срок начала протезирования от даты ампутации.

Повышение доли инвалидов, обратившихся за оказанием протезно-ортопедической помощи, достигается на фоне оптимизации оказания медицинской помощи, проведения органосберегающих ампутаций и увеличения соотношения «Г/Б» выше 0,8. Оптимальным сроком начала протезирования считается период 3-4 месяца от даты ампутации. Критерий эффективности реабилитации для инвалида – достигнутый уровень пользования протезом. Максимальные результаты функционального пользования протезом (90 %) достигаются у инвалидов с односторонней культей голени.

Для инвалидов, имеющих противопоказания к протезированию или с нефункциональными результатами протезирования, на базе стационара протезно-ортопедического предприятия целесообразно организовать работу школы по адаптации к креслу-коляске. Кроме того, навыки безопасного и эффективного пользования креслом-коляской инвалиды с утратой конечности и/или члены их семей смогут получить в школе по обучению инвалидов-колясочников в региональных организациях, предоставляющих услуги по социальной и профессиональной реабилитации. Такие организации планируются к открытию в рамках реализации программы «Доступная среда» на 2011-2020 годы.

Инвалиды с утратой конечности, неспособные к компенсации мобильности, нуждаются в посторонней помощи или уходе, который должен обеспечиваться силами семьи и/или учреждений социальной защиты. Основным критерием эффективности реабилитационных мероприятий для данной категории является качество жизни.

Внедрение Модели позволяет снизить смертность через год после ампутации нижней конечности вследствие заболеваний пе-



риферических артерий на 25-30 % за счет реализации органосберегающей парадигмы у контингента больных с критической ишемией при достижении значения соотношения «Г/Б» выше 0,8. Такое увеличение доли ампутаций, проводимых на уровне голени, приведет к росту обращаемости инвалидов за оказанием протезно-ортопедической помощи в сред-

нем на 20-25 %. То есть увеличится доля лиц с уровнем мобильности и самообслуживания, достаточным для независимой жизни. Инвалиды с нефункциональным протезированием или с противопоказаниями к протезированию смогут получить реабилитационные услуги по адаптации к креслу-коляске, что повысит их уровень мобильности и качество жизни.



ВАСИЛЬЧЕНКО Е.М., КАРАПЕТЯН К.К.

ПОДГОТОВКА И ВНЕДРЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ ИНСТРУМЕНТОВ ОЦЕНКИ СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В ПРАКТИКУ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г. Новокузнецк, Россия*

Будучи комплексом мер медицинского, психологического, педагогического, социально-экономического характера, направленным на восстановление или сохранение здоровья, реинтеграцию больных и людей с ограниченными возможностями в общество и восстановление их трудоспособности, медицинская реабилитация имеет особое значение в вопросах формирования благополучного и полноценного общества. Оценка социально-профессионального статуса и здоровья пациентов является основополагающим аспектом, позволяющим наметить целесообразный путь оказания медицинской реабилитации. Оценку здоровья пациентов осуществляет медицинский персонал, и инструментами для этого служат клинические и параклинические методы диагностики. Одновременно с этим для

измерения ограничений социальной вовлеченности и нарушений активности в повседневной жизнедеятельности в реабилитационной практике стран Запада уже несколько десятилетий успешно применяются опросники и тесты и их самоотчетные версии, посредством которых пациенты самостоятельно оценивают свой статус. Эффективность применения таких инструментов в исследованиях описана в многочисленных статьях и докладах, поэтому их подготовка и внедрение в отечественную практику медицинской реабилитации представляется целесообразной.

В связи с тем что одной из основных популяций ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России являются пациенты с травматической болезнью спинного мозга, одним из наиболее подходящих среди доказавших свою валид-



ность инструментов является последняя версия Измерителя независимости при повреждении спинного мозга – SCIM-III (Spinal Cord Injury Measure) и его самоотчётная версия. SCIM-III – шкала измерения нарушений среди пациентов с повреждениями спинного мозга, предназначенная для увеличения чувствительности функциональной оценки пациентов с параплегией или тетраплегией к изменениям в ходе реабилитации. Принципиально другим инструментом, актуальным для практики нашего Центра, представляется Опросник профессиональной реабилитации – WORQ (Work Rehabilitation Questionnaire). WORQ – опросник, предназначенный для оценки социально-профессионального статуса пациентов с ограниченными возможностями.

Будучи англоязычными инструментами, оригинальные версии WORQ и SCIM-III рассчитаны на носителей английского языка и культуры стран Европы и США. Их применение в России возможно было только после кросс-культурной адаптации (локализации), ориентированной на носителей русского языка и культуры России.

Локализация опросника проводилась согласно рекомендациям разработчиков оригинальной версии WORQ: с участием двух профессиональных переводчиков, один из которых является лингвистом, другой – медицинским переводчиком. Процесс подготовки и внедрения WORQ проходил по схожей схеме подготовки SCIM-III, описанной в статье Е.М. Васильченко с соавт. «Измеритель независимости при повреждении спинного мозга (SCIM III). Подготовка русскоязычной версии».

WORQ состоит из двух частей: Часть 1 включает вопросы биографического характера; Часть 2 содержит вопросы (пункты) о функционировании, на которые анкетированный преимущественно отвечает, выставив оценку от 0 до 10. Непосредственное применение самоотчётной версии данного опросника в рамках международного пилотного исследования на базе отделения нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России позволило провести срез статистических данных 200 пациентов с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) по вопросам социально-профессиональной активности (например, трудовой занятости, профподготовки, др.). Также формат опросника обеспечивает возможность наблюдения динамики определённого ранее статуса исследуемых, что и проводится в настоящее время сотрудниками Центра посредством телефонного анкетирования.

Универсальность WORQ позволяет расширить границы его применения. Так, летом 2017 года был запущен совместный проект по отслеживанию динамики социально-профессионального статуса выпускников специализированного учебного заведения для лиц с ограниченными возможностями здоровья ФК-ПОУ «Новокузнецкий государственный гуманитарно-технический колледж-интернат».

Мы полагаем, что сбор сведений и их дальнейший разносторонний анализ позволит подробно изучить такие серьёзные социальные вопросы, как социальная и профессиональная вовлечённость людей с ограниченными возможностями.



РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ (НА ПРИМЕРЕ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ)

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Оренбургской области» Минтруда России,
г. Оренбург, Россия*

Введение. По данным Росстата, в 2016 г. в Оренбургской области доля инвалидов в населении составляла 11,6 %. Рейтинг нашего региона по числу инвалидов в красной зоне – той, где зарегистрирован самый большой процент – выше 10. Ранговое место – 9-е после Белгородской области (16,2 %), Санкт-Петербурга (15,9 %), Москвы (12,9 %), Чеченской Республики (12,8 %), Рязанской, Тамбовской, Липецкой и Курской областей (13,3 – 12,8 – 12,3 – 11,8 % соответственно).

В условиях, когда каждый 9 житель Оренбургской области является инвалидом, вопросы повышения качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья и их реабилитации становятся для регионального правительства особенно актуальными.

Цель. Рассмотреть подходы к реализации рекомендованных мер социальной реабилитации инвалидов на уровне региона.

Материал и методы. Источниками информации являются нормативно-правовые акты федерального и регионального значения, регулирующие организационные, финансовые механизмы реализации программ по социальной реабилитации инвалидов, а также материалы заседания межведомственного координационного Совета по делам инвалидов Оренбургской области по предоставлению социальных услуг гражданам региона (от 27.03.2017 г.).

Результаты. При проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ) на основе реабилитационно-экспертной диагностики и оценки реабилитационного потенциала инвалида специалистами по МСЭ определяется потребность в мерах реабилитации, в том числе социальной.

Государство гарантирует инвалидам пре-

доставление услуг в социальной сфере (Федеральный закон от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»).

В течение последних трех лет в стране складывается непростая экономическая ситуация, вызванная кризисом. Несмотря на сложившиеся экономические трудности, каждому гражданину, которому по результатам проведения медико-социальной экспертизы (МСЭ) устанавливается инвалидность, учреждения МСЭ в обязательном порядке разрабатывают индивидуальную программу реабилитации (абилитации) инвалида, ребенка-инвалида (ИПРА).

ИПРА является юридическим документом; и если программа мер реабилитации для инвалида носит рекомендательный характер, то для исполнителя – обязательный.

Исполнитель обязан выполнить разработанную учреждением МСЭ ИПРА и обеспечить инвалида качественно реализованными реабилитационными мероприятиями, в том числе одной из ее составной части – социальной услугой, от которой также зависит максимальная реализация его реабилитационного потенциала.

Постановлением Правительства Оренбургской области от 30.08.2013 г. № 734пп «Об утверждении государственной программы «Социальная поддержка граждан Оренбургской области» на 2014-2020 годы» (в редакции от 08.08.2016 г. № 563пп) регламентирована реализация социальной реабилитации инвалидам, которые в силу нарушенных функций организма выраженной и значительно выраженной степени полностью или частично утратили способность либо возможность осуществлять самообслуживание, самостоятельное передвижение или обеспечение основных жизненных

потребностей.

В соответствии с рекомендациями в ИПРА им в надомной, стационарной или полустационарной форме должны быть предоставлены социально-бытовые, социально-методические, социально-психологические, социально-трудовые, социально-правовые услуги, а также услуги по повышению коммуникативного потенциала.

Детям-инвалидам дополнительно – услуги по организации отдыха и получения мер медицинской реабилитации в части обеспечения проезда организованных групп детей и сопровождающих их законных представителей, включая обеспечение безопасности в пути следования.

Сложившаяся ситуация в условиях экономических затруднений непростая. Осуществить весь спектр социальных услуг, указанных в Постановлении Правительства Оренбургской области, с учетом реалий сегодняшнего дня только силами социальных служб региона очень сложно. Для исполнения намеченных социальных проектов необходимо подключение региональных ресурсов некоммерческих структур.

Поэтому в соответствии с Федеральным законом от 05.04.2013 г. 344-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» в Оренбургской области проводится конкурсный квалифицированный отбор социально ориентированных некоммерческих организаций (СОНКО), готовых осуществлять на территории Оренбургской области деятельность в сфере социальной реабилитации.

После определения перечня поставщиков социальных услуг им в рамках реализации Постановления Правительства Оренбургской области от 31.10.2014 г. № 829-п «Об утверждении порядка выплаты поставщику социальных услуг, предусмотренных индивидуальной программой, включенных в реестр поставщиков социальных услуг Оренбургской области, но не участвующих в выполнении госзаказа» предоставляются субсидии из областного бюджета на предоставление населению социальных услуг.

Координирует работу поставщиков социальных услуг координационный совет – единый Ресурсный центр поддержки СОНКО, который создан в соответствии с Указом Губернатора Оренбургской области от 29.07.2016 г.

№ 392-ук. Механизм его функционирования и требования к его деятельности основаны на методических материалах Министерства экономического развития РФ.

В состоянии на март 2017 г. в реестре поставщиков социальных услуг зарегистрировано 70 организаций, из них 8-11,4 % из числа социально ориентированных некоммерческих, в т.ч.:

1. Оренбургская областная общественная организация инвалидов «Школа независимой жизни».

2. Оренбургское региональное отделение Общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское общество глухих».

3. Оренбургское региональное отделение Общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское общество инвалидов».

4. Автономная некоммерческая организация «Диаконический Центр «Прикосновение»» (предоставляет услуги лицам, страдающим синдромом Дауна, ментальными нарушениями психики и аутизмом).

5. Оренбургская областная организация Общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское Ордена Трудового Красного знамени общество слепых».

6. Автономная некоммерческая организация «Новая жизнь».

7. Автономная некоммерческая организация «Центр социального обслуживания граждан Оренбургской области «Забота».

8. Оренбургский филиал Автономной некоммерческой организации реабилитационный центр «Ковчег».

Выше перечисленными организациями оказывается широкий спектр социально-бытовых, социально-правовых и социально-педагогических услуг в форме обслуживания на дому и полустационара. Кроме инвалидов, на социальном обслуживании данных организаций состоят свыше 600 граждан.

Полная реализация комплексного плана социальных реабилитационных мероприятий и достижение целевых показателей реабилитации невозможна без государственных и муниципальных учреждений социального обслуживания.

Для беспрепятственного развития социального партнерства между СОНКО и государственными, а также муниципальными учреждениями социального обслуживания



Правительством Оренбургской области в адрес глав городских округов и муниципальных районов были направлены рекомендации «О мерах по государственной поддержке СОНКО» (письмо от 27.10.2016 № 05/16-928). В письме прямо сказано об участии в попечительских советах государственных и муниципальных учреждений социальной сферы заинтересованных СОНКО.

Во исполнение рекомендаций только в 2016 г. 11 государственных учреждений социального обслуживания заключили с 14 СОНКО соглашения (договора) о совместной деятельности с целью качественного предоставления инвалидам мер реабилитации и осуществления общественного контроля.

Координирует совместную работу государственных и муниципальных учреждений социальной сферы и СОНКО министерство социального развития области. Сюда ежеквартально поступает информация о запланированных и реализованных мероприятиях.

Заключение. Социальная реабилитация является составной, но весомой частью реализованной ИПРА. Гарантированная поддержка на уровне государства, активная оптимизация возможностей полноценной реализации инвалидам мер социальной реабилитации на региональном уровне обеспечивает достаточно высокую эффективность мер реабилитации.



ЗОЛОВ Г.К.¹, ЦОЙ В.К.², ВАСИЛЬЧЕНКО Е.М.³

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АМПУТАЦИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ООО «Гранд Медика»¹,

Администрация Кемеровской области²,

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России³,

г. Новокузнецк, Россия

Введение. Различные аспекты ампутации нижних конечностей продолжают оставаться актуальной медико-социальной проблемой. В первую очередь это относится к ампутациям при заболеваниях сосудов и осложнениях сахарного диабета. По-прежнему высоки показатели послеоперационной летальности и смертности в отдаленном периоде, крайне низки показатели восстановления мобильности пациентов, недостаточно разработаны альтернативные пути реабилитации

данного контингента пациентов.

Цель. Определить перспективные направления совершенствования организации хирургической и реабилитационной помощи пациентам с ампутацией конечности.

Материал и методы. Проведен анализ данных регистра ампутаций конечности в Кемеровской области за 2016 год, данных об ампутациях конечности в стационарах г. Новокузнецка и в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ за 1998-2013 гг. Изучены сведения о частоте



ампутаций конечности в населенных пунктах и отдельных стационарах Кемеровской области, проведен сравнительный анализ ампутаций голени и бедра в стационарах г. Новокузнецка и клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ, изучены показатели летальности и смертности при ампутациях на уровне бедра и на уровне голени.

Результаты. Установлено, что основная часть ампутаций выполняется в г. Новокузнецке (24,9 %) и г. Кемерово (20,9 %), еще в двух городах – Прокопьевске и Ленинске-Кузнецком – выполняется соответственно 8,2 % и 7,1 % всех ампутаций конечности. В остальных населенных пунктах проводится от 2 до 35 ампутаций в год (в процентном выражении 0,2-4,0 %).

Анализ по стационарам Кемеровской области показал, что от 50 до 65 операций в год проводится в 6 стационарах, от 40 до 49 – в одном, от 30-39 – в четырех стационарах, в остальных от 2 до 20.

Показатели послеоперационной летальности варьируют от 18,4 % до 50,2 %, за исключением клиники ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ, где послеоперационная летальность составила 7,4 %. Следует отметить, что именно в этой клинике подавляющая часть ампутаций нижних конечностей проводится на уровне голени, в остальных – на уровне бедра.

Установлено, что после ампутации голени показатели послеоперационной летальности

значительно ниже, а выживаемости больных – выше, чем после усечения бедра. Обращения за оказанием протезно-ортопедической помощи и результаты реабилитации также выше среди больных, перенесших ампутацию на уровне голени.

Заключение. Результаты ампутации, как исходы операции, так и эффективность реабилитации, к сожалению, остаются негативными. Ампутация конечности выполняется в большом числе хирургических стационаров, что следует считать неоправданным. В большинстве стационаров хирурги просто не имеют возможности приобрести высокий опыт проведения таких операций, что служит основным источником негативных последствий. Неоправданно часто выполняются ампутации на уровне бедра, что ухудшает как прогноз в части выживаемости, так и перспективы дальнейшей реабилитации больных.

Одним из перспективных направлений в области совершенствования организации помощи данному контингенту пациентов могло бы стать ограничение числа стационаров, участвующих в деятельности по выполнению ампутации конечности, что позволит организовать более эффективную методическую работу среди хирургов, а также будет способствовать оптимизации преемственности хирургического и реабилитационного направлений оказания помощи больным данного профиля.



СИСТЕМА ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПЕЧЕНИ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»
пос. Городище, Республика Беларусь*

Здравоохранение Республики Беларусь в настоящее время имеет достаточный опыт по пересадке печени и тенденцию к увеличению операций по трансплантации этого органа. По данным статистики, доля хирургических операций по пересадке органов ежегодно увеличивается и опережает страны СНГ по числу пересадок, выполняемых на 1 миллион жителей. Так, трансплантация печени впервые в 2008 г. была выполнена 9 пациентам, в 2012 г. – 52. Постоянное совершенствование техники хирургических операций по пересадке органов, в их числе печени, диктует необходимость усовершенствования традиционных подходов к реабилитации пациентов.

Цель исследования – разработать систему экспертно-реабилитационной помощи пациентам, перенесшим трансплантацию печени.

Проведено обследование 57 пациентов после пересадки печени, в их числе мужчин – 29 (50,9 %), женщин – 28 (49,1 %), городских жителей – 53 (93 %), сельских – 4 (7,0 %). Высшее образование имели 23 обследованных (40,4 %), среднее специальное – 18 (31,6 %), среднее – 16 (28,0 %). Средний возраст – 44,1 ± 1,6 лет.

Основными заболеваниями, приведшими к трансплантации печени, явились: цирроз печени вирусной этиологии – 29 (49,1 %), цирроз печени смешанной этиологии – 10 (17,5 %), цирроз печени алиментарно-токсического генеза – 4 (7 %), первичный билиарный цирроз печени – 7 (12,4 %), гепатоцеллюлярный рак – 4 (7 %), первичный склерозирующий холангит – 1 (3,5 %), эритропения с метаплазией селезенки, синдром Киари – 2 (3,5 %). Длительность заболеваний, приведших к пересадке печени, – от 3 до 10 лет составила 35,1 %, а более 10 лет – 64,9 %. Всем выполнялась ортотопическая трансплантация печени. Среди сопутствующих заболеваний при пересадке

печени отмечались следующие: стеноз почечной артерии – 1 (1,7 %), аденома надпочечника – 1 (1,7 %), нефроангиосклероз – 1 (1,7 %), ИБС: атеросклеротический кардиосклероз – 4 (7,1 %), недостаточность кровообращения – 2 (3,4 %), артериальная гипертензия – 4 (7,1 %), сахарный диабет – 2 (3,4 %), неспецифический язвенный колит – 1 (1,7 %), аденома надпочечников 1 (1,7 %).

Использованы методы: общий анализ крови с определением содержания гемоглобина, количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, цветного показателя, СОЭ; общий анализ мочи; биохимическое исследование крови (определение концентрации общего альбумина, холестерина, глюкозы, креатинина, мочевины, мочевой кислоты, калия, натрия, кальция, магния, фосфора, С-реактивного белка, активности АСАТ, АЛАТ, ЩФ); исследование показателя гемостаза: определение АЧТВ, ПТВ с расчетом МНО, концентрации фибриногена; рентгенография органов грудной полости, УЗИ трансплантата, поджелудочной железы, почек; динамическая сцинтиграфия трансплантата; пункционная биопсия и гистологическое исследование трансплантата; определение концентрации антибиотиков в крови при назначении нефротоксических антибиотиков; оценка статуса питания.

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

По результатам выполненной научно-исследовательской работы разработаны и внедрены в практическое здравоохранение показания



и противопоказания для проведения медицинской реабилитации (МР) реципиентов печени, разработаны программы экспертно-реабилитационной диагностики, соответствующие современному уровню развития диагностических технологий и позволяющие ранжировать выявленные нарушения по функциональным классам состояния систем организма, вовлеченных в патологический процесс. Определен порядок проведения медико-социальной экспертизы: оценка функциональных нарушений, ограничений жизнедеятельности по способностям, ранжированных по функциональным классам (от ФК0 до ФК4). Разработаны клинические критерии определения реабилитационного потенциала, программы МР реципиентов печени. Эти программы включают этапы МР: лечебно-реабилитационный, стационарный этап ранней медицинской реабилитации, амбулаторно-поликлинический, домашний; методы реабилитационно-экспертной диагностики; перечень реабилитационных мероприятий

по объему и продолжительности выполнения. Разработана методика физической реабилитации реципиентов печени на этапах МР.

Таким образом, система экспертно-реабилитационной помощи пациентам, перенесшим трансплантацию печени включает: реабилитационно-экспертную диагностику; оценку ограничения жизнедеятельности; определение реабилитационного потенциала; проведение первичной медико-социальной экспертизы; определение клинико-реабилитационных групп; составление индивидуальной программы реабилитации; реализацию индивидуальной программы реабилитации на лечебно-реабилитационном этапе, стационарном этапе ранней медицинской реабилитации, амбулаторно-поликлиническом, домашнем; проведение повторной медико-социальной экспертизы; определение критериев утраты трудоспособности, инвалидности; оценку эффективности проведенной реабилитации.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь*

Использование в практической деятельности положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) позволяет с позиций современных международных подходов объективизировать уровень функционирования пациента, выявить и количественно оценить позитивное или негативное влияние факторов окружающей среды на конкретного пациента в реальной жизненной ситуации.

Цель исследования. Разработать критерии определения реабилитационного потенциала (РП) с использованием положений МКФ у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных в исследовании задач была сформирована целевая выборка пациентов с СД 2 типа, включающая 147 пациентов. Среди обследованных пациентов было 73 (49,6 ± 4,1 %) мужчины и 74 (50,4 ± 4,1 %) женщины. Средний возраст пациентов, включённых в исследование, составил 55,0 ± 0,64 лет. На момент обследования являлись инвалидами 99 (67,3 ± 3,9 %) пациентов. Средняя продолжительность заболевания СД 2 типа составила 7,1 ± 0,6 лет.

У пациентов имелись следующие хронические осложнения СД: диабетическая ретинопатия была диагностирована у 90 (61,2 ± 4,0 %) человек, диабетическая нефропатия - у 46 (31,3 ± 3,8 %), диабетическая дистальная полинефропатия выявлена у 103 (70,1 ± 3,8 %) человек, хроническое облитерирующее заболевание артерий нижних конечностей - у 78 (53,1 ± 4,1 %), ишемическая болезнь сердца встречалась у 116 (78,9 ± 3,4 %) человек, церебральный атеросклероз с 1-2 стадиями дис-

циркуляторной энцефалопатии был выявлен у 15 (10,2 ± 2,5 %) человек.

Всем пациентам было проведено клинико-функциональное обследование с использованием следующих методов: анамнестического, клинико-лабораторного, клинико-инструментального, клинико-экспертного и физикального.

Результаты. Для оценки проблем и потребностей реабилитанта и обеспечения эффективного процесса реабилитации каждому пациенту определяется реабилитационный потенциал (РП). РП больного или инвалида - показатель, оценивающий на основе комплекса медицинских, психологических и социальных факторов реальные возможности восстановления нарушенных функций и способностей организма, в том числе участия в трудовой деятельности. РП с позиций МКФ учитывает способность индивида восстановить нарушенные функции и структуры организма, а также снизить затруднения в осуществлении активности и участия в условиях реально окружающей его среды. На первом этапе исследования нами сформирован базовый набор доменов для оценки уровня функционирования пациентов с СД 2 типа. Из 1424 кодов, предложенных в МКФ, отобран 31 код для характеристики функционирования пациентов с СД 2 типа. Наш метод подбора кодов основан на необходимости всесторонней оценки пациента (его здоровья, индивидуально-личностных особенностей, факторов окружающей его среды) с позиций медико-социальной экспертизы, принятых в Республике Беларусь. На следующем этапе исследования проводилось формирование критериев оценки отклонений или утрат функций и структур организма, ограничений активности и возмож-



ности участия с использованием определителя МКФ. Затем критерии были ранжированы по единой шкале оценки МКФ. Для получения полного представления об уровне функционирования конкретного пациента мы учитывали влияние контекстных факторов, в частности факторов окружающей среды, создающих физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят своё время. Нами разработаны критерии определения РП у пациентов с СД 2 типа. Высокий РП пациентов с СД 2 типа определяется: при полной обратимости или компенсируемости функциональных нарушений, при наличии положительной установки пациента на проведение реабилитации, при возможности компенсации патологии, если облегчающие факторы окружающей среды могут полностью обратить или компенсировать ограничения жизнедеятельности (до лёгких и/или ничтожных проблем в функционировании 0-24 %).

Средний РП больного определяется, если облегчающие факторы окружающей среды обращают ограничения жизнедеятельности до умеренного уровня (до средних проблем в функционировании 25-49 %), при низкой мотивации пациента на выздоровление и труд, но при возможности ее психологической коррекции.

У пациентов с СД 2 типа низкий РП определяется при обратимости нарушений до выраженного уровня (до тяжёлых проблем в функционировании 50-95 %), при высокой мотивации на выздоровление и труд, либо обратимость нарушений до умеренного уровня при низкой мотивации на реабилитацию с возможностью психокоррекции.

Разработанные критерии позволили рассчитать РП у пациентов, включённых в исследование. Так у большинства пациентов, включённых в исследование, определялся средний РП (43 %), у 27 % – высокий РП, низкий РП выявлен у 20 %, у 10 % пациентов РП отсутствовал. Это объясняется тем, что в исследование включены пациенты с первой группой инвалидности, имеющие абсолютные проблемы в функционировании.

Предложенный нами способ определения РП позволяет индивидуализировать проведение МР с учетом состояния здоровья и направленности влияния факторов социальной и физической окружающей среды, оптимизировать критерии реабилитационного потенциала, дает дополнительную возможность с высокой степенью достоверности и объективности оценивать здоровье индивида и формировать программу реабилитации.





МАХОВ В.А.

ОРГАНИЗАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

*ГБУЗ КО «Новокузнецкий медицинский информационно-аналитический центр»
г. Новокузнецк, Россия*

Вопросы организации информационного обеспечения реабилитации и абилитации инвалидов, наряду с другими организационными вопросами, должны занимать одно из ведущих мест в профильной деятельности как органов исполнительной власти субъектов, так и медицинских учреждений региона.

Структурно информационное обеспечение реабилитации и абилитации инвалидов возможно определить в следующих сферах:

- в сфере медицинской реабилитации, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования, санаторно-курортного лечения – разработка комплексных решений и модулей для медицинских информационных систем (классификаторы, в том числе используемые в ЕГСЗИ; блоки медицинских информационных систем; локальные, региональные и федеральные регистры инвалидов в сочетании с учетом отдельных видов медицинской помощи по направлениям реабилитации);

- в сфере профессиональной ориентации, общего и профессионального образования, профессионального обучения – разработка адаптированных программных продуктов для дистанционного образования;

- в сфере содействия в трудоустройстве, производственной адаптации – создание ин-

формационных порталов, выделение исключительного контента на сайтах органов исполнительной власти;

- в сфере социально-средовой, социально-педагогической, социально-психологической и социокультурной реабилитации – разработка на уровне субъекта федерации порталов, предполагающих информационную поддержку в вопросах определения наиболее развитых функций инвалида для его ориентации в окружающей среде и последующего подбора на этой основе вида общественной или семейно-бытовой деятельности;

- в сфере социально-бытовой адаптации – централизованная разработка порталов и сайтов для обучения инвалидов навыкам совершать движения и пользоваться окружающей средой, в том числе средствами транспорта, умению самостоятельно приобретать промышленные и продовольственные товары, владеть другими навыками самостоятельного жизнеобеспечения, посещать общественные места.

В работе проведен анализ текущего состояния информационного поля, связанного с реабилитацией и абилитацией инвалидов в регионе. Предложены направления для работы органов исполнительной власти и внесения изменений в нормативно-правовую базу.





МОДЕЛЬ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ РАЗРАБОТКЕ И РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ- ИНВАЛИДОВ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ В 2016 ГОДУ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Удмуртской Республике» Минтруда России,
г. Ижевск, Россия*

Введение. По данным Отделения Пенсионного фонда Российской Федерации по Удмуртской Республике по состоянию на 01.01.2017 г., численность детей-инвалидов составляет 5639 чел. – 1,6 % от общего количества детского населения в республике (в РФ – 2 %). Ежегодно в ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» проходят освидетельствование около 2,5 тыс. граждан до 18 лет. ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» в 2016 году было разработано 2402 индивидуальные программы реабилитации или абилитации (ИПРА) ребенка-инвалида. В различных мероприятиях медицинской и социальной реабилитации нуждались 100 % детей, в мероприятиях психолого-педагогической реабилитации – 64 %. Нуждаемость в технических средствах реабилитации имела у 26 % детей. В связи с вступлением в силу Приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2015 г. №528н «Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» с 2015 г. и в течение всего 2016-го проводилась работа по организации межведомственного взаимодействия учреждения медико-социальной экспертизы с органами исполнительной власти Удмуртской Республики, ответственных за разработку мер реабилитации и их выполнение, по направлению выписок из ИПРА в органы исполнительной власти с использованием системы межведомственного электронного взаимодействия: по медицинской реабилитации или абилитации – в

Министерство здравоохранения Удмуртской Республики (далее – УР); по профессиональной реабилитации или абилитации – в Министерство труда и миграционной политики УР; по психолого-педагогической реабилитации или абилитации – в Министерство образования и науки УР; по социальной реабилитации или абилитации, – в Министерство социальной, семейной и демографической политики УР; по обеспечению техническими средствами реабилитации - в Министерство социальной, семейной и демографической политики УР, а с 2017 г. – в Фонд социального страхования; при рекомендации физкультурно-оздоровительных мероприятий занятий спортом – в Министерство спорта и туризма УР. В 2016 г. органами исполнительной власти региона разработаны конкретные мероприятия, возложенные на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида. Формирование и размещение выписок в информационной системе «ИПРА» осуществляется в ежедневном режиме, в системе заложен механизм подписания электронной подписью при отправке. При возникновении ошибок отправки предусмотрен функционал обратной связи.

Материал и методы. Проведен мониторинг исполнения ИПРА детей-инвалидов за 6 месяцев 2017 г.

Результаты. Мониторинг исполнения ИПРА Министерством здравоохранения УР показал следующее: выполнение мероприятий медицинской реабилитации составило 98 %. Причиной невыполнения в 60 % случаев явился отказ законного представителя от мероприятий медицинской реабилитации, в 40 % – перенос сроков протезирования и ортезирования по медицинским показаниям. Мониторинг исполнения ИПРА Министерством образования



и науки УР: выполнение мероприятий психолого-педагогической реабилитации о нуждаемости в специальных условиях организации обучения на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК), нуждаемости в психологической помощи, профессиональной ориентации составил 73 %, невыполнение – 27 %. Причиной невыполнения в 54 % явились отказ законного представителя, в 46 % – не обращение родителей в связи с тем, что дети не посещают дошкольное образовательное заведение, что противоречит Концепции развития ранней помощи в РФ на период до 2020 года, утвержденной Распоряжением Правительства РФ 31.08.2016 г. (№1839-р). По данным мониторинга исполнения ИПРА Минсоцполитики УР мероприятия по социальной реабилитации выполнены в 40 %. Причиной невыполнения мероприятий по социальной реабилитации явилось не обращение законного представителя ребенка в органы социальной защиты населения. Обеспечение техническими средствами реабилитации (ТСР) исполнено в 72 %. Причинами невыполнения в 54 % явилось не обращение законного представителя в органы социальной защиты населения, в 46 % – недостаточное финансирование. В течение 2017 г. ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России продолжена работа по совершенствованию межведомственного взаимодействия с органа-

ми исполнительной власти республики по вопросам проведения эффективной реабилитации инвалидов. Итогом данной работы должен стать Федеральный реестр инвалидов, задача которого заключается в том, чтобы инвалиды могли получать информацию обо всех своих правах, индивидуальных программах реабилитации, контролировать работу территориальных органов исполнительной власти по реализации реабилитационных мероприятий. Ресурс позволит оказывать услуги в электронном виде посредством межведомственного электронного документооборота. В конце 2017 г. в УР планируется открытие «Республиканского реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями», что даст возможность оказывать значимую помощь семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями, повысить эффективность реабилитации и поднять уровень адаптации детей в обществе.

Выводы. Учреждение медико-социальной экспертизы совместно с органами исполнительной власти региона, общественными организациями ставят приоритетной задачей обеспечение реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей, создание для них доступности и комфортности среды, создание безбарьерной школы, что позволит добиться успехов в социализации и адаптации ребенка, эффективной интеграции в общество.



ФОРМИРОВАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – Филиал ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России,
г. Новокузнецк, Россия*

Важнейшей целью социальной политики Российской Федерации является увеличение занятости инвалидов.

Всемирная организация здравоохранения в основу «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» заложила биопсихосоциальный принцип. Согласно ему «инвалидность – это результат взаимодействия, которое происходит между имеющимися нарушениями здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами, которые мешают их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими людьми».

Сегодня любое государство, ратифицировавшее Конвенцию ООН о правах инвалидов, в том числе и Россия, взяли на себя обязательства исключить дискриминацию по признакам инвалидности, в том числе право на реабилитацию и труд.

Медицинская реабилитация (МР)

Министерство здравоохранения Российской Федерации приказом № 1705н от 29.12.2012 г. утвердило «Порядок организации медицинской реабилитации».

Впервые в практике отечественного здравоохранения предпринята попытка организации системы медицинской реабилитации. Были определены:

- основные цели и задачи в зависимости от тяжести состояния пациента;
- этапность и преемственность МР;
- мультидисциплинарное осуществление реабилитационной диагностики и практической реализации МР;
- необходимость контроля за эффективностью МР на всех этапах с помощью международных шкал и тестов;
- штатные нормативы и стандарты оснаще-

ния реабилитационных отделений и центров.

Во всех медицинских образовательных учреждениях были созданы кафедры медицинской реабилитации, в том числе в системе последипломного повышения квалификации.

Организован Союз реабилитологов России (СРР), объединивший специалистов по реабилитации по всей стране.

За короткий срок налажено взаимодействие с Европейским Обществом специалистов по физической и реабилитационной медицине (ESPRM).

Минздравом России подготовлены квалификационные требования и профессиональные программы для врачей по физической и реабилитационной медицине и эрготерапии.

Сегодня Министерство здравоохранения РФ определилось с мнением: «какие пациенты являются объектом для медицинской реабилитации»? Это те больные, которым удалось сохранить жизнь. Но у них остаются выраженные нарушения функций организма и необходимо предотвратить, насколько это возможно, инвалидизацию или снизить ее степень. Далее встает вопрос о том, как такой человек будет взаимодействовать с социальной средой и как его приспособить к новому образу жизни. (Г.Е. Иванова, 2016-2017 гг.)

С 1 сентября 2015 г. в 13 субъектах Российской Федерации Минздрав России стартовал пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в РФ».

На 1 этапе (2015-2016 гг.) врачи, входящие в состав мультидисциплинарных бригад, были обучены:

- биопсихосоциальным принципам реабилитации с применением международной классификации функционирования ограничения жизнедеятельности и здоровья;



- выбраны международные шкалы и тесты для оценки эффективности медицинской реабилитации на всех ее этапах;

- разработана единая форма переводного/выписного/ посмертного эпикриза.

На втором этапе (2017-2018 гг.) началась практическая работа по формированию новой модели медицинской реабилитации. Предполагается, что после завершения всех этапов МР у 2500 пациентов будет проведен сравнительный анализ «новой» и традиционной моделей для доказательства эффективности «новой» модели, выявления типичных проблем, лимитирующих формирование системы медицинской реабилитации в стране и порядка дальнейшего межведомственного взаимодействия.

Социально-профессиональная реабилитация

Минтруд России (приказом от 18 августа 2016 г. № 436) утвердил «Техническое задание пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов».

Основными задачами этого проекта стали:

- отработка единых подходов при реализации комплекса мероприятий и программ субъектов РФ, направленных на формирование системы комплексной реабилитации инвалидов во всех регионах страны;

- отработка методов межведомственного взаимодействия по комплексной реабилитации лиц с наличием или вероятным развитием инвалидности;

- выявление негативных факторов, препятствующих формированию системы комплексной реабилитации.

Победителями конкурса стали Свердловская область и Пермский край.

Главная цель пилотного проекта – создание оптимальной модели социальной и профессиональной реабилитации в субъекте РФ.

Полувековой опыт работы с инвалидами позволяет нам отметить наиболее значимые проблемы, которые могут тормозить становление и развитие отечественной системы комплексной реабилитации.

1. На первое место из вероятных трудностей и факторов на пути формирования системы реабилитации мы поставили кадровую проблему.

Сегодня (на 01.01.2016 г.) в государственной системе здравоохранения работает более 570 тыс. врачей разных специальностей и 1,3

млн. медицинских сестер. Большинство из них смутно представляют себе, чем отличается «комплексная реабилитация» от привычного понятия «лечение»; ничего не знают о международной классификации функционирования (МКФ), шкалах и тестах по оценке нарушенных функций, социальной активности и участия; зачем нужна мультидисциплинарная бригада; какие функции, будут возлагаться на врачей по физической и медицинской реабилитации, эрготерапии, кинезотерапии, кто и как их будет готовить?

Это только малая часть кадровой проблемы. Нельзя забывать не только о необходимости переучивания огромного количества опытных врачей и медицинских сестер, но и о неизбежности возрастания нагрузки и отсутствия отлаженной системы контроля качества медицинской реабилитации и дифференцированной оплаты.

2. Не менее сложная проблема – это крайняя недостаточность стационарных и амбулаторных учреждений и центров медицинской реабилитации, отвечающих стандартам как по штатам, так и по их оснащению реабилитационным оборудованием.

Грамотная организация медицинской реабилитации невозможна без отделений (залов, кабинетов) по: эрго- и кинезотерапии; робототехнической и механотерапии; социально-бытовой адаптации; клинической психологии и психотерапии; массажа; рефлексомануальной терапии; мастерской для изготовления и ремонта протезно-ортопедических изделий и других ассистивных реабилитационных устройств.

На фоне серьезных экономических проблем понадобится ремонт и приобретение огромного количества реабилитационного оборудования для медицинских учреждений, включенных в федеральный и региональный реабилитационный маршрут. Одновременно необходимо думать о доступности объектов реабилитации для маломобильных групп населения. Ведь большинство клиник проектировались и строились давно, поэтому во многих из них до сих пор имеется масса архитектурных барьеров, мешающих независимости пациентов. Именно для тяжелых больных на ранних стадиях амбулаторной реабилитации важна шаговая доступность поликлинических и реабилитационных подразделений и наличие низкопольного общественного транспорта.



3. Третья серьезная проблема – это межведомственная разобщенность, отсутствие алгоритма преемственности и последовательности при осуществлении комплексной реабилитации взрослых и детей-инвалидов.

Сегодня каждое ведомство (здравоохранение, социальная защита, медико-социальная экспертиза, образование, занятость, культура и спорт), осуществляющее реабилитационные мероприятия, ориентируется только на свои внутренние нормативные акты.

Объединить эти усилия поручено региональным органам исполнительной власти. Им же предписано наладить учет и электронное сопровождение пациента внутри субъекта федерации.

Пока на практике мы не очень видим грамотного взаимодействия по ранней медицинской, социальной и профессиональной реабилитации. Чаще всего наблюдается определение инвалидности в первые 4-6 месяцев после начала тяжелого заболевания или травмы до завершения намеченных индивидуальных программ реабилитации или абилитации.

4. Еще одной проблемой, затрудняющей раннюю реабилитацию, является:

- устаревший порядок своевременного обеспечения больных и инвалидов техническими средствами реабилитации и протезно-ортопедическими изделиями. О какой ранней реабилитации можно говорить, если сегодня невозможно приступить к протезированию или снабжению пациента ТСР без наличия инвалидности;

- скромный, гарантированный государством, перечень реабилитационных технических (ассистивных) средств для компенсации или восстановления нарушенных функций;

- слабая отечественная реабилитационная индустрия и отсутствие научно-исследовательских учреждений по разработке ТСР и протезно-ортопедических изделий.

5. Невозможно двигаться вперед без единых количественных и качественных критериев эффективности комплексной реабилитации, в том числе их экономической оценки.

6. Исходя из мирового опыта развития PRM

мы можем ожидать развития междисциплинарного конфликта между старой и хорошо развитой школой врачей и специалистов по физиотерапии, лечебной физкультуре и санаторно-курортному лечению и молодыми малочисленными врачами, зарождающихся в стране новых специальностей по физической и реабилитационной медицине, эрготерапии, кинезотерапии.

В заключение нельзя не отметить, что в 2015 году Фонд социального страхования Российской Федерации в 16 регионах страны начал осуществлять свой пилотный проект «Совершенствование системы медицинской, социальной и профессиональной реабилитации лиц, получивших повреждение здоровья вследствие тяжелых несчастных случаев на производстве».

В основу эксперимента был положен «реабилитационный менеджмент». Врачи региональных отделений фонда социального страхования, после повышения квалификации по МР, стали координаторами ранней комплексной реабилитации на всех этапах. Комплексная медико-социальная реабилитация легла на плечи 12 подведомственных ФСС центров реабилитации.

Раньше (в 2013-2014 гг.) лишь 17-18 % из числа тяжело пострадавших на производстве возвращались к труду. По итогам работы по новому проекту в 2016 году 55-60 % лиц, получивших трудовое увечье, продолжили свою трудовую деятельность. В Кузбассе этот показатель составил 67,4 %. Важно, что подавляющее большинство реабилитированных (88 %) были в трудоспособном возрасте.

Первый опыт ранней комплексной реабилитации тяжело пострадавших на производстве стал весьма убедительным аргументом в пользу формирования Государственной системы реабилитации.

Избежать негативные факторы, грамотно и быстро создать эту систему невозможно без разработки Федерального закона «О комплексной реабилитации больных и инвалидов в Российской Федерации».



ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РАМКАХ РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования
врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Реализация индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида носит государственный характер гарантий соблюдения прав инвалидов в области медицинской, профессиональной и социальной реабилитации и разрабатывается с учетом особенностей и потребностей реабилитантов.

Материал. Обобщен научно-практический опыт реализации социально-реабилитационных услуг инвалидам пожилого возраста в Санкт-Петербурге.

Методы. Аналитический и экспертных оценок.

Результаты. В настоящее время организация реабилитации инвалидов пожилого возраста сопряжена как с проблемами методологического, так и организационного и технологического свойств. В процессе освидетельствования лиц пожилого возраста по результатам проведения экспертно-реабилитационной диагностики с оценкой клинко-функциональных, профессионально-трудовых, социально-бытовых, психологических данных специалисты федеральных казенных учреждений медико-социальной экспертизы (ФКУ МСЭ) определяют структуру, степень ограничений жизнедеятельности и нуждаемость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию. Согласно действующему законодательству участие специалистов медико-социальной экспертизы в процессе формирования конкретных мероприятий в ИПРА минимизировано и не предполагает определение конкретных видов и объемов реабилитации. Между тем актуальной проблемой является отсутствие скоординированного межведомственного взаимодействия между специалистами ФКУ МСЭ – определяющих потребность в реабилитации

и разрабатывающих ИПРА, и специалистами медицинских организаций, службы занятости и социальной защиты населения – реализующих мероприятия ИПРА. Деятельность учреждений, реализующих ИПРА, имеющих различную ведомственную подчиненность (одни относятся к системе здравоохранения, другие – к системе социальной защиты, третьи – к службе занятости), не имеет четкой координации и согласованности. Для повышения эффективности реабилитации инвалидов пожилого возраста актуальным является создание единой информационной базы, что позволит пользователям активно взаимодействовать на всех этапах реабилитационного процесса.

Несомненно, достижение повышения эффективности реабилитационных мероприятий у инвалидов пожилого возраста с учетом современной биопсихосоциальной модели инвалидности возможно лишь в условиях единой функционирующей системы, предусматривающей преемственность ведения инвалида пожилого возраста прежде всего между службами здравоохранения и социальной защиты. Для повышения эффективности реабилитационных мероприятий необходимо комплексное «сопровождение» пожилого инвалида на всех этапах реабилитации, что будет способствовать повышению качества и доступности реабилитационных мероприятий.

При всем многообразии потребностей инвалидов пожилого возраста в реабилитационных мероприятиях у них существует также потребность в долговременных сроках оказания медико-социальной помощи. Известно, что значительная часть инвалидов пожилого возраста нуждается не в мерах реабилитации, включая восстановительное лечение, а, прежде всего, в поддерживающем лечении, в мерах медико-



социальной помощи (помещение в хосписы, больницы сестринского ухода, в социальных услугах). Такие особенности потребностей пожилых инвалидов не предусмотрены и не отражаются в ИПРА инвалида. Медико-социальные услуги (помощь) инвалиды пожилого возраста получают значительно реже, чем реабилитационные услуги, а реализация их возможна лишь при самостоятельном обращении в отделы социальной защиты населения и социальные службы. Отсутствие возможности отражать данные потребности в ИПРА отрицательно влияет на эффективность социальной адаптации и интеграции пожилых инвалидов.

Одним из направлений решения проблем реабилитации инвалидов пожилого возраста, имеющим группу инвалидности «бессрочно», является разработка ИПРА для внесения новых рекомендаций с использованием формы направления в ФКУ МСЭ, утвержденного Приказом Минздравсоцразвития России № 874 «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу, выдаваемого органом, осуществляющим пенсионное

обеспечение, или органом социальной защиты населения». Поскольку в данном случае не требуется проведение диагностических, лечебных мероприятий, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, то возможно предоставление уже имеющихся медицинских документов, подтверждающих ограничения жизнедеятельности. Данная форма направления отражает социальные характеристики инвалида, степень его социальной недостаточности, что соответствует цели освидетельствования. Дифференцированный подход с объективным определением потребностей инвалидов позволит более обоснованно решать вопросы разработки ИПРА.

Заключение. Таким образом, устранение существующих организационных проблем в процессе реализации ИПРА, согласованная деятельность специалистов различных ведомств, осуществляющих предоставление реабилитационных и социальных услуг, будут способствовать повышению качества жизни инвалидов пожилого возраста.



ШЕСТАКОВ В.П., СВИНЦОВ А.А.

ДОСТИЖЕНИЯ ИНСТИТУТА РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов
им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. В институте реабилитации и абилитации инвалидов центра за последние 5 лет проведены перспективные научные исследования, и их результаты внедрены в практику деятельности федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъектов РФ, феде-

ральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы, реабилитации инвалидов и абилитации детей-инвалидов по следующим направлениям:

- технологии мониторинга соблюдения прав инвалидов;
- технологии медико-социальной экспер-



тизы, реабилитации инвалидов и абилитации детей-инвалидов;

- технологии стандартизации в области медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, условий труда инвалидов;

- современные образовательные технологии в области медико-социальной экспертизы, реабилитации инвалидов и абилитации детей-инвалидов.

Цель. Обобщение основных направлений научных исследований, проводимых в центре, и их внедрение в практику в области реабилитации и абилитации инвалидов.

Материал и методы. Результаты научных исследований за последние пять лет и опыт их внедрения в практику.

Результаты.

1. Для федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации в 2013 г. разработаны методические рекомендации «Методология и методика мониторинга соблюдения обязательств Российской Федерации по Конвенции ООН о правах инвалидов». На основе проведенного совместно с Минтрудом России анализа полученных материалов подготовлен первоначальный доклад Российской Федерации Комитету ООН о правах инвалидов «О мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции ООН о правах инвалидов, и о прогрессе, достигнутом в соблюдении прав инвалидов в течение двух лет после ее вступления в силу для Российской Федерации» (с приложениями, поясняющими доклад).

2. «Кодификатор категорий инвалидности» – исследование, проведенное в 2011 г., представляет собой электронную базу знаний (БЗ) для специалистов, работающих в области реабилитации, позволяющую связать нарушенные функции организма определенной степени выраженности с изменениями активности и участия и необходимыми реабилитационными/абилитационными мероприятиями, услугами и техническими средствами реабилитации. БЗ является рабочим инструментом при составлении программ реабилитации больным и инвалидам. БЗ может быть использована специалистами независимо от ведомственной принадлежности, в том числе в реабилитационной индустрии, и позволяет определить, для каких нарушенных функций может быть использовано то или иное техническое средство реабилитации.

3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) – ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России является Сотрудничающим центром ВОЗ семейства международных классификаций ВОЗ и занимается вопросами развития и классификации, адаптацией и внедрением передовых технологий, основанных на данной классификации. В настоящее время классификация является международным стандартом при описании состояний, связанных со здоровьем, включая вопросы реабилитации и оказания ранней помощи. Проведены исследования по базовым наборам МКФ (БН МКФ) – одна из технологий ВОЗ, позволяющих стандартно ставить цели и организовывать реабилитацию. БН МКФ делится по нозологическому типу. В настоящее время заканчивается работа по методическим рекомендациям для работы с инвалидами с нарушениями опорно-двигательного аппарата и сенсорных систем, начата разработка методических рекомендаций для детей с последствиями ДЦП. Разработана технология оценки реабилитации инвалидов вследствие нарушений функций кровообращения с учетом МКФ. Показана эффективность реабилитации на основании данных федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы с учетом положений МКФ.

4. Разработка технологий профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов вследствие умственной отсталости, которые учитывают интеграцию эффективных технологий профессиональной ориентации, профессиональной подготовки и трудоустройства данной категории инвалидов как на открытом рынке труда, так и в специально созданных условиях, что позволяет вовлекать в трудовую деятельность инвалидов с различными степенями умственной отсталости, более полноценно включать их в различные сферы жизнедеятельности.

5. Технология персонального сопровождаемого трудоустройства содействует реализации трудового потенциала инвалидов, способных к выполнению трудовой деятельности с помощью других лиц, их трудоустройству в открытом рынке труда. Она предназначена для специалистов реабилитационных учреждений, учреждений социального обслуживания, службы занятости, занимающихся вопросами профессиональной реабилитации инвалидов,



а также для специалистов федеральных учреждений МСЭ.

6. Технология социальной занятости – одно из направлений решения проблемы рационального трудоустройства инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Технология социальной занятости дает возможность инвалидам, трудовая и профессиональная деятельность которых значительно затруднена в силу состояния здоровья, участия в социально значимой деятельности, соответствующей возрасту человека и его возможностям; повышения социальной и производственной адаптированности; поддержания трудового стереотипа; поддержания/развития мотивации к труду; формирования/восстановления/поддержания общетрудовых и профессиональных навыков; позволяет осуществлять подбор видов, режима и условий труда с учетом состояния здоровья инвалида и последующее трудоустройство на открытом рынке труда.

7. Технологии стандартизации в области медико-социальной экспертизы и реабилита-

ции инвалидов, условий труда инвалидов, в рамках которых разработаны и внедрены десятки национальных стандартов.

8. Институт проводит повышение квалификации специалистов органов и учреждений социальной защиты населения, занятости и федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы по вопросам комплексной реабилитации инвалидов, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов и абилитации детей-инвалидов, обеспечения доступной среды жизнедеятельности для инвалидов с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных, электронного обучения. Обучение осуществляется и на проводимых институтом научно-практических конференциях с международным участием.

Заключение. Институт реабилитации и абилитации инвалидов проводит научные исследования по актуальным вопросам реабилитации инвалидов и активно внедряет их результаты в практику.



ШОШМИН А.В., БЕССТРАШНОВА Я.К.

ОЦЕНКА СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ В СУБЪЕКТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов
им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение/Цель. Развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Российской Федерации зависит от федерального и местного нормативно-методического обеспечения. Важным инструментом этого процесса является программно-целевой метод. Для развития системы реабилитации

и абилитации на уровне субъекта Российской Федерации должна быть разработана соответствующая программа. Перед ее разработкой и на этапах выполнения необходимо проводить оценку системы реабилитации и абилитации. Для формирования единых методических подходов к оценке была разработана специальная методика.



Материал и методы. Были проанализированы отечественные и зарубежные программы, направленные на развитие реабилитации, их основные компоненты и группы показателей, отражающие эффективность программ. Показатели были сгруппированы, обсуждены на федеральном уровне и с представителями исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

Результаты. Было выделено четыре типовых показателя: «Сформированность комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в субъекте Российской Федерации», «Удовлетворенность инвалидов (их законных или уполномоченных представителей) реабилитационными или абилитационными услугами», «Сформированность кадрового обеспечения системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в соответствии с потребностью в реабилитационных и абилитационных услугах», «Сформированность информаци-

онной базы системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в соответствии с потребностью в реабилитационных и абилитационных услугах». Каждый из показателей характеризуется от 2 до 5 признаками, которые имеют относительный характер и значения, близкие к 1.

Заключение. Разработанная методика позволяет проанализировать развитие системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей инвалидов, в разных субъектах Российской Федерации. Результаты оценки отражают эффективность программы и существующей системы. Программа развития системы реабилитации и абилитации инвалидов субъекта Российской Федерации является основой для определения направлений для ее совершенствования и для разработки соответствующей целевой программы субъекта Российской Федерации.







ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ. СТАТИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ



АНАЛИЗ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМ, ОТРАВЛЕНИЙ И ДРУГИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ВНЕШНИХ ПРИЧИН В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014-2016 ГОДАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области»
Минтруда России, I экспертный состав,
г. Иркутск, Россия*

В Иркутской области в 2014 и 2015 гг. в структуре первичной заболеваемости взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше) травмы, отравления и некоторые другие воздействия внешних причин занимают второе место после болезней органов дыхания (16,5 % в 2014 г. и 16,2 % в 2015 г.) и входят в тройку основных причин смертности населения Иркутской области (2014 г. – 178,2 и 2015 г. – 160,2 на 100 тыс. населения), уступая болезням системы кровообращения (671,1 и 672,2 на 100 тыс. населения) и новообразованиям (205,0 и 208,5 на 100 тыс. населения). По смертности от травм и отравлений область занимает 17 место среди 85 субъектов Российской Федерации.

Анализ инвалидности по последствиям травм, отравлений и других воздействий внешних причин (далее – последствия травм) в Иркутской области в 2014-2016 гг. проведен на основании электронной базы данных о гражданах в возрасте 18 лет и старше с заболеваниями, включенными в МКБ-10 в рубрики Т90-Т98 «Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин», прошедших освидетельствование в 2014-2016 гг. в ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.

В структуре первичной инвалидности взрослого населения инвалидность вследствие последствий травм в 2014-2016 гг. занимает стабильно четвертое ранговое место (доля впервые признанных инвалидами в анализируемом периоде составляла от 9,2 % в 2014 г. до 6,8 % в 2016 г.). Интенсивный показатель первичной инвалидности (ИППИ) вследствие последствий травм в 2016 г. снизился в сравнении с 2014 годом в 1,4 раза и составил 5,4 на 10 тыс. населения (2014 г. – 7,6 на 10 тыс.

населения; 2015 г. – 4,6 на 10 тыс. населения), что в 1,9 раза выше аналогичных показателей по Российской Федерации (2014 г. – 3,1, 2015 г. – 2,4 на 10 тыс. населения) и в 1,6 раза выше по Сибирскому Федеральному округу (2014 г. – 4,1, 2015 г. – 0,2 на 10 тыс. населения).

Среди впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие последствий травм доля лиц, проживающих в городской местности, значительно выше доли лиц, проживающих в сельской, и составляет в 2016 г. 78,9 % (2015 г. – 80,0 %, 2014 г. – 79,3 %). ИППИ в 2016 г. городского населения составил 5,2 и сельского населения – 5,7 на 10 тыс. населения (в 2015 г. равны и составили 4,6 на 10 тыс. населения, в 2014 г. городского – 7,5 на 10 тыс. населения, сельского – 2,0 на 10 тыс. населения).

В структуре первичной инвалидности вследствие последствий травм по возрасту в 2014-2016 гг. доля инвалидов трудоспособного возраста значительно преобладает над долей инвалидов пенсионного возраста: в 2016 г. – 72,9 % и 27,1 %, в 2015 г. – 70,9 % и 29,1 %, в 2014 г. – 71,9 % и 28,1 % соответственно. Интенсивные показатели среди лиц трудоспособного и пенсионного возраста (5,5 и 5,1 на 10 тыс. населения соответствующего возраста) примерно одинаковы. ИППИ вследствие последствий травм у лиц трудоспособного возраста в 2016 г. незначительно вырос в 1,2 раза и составил 5,5 по сравнению с 2015 г. (4,5 на 10 тыс. населения); в 2014 г. – 7,5 на 10 тыс. населения.

В нозологической структуре первичной инвалидности по последствиям травм в анализируемом периоде лидировала доля последствий травм опорно-двигательного аппарата (2014 г. – 65,1 %, 2015 г. – 77 %, 2016 г. – 76 %), показатель инвалидности на 10 тыс. населения



составил в 2014 г. – 5,0, 2015 г. – 3,5, 2016 г. – 4,1 на 10 тыс. населения. На втором ранговом месте – последствия травм головы, удельный вес которых составлял в 2014 г. – 12,4 %, 2015 г. – 14,1 %, 2016 г. – 13,6 %; ИППИ в 2014 г. – 0,4, 2015 г. – 0,6, 2016 г. – 0,7 на 10 тыс. населения. На третьем месте – последствия термических и химических ожогов и отморожений с удельным весом в 2014 г. – 8,2 %, 2015 г. – 8,8 %, 2016 г. – 10 %; ИППИ в 2014 г. – 0,6, 2015 г. – 0,4, 2016 г. – 0,5 на 10 тыс. населения. Из последствий всех травм доля полученных в результате ДТП в 2016 г. составила 14,0 % (ИППИ 0,8 на 10 тыс. населения). В Российской Федерации эта доля в 2015 г. составила 16,8 % (ИППИ 0,4), в СФО – 15,6 % (ИППИ 0,5).

В структуре инвалидности вследствие последствий травм по тяжести в 2016 г. отмечается значительное преобладание ВПИ III группы – 54 %, инвалиды II группы составляют 26,9 %, инвалиды I группы – 19,1 %; в 2015 г. ВПИ III группы – 50,3 %, инвалиды II группы составляют 28,8 %, инвалиды I группы – 20,9 %; в 2014 г. инвалиды III группы составляли 50,4 %, инвалиды II группы – 32,5 %, инвалиды I группы – 17,1 %.

В 2016 г. при переосвидетельствовании по поводу последствий травм повторно признаны инвалидами 2037 человек (из 2221 переосви-

детельствованных), 2015 г. – 2137 человек, в 2014 г. – 2779 человек, что составляет соответственно по годам 7 %, 7,4 % и 8,3 % от всех нозологических форм, приведших к инвалидности.

Самым высоким остаётся суммарный показатель стабильности групп инвалидности при переосвидетельствовании (2016 г. – 73,8; 2015 г. – 62,9; 2014 г. – 73,2 на 100 инвалидов). Суммарный показатель утяжеления групп инвалидности в 2016 г. увеличился по сравнению с 2015 г. в 1,4 раза и составил 7,7 на 100 инвалидов, в 2015 г. – 5,4 на 100 инвалидов (2014 г. – 7,6 на 100 инвалидов). Показатель полной реабилитации в 2016 г. снизился в 2 раза относительно 2015 г. и составил 8,3 на 100 инвалидов (в 2015 г. – 16,9, 2014 г. – 8,6). Показатель частичной реабилитации в 2016 г. снизился в 1,3 раза относительно 2015 г. (40,7 на 100 инвалидов), в 2014 г. – 30,9 на 100 инвалидов. В итоге показатель суммарной реабилитации в 2016 г. составил 31,4 на 100 инвалидов.

Таким образом, уровень первичной инвалидности взрослого населения вследствие последствий травм в течение 3 лет снизился с темпом убыли 28,9 %, показатель полной реабилитации подвергался колебаниям с падением в 2 раза в 2016 г. по сравнению с 2015 г.



АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ, ПЕРВИЧНОЙ И ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ ДЕТСКОГО И ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО БОЛЕЗНЯМ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России,
г. Якутск, Россия*

Основными показателями здоровья населения является заболеваемость, инвалидность и смертность. При этом заболеваемость и первичная инвалидность населения являются ключевыми факторами, характеризующими уровень общественного здоровья и социально-экономического развития страны.

Заболеваемость – показатель, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных в медицинских учреждениях болезней среди населения в целом или в отдельных его группах. Первичная заболеваемость – совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных среди населения заболеваний. Первичная инвалидность – отношение числа лиц, впервые признанных инвалидами в данном календарном году, к населению в целом или к его отдельным группам.

Из всей структуры общей и первичной заболеваемости, первичной инвалидности болезни костно-мышечной системы являются одними из основных нозологических форм, обуславливающих инвалидность. Болезни костно-мышечной системы, представляя собой актуальную социальную, медицинскую и экономическую проблему, характеризуются

широкой распространенностью. При этом распространенность их значительно превышает заболеваемость по обращаемости населения в медицинские учреждения.

В работе описывается статистический анализ динамики уровня первичной и общей заболеваемости (на 1000 населения) в сравнении с уровнем первичной инвалидности (на 10000 населения) по болезням костно-мышечной системы среди детского и взрослого населения Республики Саха (Якутия) за три года наблюдения.

В 2016 г. по уровню первичной заболеваемости на 1000 взрослого населения республики среди всех классов болезней болезни костно-мышечной системы заняли 7 ранговое место, в 2014 г. данный класс болезней занимал 8-е, а в 2015 г. – 9 место. Показатель первичной заболеваемости в динамике не стабилен и составил в 2016 г. – 32,4, занимая среднее положение между 2014 г. (41,3) и 2015 г. (26,6). Убыль в 2016 г. в сравнении с 2014 г. на 21,6% и прирост ее в сравнении с 2015 г. на 21,9 %.

Среди детского населения республики первичная заболеваемость по болезням опорно-двигательного аппарата находится стабильно на 10 месте среди всех болезней (2016 г. – 27,6, 2015 г. – 28,1, 2014 г. – 31,7), и в отношении на

Таблица 1 – Первичная заболеваемость населения по болезням костно-мышечной системы среди детского и взрослого населения Республики Саха (Якутия) за 2014-2016 гг.

Возрастная группа	Ранговое место по классам болезней			Уровень на 1000 населения			Прирост уровня к 2014 г. (%)	Прирост уровня к 2015 г. (%)
	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.		
Дети	10	10	10	31,7	28,1	27,6	-11,1	-1,3
Взрослые	8	9	7	41,3	26,6	32,4	-21,6	21,9

Таблица 2 – Общая заболеваемость по болезням костно-мышечной системы среди детского и взрослого населения Республики Саха (Якутия) за 2014-2016 гг.

Возрастная группа	Ранговое место по классам болезней			Уровень на 1000 населения			Прирост уровня к 2014 г. (%)	Прирост уровня к 2015 г. (%)
	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.		
Дети	10	10	10	42,6	44,9	43,7	4,3	-2,0
Взрослые	4	6	6	158,1	156,7	140,5	-11,2	-10,4

1000 населения данный показатель динамично снижается, убыль за 2016 г. в сравнении с 2014 г. составила 11,1 %, а в сравнении с 2015 г. – 1,3 %.

В 2016 г. по уровню общей заболеваемости среди взрослого населения болезни костно-мышечной системы занимают 6 место с уровнем на 1000 населения – 140,5 (2015 г. – 156,7, 2014 г. – 158,1), и снижаясь в сравнении с 2014 г. на 11,2 %, на 10,4 % – в сравнении с 2015 г.

Среди детского же населения общая заболеваемость по болезням опорно-двигательного аппарата находится также стабильно на 10 ранговом месте, как и по первичной заболеваемости, но по уровню заболеваемости в отношении на 1000 детского населения в динамике за три года имеются различия. Так в 2016 г. уровень общей заболеваемости составил 43,7, занимая среднее положение между 2014 г. (42,6) и 2015 г. (44,9). Данный показатель в сравнении с 2015 г. снизился на 2,0 %, но в сравнении с 2014 г. все же выше на 5,4 %.

Медико-социальная значимость болезней опорно-двигательного аппарата определяется их большой распространенностью, хроническим прогрессирующим течением, ростом показателей первичной заболеваемости и инвалидности, значительными прямыми и косвенными экономическими затратами, а также снижением качества жизни и сокращением ее продолжительности.

В Республике Саха (Якутия) среди взрослого населения в структуре первичной заболеваемости болезни костно-мышечной системы занимают относительно среднее положение, имея тенденцию к снижению, и одно из значимых положений в структуре общей заболеваемости, свидетельствуя о высоком уровне прогрессирования и перехода к хроническим формам данных заболеваний у лиц старше 18 лет. По детскому населению как первичная,

так и общая заболеваемость по ранговому положению находятся стабильно на одном уровне. Обращаемость детей по данным заболеваниям несколько ниже, чем среди взрослого населения. Обусловлен данный факт тем, что у лиц старшего возраста наблюдается высокая распространенность таких заболеваний, как остеоартроз, спондилит и прогрессирующее ревматоидное артрит, что способствует развитию инвалидности. Оценим динамику первичной инвалидности по болезням костно-мышечной системы среди детского и взрослого населения Республики Саха (Якутия) за три года наблюдения.

По статистическим наблюдениям показатель первичной инвалидности болезней костно-мышечной системы среди взрослого населения в 2016 г. в республике составил 4,3, при этом уровень стабильно снижается в динамике: значительное снижение на 52,2 % в сравнении с 2014 г. (9,0) и на 8,5 % в сравнении с 2015 г. (4,7). Тем не менее болезни костно-мышечной системы в структуре первичной инвалидности за последние годы стойко занимают значимое 3 ранговое место не только в Республике Саха (Якутия), но и в России. Опережают их болезни системы кровообращения и злокачественные новообразования по Республике Саха (Якутия).

Первичная инвалидность за три года по болезням опорно-двигательного аппарата среди детского населения занимает нестабильное положение, значительно снизившись в 2015 г., она заняла одно из средних ранговых положений, но в 2016 г. снова зафиксирована тенденция к росту показателя – 1,2 (2015 г. – 0,7, 2014 г. – 1,7), поднявшись на 7 место. Убыль за 2016 г. в сравнении с 2014 г. составляет 29,4 %, прирост на 71,4 % в сравнении с 2015 г.

Анализ динамического наблюдения статистических показателей по болезням костно-мы-

Таблица 3 – Первичная инвалидность по болезням костно-мышечной системы среди детского и взрослого населения Республики Саха (Якутия) за 2014-2016 гг.

Возрастная группа	Ранговое место по классам болезней			Интенсивный показатель (ИП) на 10000 населения			Прирост ИП (%) в сравнении с 2014 г.	Прирост ИП (%) в сравнении с 2015 г.
	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.		
Дети	5	8	7	1,7	0,7	1,2	-29,4	71,4
Взрослые	3	3	3	9	4,7	4,3	-52,2	-8,5

шечной системы среди взрослого населения Республики Саха (Якутия) показал, что в целом в 2016 г. в сравнении с 2014 г. по всем указанным выше показателям наблюдается тенденция к снижению. В сравнении с 2015 г. исключение составляет первичная заболеваемость с приростом в 2016 г. на 21,9 %, но данный показатель не выше уровня 2014 г. По детскому населению республики в сравнении с 2014 г. в 2016 г. показатели первичной заболеваемости и первичной инвалидности снизились, при этом по первичной заболеваемости уровень в динамике стабильно снижается. В 2016 г. отмечается некоторый прирост уровня по первичной инвалидности в сравнении с 2015 г., что скорее обусловлено внесением изменений в классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы, но все же данный показатель ниже чем в 2014 г. По общей же заболеваемости среди детского населения в 2015 г. наблюдался прирост показателя в сравнении с 2014 г., а в 2016 г. он снизился, но не дошел до уровня 2014 г.

Некоторое снижение заболеваемости и инвалидности по болезням костно-мышечной системы в Республике Саха (Якутия) наблюдается благодаря достаточно большому вниманию, уделяемому вопросам изучения различных аспектов реабилитации больных и инвалидов вследствие болезней костно-мышечной системы в нашей стране, и достижениям существенных результатов в восстановительном лечении, эндопротезировании, обеспечении этого контингента инвалидов техническими средствами реабилитации. За последние годы благодаря достижениям фармакологии разработаны современные методы профилактики прогрессирования болезней костно-мышечной системы и, соответственно, инвалидности.

Тем не менее, учитывая, что болезни костно-мышечной системы занимают одно из лидирующих положений в структуре первичной инвалидности, медико-социальная значимость данной патологии остается актуальной проблемой, определяющей необходимость совершенствования системы реабилитации данного контингента больных и инвалидов.

С целью предупреждения прогрессирования костно-мышечных заболеваний, развития функциональной недостаточности, профилактики временной нетрудоспособности и инвалидности необходимо раннее выявление, улучшение качества диспансеризации и восстановительного лечения больных, обеспечение необходимыми дорогостоящими лекарственными препаратами (в том числе биологическими агентами) больных с начальными формами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани с целью профилактики инвалидности, расширение перечня заболеваний для обеспечения из средств федерального бюджета дорогостоящими лекарственными препаратами больных вне зависимости от наличия инвалидности, включение в программу обязательного медицинского страхования дорогостоящего амбулаторного медикаментозного лечения в случае тяжелого и прогностически неблагоприятного течения заболевания, внедрение в деятельность реабилитационных учреждений современных медицинских, реабилитационных и социальных технологий, реализация мер по созданию доступной среды жизнедеятельности инвалидам, в том числе инвалидам вследствие болезней костно-мышечной системы в рамках государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 гг.



МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И ИНВАЛИДНОСТЬ ПРИ АМПУТАЦИОННЫХ КУЛЬТЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ОТМОРОЖЕНИЙ В ДИНАМИКЕ ЗА 2014-2016 ГОДЫ ПО РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России,
г. Якутск, Россия*

Причиной ампутации конечностей в 48 % случаев является травма (бытовая, производственная, огнестрельные ранения), в 42 % – сосудистые заболевания, в 10 % – опухоли и врожденные деформации. Среди больных с ампутационными дефектами, с ампутациями нижних конечностей составляют – 92 % больных, с ампутациями верхних

лике Саха (Якутия) одной из ведущих причин ампутации конечности является следствие отморожения конечностей.

Данные исследований:

В динамике установление первичной инвалидности при ампутационных культиях как следствие отморожений за 2014-2016 гг.:

2014 год – признано инвалидами по пос-

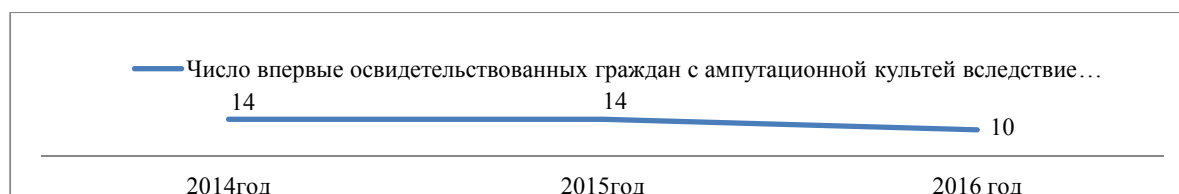


Рисунок 1 – Абсолютное число впервые освидетельствованных граждан с ампутационной культей вследствие отморожений

конечностей – 8 %. При этом вычленение в тазобедренном суставе и высокая (до 8 см) культя бедра встречается в 4 % случаев, культя бедра на различных уровнях (за исключением высокой) – в 33,7 %, культя голени на различных уровнях – в 51,3 %, культя стопы – в 8 %; вычленение и ампутационная культя плеча на различных уровнях – в 24,5 % случаев, культя предплечья – в 29,4 %, культя кисти – в 3,9 %, культя пальцев кисти – в 42,2 %. По Респуб-

лике Саха (Якутия) одной из ведущих причин ампутации конечности является следствие отморожения конечностей. В динамике установление первичной инвалидности при ампутационных культиях как следствие отморожений за 2014-2016 гг.:

2014 год – признано инвалидами по последствиям холодовой травмы 14 человек: из них 1 группа установлена 6 гражданам, 2 группа – 1 гражданину, 3 группа – 7 гражданам. В том числе признано инвалидами трудоспособного возраста 12 человек, пенсионного возраста – 2 человека.

2015 год – признано инвалидами по последствиям холодовой травмы 14 человек: из них 1 группа установлена 3 гражданам, 2 группа – 6 гражданам, 3 группа – 5 гражданам. В

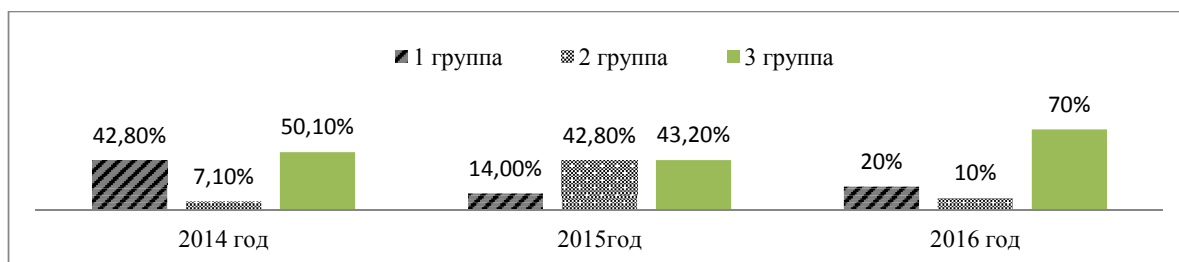


Рисунок 2 – Динамика впервые освидетельствованных граждан по группам инвалидности (%)

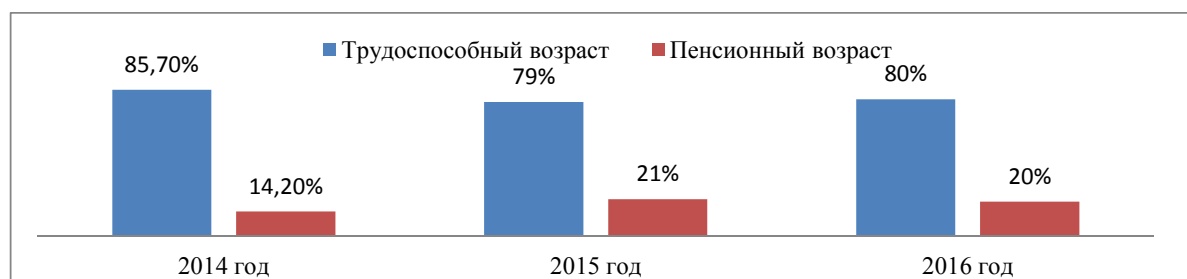


Рисунок 3 – Отношение впервые освидетельствованных граждан по возрастным категориям (%)

том числе признано инвалидами трудоспособного возраста 11 человек, пенсионного возраста – 3 человека.

2016 год – признано инвалидами по последствиям холодовой травмы 10 человек: из них 1 группа установлена 2 гражданам, 2 группа – 1 гражданину, 3 группа – 7 гражданам. В том числе признано инвалидами трудоспособного возраста 8 человек, пенсионного возраста – 2 человека.

По уровням локализаций ампутаций впервые признанных инвалидами вследствие отморожений за 2014-2016 гг. преобладают ампутации верхней конечности, в основном кисти, меньше всего ампутаций нижней конечности в области голени.

Заключение:

- имеется тенденция снижения впервые признанных граждан инвалидами вследствие отморожений: в 2014, 2015 гг. признано инва-

Таблица 1 – Локализация ампутаций впервые признанных инвалидами вследствие отморожений за 2014-2016 гг.

Года	Ампутация верхней конечности	Ампутация нижней конечности (голень)	Ампутация нижней конечности (стопа)	Сочетание ампутации в/к и н/к
2014 год	5	1	4	4
2015 год	5	3	3	3
2016 год	3	3	2	2

Инвалидами по последствиям холодовой травмы признаются в основном граждане мужского пола.

Имеется тенденция снижения впервые признанных граждан инвалидами вследствие отморожений: в 2014, 2015 гг. признано инвалидами 14 человек, а в 2016 г. – 10 человек.

Наблюдается снижение удельного веса впервые признанных инвалидами первой группы и увеличение удельного веса впервые признанных инвалидами третьей группы, что говорит о повышении качества оказания первой медицинской помощи.

Среди впервые признанных инвалидами граждан за 2014-2016 гг. по последствиям отморожений преобладают лица трудоспособного возраста.

лидами 14 человек, а в 2016 г. – 10 человек;

- наблюдается снижение удельного веса впервые признанных инвалидами первой группы и увеличение удельного веса впервые признанных инвалидами третьей группы, что говорит о повышении качества оказания первой медицинской помощи;

- среди впервые признанных инвалидами за 2014-2016 гг. по последствиям отморожений преобладают лица трудоспособного возраста;

- по уровням локализаций ампутаций впервые признанных инвалидами вследствие отморожений за 2014-2016 гг. преобладают ампутации верхней конечности, в основном кисти, меньше всего ампутаций нижней конечности в области голени.

АЛГОРИТМ ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОСНОВНОЙ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ПОЗИЦИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Беларусь*

Введение. Неинфекционные заболевания являются одной из основных проблем в области здравоохранения 21-го века как с точки зрения их негативного воздействия на социально-экономическую структуру стран. Патология почек среди хронических неинфекционных болезней занимает важное место из-за значительной распространенности, резкого снижения качества жизни, высокой смертности и приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии в терминальной стадии – диализа и пересадки почки. Также актуальна и проблема инвалидности вследствие болезней мочеполовой системы (БМПС). Это связано не столько с распространённостью данной патологии, сколько с преобладанием среди инвалидов лиц трудоспособного возраста и развитием у больных почечной недостаточности.

Цель. Разработать алгоритм экспертно-реабилитационной диагностики при основной инвалидизирующей патологии нефрологического профиля с позиций Международной классификации функционирования, ограничения и здоровья.

Материал и методы. В целевую выборку включено 62 пациента со следующими нозологическими диагнозами согласно МКБ-10:

- пациенты с гломерулярными болезнями (№ 00 – № 08), в том числе с хроническим ГН – 16 (25,8 %);
- пациенты с тубулоинтерстициальными болезнями (№ 10 – № 16), в том числе с хроническим пиелонефритом – 12 (19,35 %) и сочетанием хронического пиелонефрита с мочекаменной болезнью – 4 (6,45 %), хроническим интерстициальным нефритом – 9 (14,5 %);

- пациенты с гломерулярными поражениями при сахарном диабете (№ 08.3*);
- пациенты с гломерулярными поражениями при системных болезнях соединительной ткани (№ 08.5*), в том числе гломерулярные поражения при системной красной волчанке – 6 (9,7 %);
- пациенты с кистозной болезнью почек (Q 61) – 6 (9,7 %).

Обследование пациентов проводилось согласно протоколам диагностики и лечения соответствующей патологии, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты. Диагностический этап является важнейшим в технологии предоставления гражданам услуги по медико-социальной экспертизе (МСЭ). Именно с данного этапа практически начинается освидетельствование граждан в учреждении МСЭ.

В каждом конкретном случае при БМПС экспертное решение должно основываться на комплексе медицинских и социальных критериев, основными из которых являются клинико-функциональный диагноз, дополненный последствиями на уровне жизнедеятельности.

Для формирования указанного «расширенного» диагноза разработан алгоритм экспертно-реабилитационной диагностики, представленный тремя основными диагностическими блоками с дифференцированными инструментами и параметрами оценки (психологическая диагностика, клинико-функциональная диагностика, социальная диагностика).

Согласно представленному алгоритму экспертно-реабилитационная диагностика включает следующие блоки:



- клинико-функциональная диагностика;
- психологическая диагностика;
- социальная диагностика.

Количественная градация имеющихся нарушений и/или ограничений жизнедеятельности, унифицированная через понятие функциональный класс (ФК) и определение уровня функционирования.

Для формирования критериев экспертно-реабилитационной диагностики разработан набор кодов МКФ для оценки функционирования пациентов с основной инвалидирующей патологией нефрологического профиля.

Функции:

- b 100 - Фильтрация мочи;
- b 5450 - Водный баланс;
- b 5452 - Электролитный баланс;
- b 6108 - Функции выделения мочи другие уточненные;
- b 5402 - Белковый обмен;
- b 5408 - Общие метаболические функции другие неуточненные;
- b 555 - Функции эндокринных желез;
- b 410 - Функции сердца;

- b 420 - Функции артериального давления;
- b 430 - Функции системы крови.

Активность и участие

- d 450 - Ходьба;
- d 520 - Уход за частями тела;
- d 570 - Забота о своём здоровье;
- d 630 - Приготовление пищи;
- d 640 - Выполнение работы по дому;
- d 850 - Оплачиваемая работа.

Данные коды имеют клинико-функциональную, лабораторную характеристику и ранжируются в зависимости от степени выраженности, как нет проблем (0-4 %), легкие проблемы (5-24 %), умеренные проблемы (25-49 %), тяжелые проблемы (50-95 %), абсолютные проблемы (96-100 %).

Закключение. В ходе проведенного исследования разработан набор кодов для проведения экспертно-реабилитационной диагностики и формирования соответствующего алгоритма.



СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В ДИНАМИКЕ 2014-2016 ГОДОВ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Волгоградской области» Минтруда России,
г. Волгоград, Россия*

Иntenсивные показатели первичной инвалидности всех возрастных категорий в динамике трех лет имеют устойчивую тенденцию к снижению и приблизились к соответствующим показателям по Российской Федерации. Уровень первичной инвалидности взрослого населения снижается и составляет: в 2014 г. – 66,6, в 2015 г. – 59,5, в 2016 г. – 55,5 на 10 тыс. взрослого населения.

Общее число впервые признанных инвалидами (ВПИ) среди взрослого населения все годы имеет тенденцию к снижению: в 2015 г. темп убыли составил 11,3 %, в 2016 г. – 7,4 %, в большей степени за счет лиц трудоспособного возраста. Удельный вес ВПИ трудоспособного возраста в 2014 г. составлял 48,8 %, в 2015 и 2016 гг. составил 45,6 %, в среднем за год – 46,7 %. Удельный вес ВПИ из числа лиц пенсионного возраста в период с 2014 по 2016 г. превышает 50 % и в среднем составляет 53,3 % в год.

В структуре первичной инвалидности взрослого населения по тяжести групп обращает внимание увеличение доли инвалидов I группы: 2014 г. – 15,6 %, 2015 г. – 18,3 %, 2016 г. – 18,1 %.

Доля инвалидов II группы снижается с 44,6 % в 2014 г. до 41 % в 2015 и 2016 гг. В среднем за год доли инвалидов I и II групп составили соответственно 17,3 % и 42,2 %.

Доля инвалидов III группы в среднем за год составила 40,4 %. Соотношение суммарной доли ВПИ с «тяжелыми» группами инвалидности к доле ВПИ с III группой инвалидности составляет 1,5:1.

В структуре первичной инвалидности по основным классам болезней взрослого населения первое место до 2015 г. занимали болезни системы кровообращения, удельный вес которых постепенно снижался: в 2014 г. составлял

36,4 %, в 2015 г. – 33,2 %, в 2016 г. – 32,3 %. Среднее значение за год – 34 %, с интенсивным показателем 25,5 на 10 тыс. взрослого населения.

В 2016 г. болезни системы кровообращения уступили первое место злокачественным образованиям, удельный вес которых составил 32,4 %. В структуре первичной инвалидности по классам болезней злокачественные новообразования в среднем составляют 29,8 % за год, с ростом за три года на 7,1 %. Интенсивный показатель в 2016 г. составил 18,0 на 10 тыс. взрослого населения (в 2014 г. – 16,8, в 2015 г. – 18,9).

Третье место принадлежит болезням костно-мышечной системы, доля которых в 2016 г. составила 6,6 % с интенсивным показателем 3,6 на 10 тыс. взрослого населения (за три года снижение интенсивного показателя составило 4,0).

В 2015 и 2016 гг. на четвертое место вышли психические расстройства, доля их по годам составила: 4,1 – 4,2 – 4,7 %, со средним значением за год – 4,3 %. Интенсивный показатель составил 2,6 на 10 тыс. взрослого населения. В 2014 г. на этом месте находились последствия травм, отравлений и других внешних воздействий.

На пятое место переместился туберкулез, ранее занимавший шестое место, со среднегодовым значением 4,1 %, интенсивный показатель стабилен и составляет 2,5 на 10 тыс. взрослого населения.

В 2016 г. шестое место занимают последствия травм, отравлений и других внешних воздействий, среднее значение показателя за год составляет 3,7 %; со снижением интенсивного показателя по годам 2,9 до 1,7 на 10 тыс. населения.

На седьмом месте болезни глаза и его при-



даточного аппарата с ростом доли с 2,3 % до 3,0 % (в среднем – 2,6 %), с интенсивным показателем 1,5 на 10 тыс. взрослого населения.

Восьмое место занимают болезни нервной системы с удельным весом 2,9 %, интенсивный показатель стабилен: 1,9 на 10 тыс. взрослого населения.

Девятое место – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ с удельным весом в среднем 2,2 %, интенсивный показатель с незначительным снижением: 1,6-1,2 на 10 тыс. взрослого населения.

Десятое место – болезни органов пищеварения с незначительным ростом удельного веса с 1,4 до 1,7 % (в среднем – 1,5 %), интенсивный показатель стабилен: 1,0 на 10 тыс. взрослого населения.

Двенадцатое место занимают болезни органов дыхания с удельным весом 1,5 %, интенсивный показатель 0,8 на 10 тыс. взрослого населения.

Тринадцатое место принадлежит болезням мочеполовой системы, удельный вес которых составляет в среднем 0,7 %, интенсивный по-

казатель – 0,4 на 10 тыс. взрослого населения.

Четырнадцатое место занимают болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), с удельным весом 0,2 %, интенсивный показатель – 0,1 на 10 тыс. взрослого населения.

Пятнадцатое место занимают последствия производственных травм с удельным весом в среднем 0,2 %, интенсивный показатель относительно стабилен – 0,1 на 10 тыс. взрослого населения.

Шестнадцатое место – профессиональные болезни с удельным весом 0,1 %, интенсивный показатель – 0,06 на 10 тыс. взрослого населения.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что в структуре первичной инвалидности взрослого населения по основным классам болезней в 2016 году первое место заняли злокачественные новообразования. Граждане из числа взрослого населения впервые становятся инвалидами, в большинстве случаев (60 %) имея значительно выраженные и выраженные нарушения функций организма.



ДОРОНИНА О.Е., РЯБОКОНЬ А.Г.

СТРУКТУРА ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Ленинградской области» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Болезни костно-мышечной системы рассматриваются в ряду наиболее значимых медико-социальных проблем, так как на протяжении многих лет как в Российской Федерации, так и в Ленинградской области они

стабильно занимают одно из ведущих мест по распространенности и инвалидности по данным статистических наблюдений.

Целью работы явилось изучение характеристики инвалидов в Ленинградской области

вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани в динамике за два года (2015 и 2016 гг.) и потребность их в технических средствах реабилитации (ТСР) для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности.

В структуре общей заболеваемости взрослого населения Ленинградской области болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани занимают третье место, удельный вес их в 2015 и 2016 гг. колебался от 9,0 % до 9,4 %. В структуре первичной инвалидности взрослого населения болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (КМС) также расположены на лидирующих позициях – стабильно на третьем месте, и их доля равна 7,8 % и 6,5 % соответственно. Эти данные свидетельствуют о наличии соответствия ранговых мест первичной инвалидности и общей заболеваемости при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани (третье место).

Уровень первичной инвалидности на 10 тыс. взрослого населения был равен 4,2 в 2015 г. и 3,3 в 2016 г. В динамике за два года наблюдается снижение как удельного веса инвалидов с КМС, так и уровня первичной инвалидности.

В 2015 г. впервые признаны инвалидами с КМС 621 человек, среди которых преобладали инвалиды третьей группы (78,2 %), в то время как инвалиды второй группы составили 20,5 %, а инвалиды первой группы – лишь 1,3 %. Несмотря на снижение числа впервые признанных инвалидами (ВПИ) с КМС в 2016 г. до 491 человека, тяжесть первичной инвалидности аналогична предыдущему году (78,8 % инвалидов третьей группы, 19,6 % – второй группы и 1,6 % – первой группы соответственно).

В структуре первичной инвалидности преобладали лица трудоспособного возраста (69,6 % в 2015 г. и 53,8 % в 2016 г.).

Дорсопатии являлись основным инвалидизирующим классом болезней среди заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, и на их долю пришлось 41,2 % случаев в 2015 г. и 38,5 % случаев в 2016 г. Далее следуют артрозы – 37,4 % и 28,9 % и воспалительные полиартропатии – 17,2 % и 22,4 % соответственно. Системные поражения соединительной ткани составили 1,9 % в 2015 г. и 3,2 % в 2016 г.

Анализ повторной инвалидности при КМС показал, что число повторно признанных инва-

лидами (ППИ) существенно больше, чем ВПИ, и составляло 1469 человек в 2015 г. и 1167 в 2016 г. Соответственно, выше был удельный вес ППИ, который составил 10,8 % в 2015 г. и 9,1 % в 2016 г., а уровень повторной инвалидности достиг 9,8 и 7,7 на 10 тыс. взрослого населения.

Инвалидность третьей группы устанавливалась в 81,7 % в 2015 г. и в 77,8 % в 2016 г. Наименьшую долю занимали инвалиды первой группы (1,6 % и 2,7 % соответственно). Как и среди ВПИ, более половины ППИ находились в трудоспособном возрасте (57,7 % и 56,5 % в 2015-2016 гг.).

Основным видом стойких расстройств функций организма при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани является нарушение статодинамических функций, которое занимает значительный удельный вес в исследуемом контингенте и приводит к ограничению передвижения (91,6 %), для компенсации которого требуется назначение ТСР.

Однако, как показали результаты исследования в 2015 году, среди впервые признанных инвалидами с заболеваниями КМС, даны рекомендации в обеспечении ТСР в разработанных индивидуальных программах реабилитации или абилитации инвалида лишь в 30,2 % случаев, в 2016 году – в 33,1 %. Из всех назначенных ТСР в 64 % (2015 г.) и в 74 % (2016 г.) случаев инвалидам с патологией костно-мышечной системы и соединительной ткани были показаны трости, костыли, ходунки, опоры, поручни. 24,7 % и 14,8 % инвалидов нуждались в обеспечении аппаратами, бандажами и тьюторами; 7,5 и 8 % – в ортопедической обуви, около 4 % инвалидов как в 2015 г., так и в 2016 г. – в креслах-колясках.

Проведенный анализ свидетельствует о снижении в динамике за 2015-2016 гг. показателей первичной и повторной инвалидности взрослого населения при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани (КМС), которые занимают лидирующее – третье ранговое место в структуре первичной инвалидности в Ленинградской области. Основными инвалидизирующими классами болезней среди данных заболеваний являются дорсопатии и артрозы. Среди признанных инвалидами с патологией КМС преобладают граждане, признанные инвалидами третьей группы, и преимущественно трудоспособного возраста. Данная патология, приводящая к ограничению



способности передвижения, обусловила необходимость в назначении ТСР, в большинстве случаев тростей опорных, костылей, ходунков, опор, поручней, а также аппаратов, бандажей

и тьюторов, что позволяет компенсировать или устранить у инвалидов стойкие ограничения жизнедеятельности.



ЗАХАРОВА Г.Н., ЛУГИНОВА Л.Д., САМСОНОВА И.И.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА В ИССЛЕДОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В ГЛАВНОМ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России,
г. Якутск, Россия*

Введение. В рамках Государственной программы РФ «Доступная среда» на 2011-2020 годы, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 01.12.2015 г. за № 1297, ФКУ «Главное бюро МСЭ по РС (Я)» Минтруда приобрело аппаратно-программный комплекс «Шуфрид».

Цели дополнительных аппаратно-диагностических методов: необходимость уточнения степени выраженности психологических параметров у больных с соматическими, психосоматическими, пограничными состояниями, различными поражениями головного мозга в силу разных причин и исключения возможности аггравационного поведения освидетельствуемого.

Метод компьютерного психодиагностического инструментария системы «Шуфрид» – это сложный аппаратно-программный комплекс, позволяющий психологам осуществлять психодиагностическое исследование испытуемого, в связи с этим остановимся на особенностях применения тестовых компьютерных методик. В системе VTS представлено более 120 тестов, основанных на классических принципах тес-

тирования, и 15 готовых наборов методик, а также специальные устройства, позволяющие достоверно регистрировать сенсомоторную координацию, периферийное зрение и активацию центральной нервной системы.

Результаты. В первом полугодии 2017 г. в экспертных составах ФКУ «Главное бюро МСЭ по РС (Я)» проведено всего 360 освидетельствований, из них очно проведено 257, что составляет 71 %. При очном освидетельствовании у всех проводится традиционная психологическая диагностика тремя методами исследования: клинико-психологический метод (КПМ), психобиографический метод и экспертно-психологическое исследование (ЭПИ). В случаях недостаточно четко симптоматически очерченных проявлений и необходимости уточнения степени выраженности психологических параметров, обеспечивающих психическое, сенсорное, статодинамическое функционирование больных, проводится диагностика на аппаратно-программном комплексе «Шуфрид», с учетом показаний и противопоказаний, а также отказа от проведения



исследования в силу разных причин. Итого за истекший период на аппаратно-программном комплексе «Шуфрид» прошли исследование всего 152 освидетельствованных, что составляет 42,2 % от числа освидетельствованных в очной форме, общее число проведенных тестов 190. Необходимо отметить, что при одном исследовании могут быть использованы несколько тестов программного комплекса, которые рассчитаны от 10 минут до 3-х часов. В среднем на одного пациента приходится 1ч. 30 мин. тестирования с интерпретацией результатов.

Пример № 1. Женщина, 55 лет. Основной диагноз: ревматоидный артрит, медленно прогрессирующее течение. В ЭС№ 2 проходит МСЭ по обжалованию решения бюро о неустановлении группы инвалидности. Правша. В процессе беседы предъявляет жалобы на головокружение, тошноту, сильный тремор рук, рассеянность внимания, снижение памяти, бессонницу. В процессе традиционной экспертно-реабилитационной диагностики жалобы на сильный тремор рук не объективизированы, в связи с чем проведено исследование с использованием диагностического программно-аппаратного комплекса. Проведен тест для измерения мелкой моторики (MLS) обеих рук, результаты представлены в графическом виде на рис. 1.

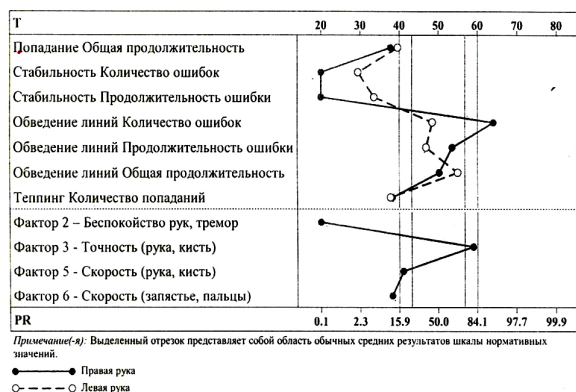


Рисунок 1 – Результаты измерения мелкой моторики рук

Параметр «Количество ошибок» находится в зоне «слева от нормативных значений», что свидетельствует о незначительных нарушениях данного показателя, а параметр «Точность кисти» находится в границе нормы. Эти показатели – «количество ошибок» – правильность выполнения 64 балла в диапазоне «высоких результатов», и «точность кисти» – 59 баллов

указывает на нормальные значения, то есть количество ошибок минимально, а уровень точности в норме. Средний показатель (40,1). Вывод: незначительное нарушение параметра «зрительно-моторная координация». Данные, полученные при проведении традиционной патопсихологической экспертно-реабилитационной диагностики, подтверждаются данными, полученными при использовании системы «Шуфрид», что позволяет констатировать незначительную степень нарушений и объективизировать отсутствие тремора рук.

Пример № 2. Мужчина, 61 г., диагноз: культура предплечья в средней трети с двух сторон со стойким значительно выраженным нарушением статодинамических функций. Направлен на консультативное освидетельствование с целью проведения специальных (особо сложных специальных) видов обследования. Правша. Носит в обеих руках протез предплечья, тесты выполняет на протезах предплечья.

Проведен тест для измерения мелкой моторики (MLS) обеих рук. При исследовании выявлено, что большинство исследуемых значений правой руки находится на границе ниже нормы. Параметр «Общая продолжительность ошибки» обеих рук (62-73) находится в зоне «справа от нормативных значений», что свидетельствует о незначительных нарушениях данного показателя. Правильность вы-



Рисунок 2 – Нормативная выборка

полнения показателей «количество ошибок» и «точность кисти» – 31 балл, определяются в области «умеренных нарушений», то есть количество ошибок и уровень точности можно расценить как умеренные нарушения. Средний показатель 35,0, из чего можно сделать вывод об умеренных нарушениях параметра «зрительно-моторная координация». Таким



образом, система психологической диагностики «Шуфрид» помогла объективизировать медицинские показания к обеспечению протеза предплечья с внешним источником энергии на обе верхние конечности.

Выводы. Методы аппаратно-программной диагностики с использованием диагностической системы «Шуфрид» являются эффективным дополнением к традиционной (пато-нейропсихологической оценке психического функционирования). К преимуществам

использования аппаратно-программного комплекса в психодиагностике относятся оперативная возможность получения психологических данных и графический вывод результатов экспертно-реабилитационной диагностики, что ускоряет и упрощает работу специалистов. Ее использование в процессе психодиагностики гарантирует максимальную объективность, высокую эффективность и защиту от ошибок в расчетах, позволяет объективизировать степень выраженности нарушенных функций.



КАЛАШНИКОВ А.И., ШАМШЕВА Е.В., САЛИКОВА С.И.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014-2016 ГОДАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Омской области» Минтруда России,
г. Омск, Россия*

Социальные последствия травм, в том числе опорно-двигательного аппарата (ОДА), весьма существенны из-за тяжести патологии, сложности и длительности периода реабилитации, высокой частоты выхода на инвалидность (С.П. Миронов, Н.А. Еськин, Т.М. Андреева, 2010).

Цель исследования. Изучение закономерностей формирования первичной инвалидности взрослого населения вследствие травм ОДА

за 2014-2016 гг. для разработки территориальных комплексных программ реабилитации, а также для разработки оптимальной модели межведомственного взаимодействия, решения вопросов маршрутизации в реабилитации инвалидов на региональном уровне.

Материал и методы. Проведен анализ на основании форм статистического учёта «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» (7-собес) ФКУ «ГБ

Таблица 1 – Структура первичной инвалидности взрослого населения Омской области вследствие травм ОДА по группам инвалидности в 2014-2016 гг. (%)

Год	Группа инвалидности		
	I	II	III
2014	18,1	34,0	47,9
2015	12,6	22,5	64,9
2016	17,7	24,7	57,5
Всего за 3 года	16,1	27,1	56,8

Таблица 2 – Возрастная структура первичной инвалидности вследствие травм ОДА в Омской области в 2014-2016 гг. (%)

Год	Возрастная категория		
	Молодой возраст	Средний возраст	Пенсионный возраст
2014	38,6	29,7	31,7
2015	39,8	25,6	34,6
2016	39,2	31,2	29,6
Всего за 3 года	39,2	28,8	32,0

МСЭ по Омской области». Методы исследования: статистический и аналитический. Период наблюдения – 2014 – 2016 гг.

Результаты. В анализируемый период 2014-2016 гг. уровень первичной инвалидности имеет устойчивую тенденцию к росту: 49,1 – 50,0 – 53,4 на 10 тысяч взрослого населения Омской области.

среднего возраста (от 45 до 54 лет (ж), от 45 до 59 лет (м) включительно), в среднем 28,8 %, доля их возросла с 29,7 % до 31,2 % случаев соответственно годам (Табл. 2).

В 2014 году среди инвалидов молодого и среднего возраста преобладали инвалиды 3 группы, на втором месте – 2 группа, третье место занимали инвалиды 1 группы. Среди

Таблица 3 – Распределение лиц, впервые признанных инвалидами вследствие травм ОДА по группам инвалидности и возрастным категориям (%)

Возраст	Год								
	2014			2015			2016		
	I группа	II группа	III группа	I группа	II группа	III группа	I группа	II группа	III группа
Молодой	20,0	32,0	48,0	11,8	18,4	69,8	24,6	26,1	49,3
Средний	3,9	31,2	64,9	12,3	22,4	65,3	8,6	13,8	77,6
Пенсионный	29,3	39,0	31,7	13,6	27,3	59,1	18,2	34,5	47,3

В структуре заболеваний первичной инвалидности травмы ОДА стабильно занимают 8-9 ранговое место.

Среди групп инвалидности за весь период наблюдения лидирует 3 группа с неустойчивой тенденцией к росту – 47,9 %, 64,9 %, 57,5 %, в среднем составив 56,8 %. Удельный вес второй группы снизился с 34,0 % до 24,7 %, в среднем равен 27,1 %. Доля инвалидов I группы колеблется в диапазоне 18,1 % – 12,6 % – 17,7 %, в среднем – 16,1 % (Табл. 1).

В возрастной структуре первичной инвалидности вследствие травм ОДА преобладают лица молодого возраста (18-44 лет), составив в среднем 39,2 %, с тенденцией к росту с 38,6 % в 2014 г. до 39,2 % в 2016 г.

На втором месте лица пенсионного возраста (женщины – 55 лет и старше, мужчины – 60 лет и старше) – 32,0 %, с тенденцией к уменьшению удельного веса с 31,7 % до 29,6 % случаев. Третье место занимают инвалиды

лиц пенсионного возраста преобладала 2 группа, на втором месте – 3 группа, на третьем – 1 группа. В 2015-2016 гг. во всех возрастных категориях лидируют инвалиды 3 группы, второе место занимали инвалиды 2 группы, инвалиды 1 группы на третьем месте (Табл. 3).

Таким образом, при изучении показателей первичной инвалидности взрослого населения Омской области в 2014-2016 гг. установлено, что инвалидность вследствие травм ОДА стабильно занимает 8-9 ранговые места. Лица молодого возраста лидируют. Во всех возрастных категориях наибольший удельный вес инвалидов третьей группы. Преобладание лиц молодого и среднего возраста и 3 группы инвалидности требует разработки и внедрения комплексных региональных реабилитационных программ, направленных прежде всего на медицинский и профессиональный аспекты проблемы.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ, ПОВТОРНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ И ПОТРЕБНОСТЬ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Омской области» Минтруда России,
г. Омск, Россия*

Ключевые слова. Злокачественные новообразования, группа инвалидности, локализация, технические средства реабилитации.

Аннотация. Статья посвящена инвалидности и техническим средствам реабилитации у пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗНО).

Введение. В мире наблюдается стремительный рост числа онкологических заболеваний. В России, согласно статистическим данным, регистрируется каждые сутки примерно 1500 больных онкологическими заболеваниями. Состоит на учете не менее 2,5 миллиона пациентов с различными формами рака. Пятилетняя выживаемость граждан с ЗНО составляет 40 % случаев (данные 2014 г.). Больные ЗНО нуждаются в различных видах реабилитационных мероприятий, в том числе технических средствах реабилитации (далее – ТСР).

Цель исследования. Анализ инвалидности и потребности в ТСР инвалидов вследствие ЗНО за период 2014-2016 гг.

Материал и методы. Исследование проведено на основании анализа данных формы федерального статистического наблюдения № 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше»; экспертных дел за 2014-2016 гг. Бюро № 13 – филиале ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» (далее – Бюро № 13).

В период 2014-2016 гг. число освидетельствованных граждан в Бюро №13 уменьшилось: 2272 чел. – 1934 чел. – 1769 чел., темп снижения – 22,1 %. Среди них удельный вес первично освидетельствованных граждан возрастает: 28,4 %, 29,3 %, 34,7 %, а повторно освидетельствованных уменьшается – 71,6 %, 70,3 %, 65,3 % случаев.

Из числа освидетельствованных граждан

удельный вес впервые признанных инвалидами (ВПИ) увеличивается: 22,0 % (500 чел.), 24,9 % (481 чел.), 32,1 % (567 чел.); среди повторно признанных инвалидами (ППИ) отмечена неустойчивая тенденция к снижению: 59,9 % (1361 чел.), 61,2 % (1184 чел.), повторно 57,3 % (1014 чел.).

Первое ранговое место среди граждан ВПИ по-прежнему занимают болезни системы кровообращения. Однако в период 2014-2016 гг. зафиксировано снижение их удельного веса с 47,2 % до 39,6 % случаев.

Одновременно зарегистрирован рост удельного веса ВПИ с ЗНО с 25,2 % до 36,7 % случаев.

Среди лиц ВПИ с ЗНО наблюдается рост 1 группы инвалидности: с 36 чел. в 2014 г. до 76 чел. в 2016 г., их доля в структуре групп инвалидности увеличилась с 28,6 % до 36,5 % соответственно. Увеличилось число инвалидов 2 группы с 77 чел. до 99 чел., но удельный вес снизился с 61,1 % до 47,6 % случаев. Удельный вес 3 группы колеблется в диапазоне 10,3 % – 25,2 % – 15,9 %.

В структуре распределения по локализации ЗНО среди ВПИ за три анализируемых года первое ранговое место занимают ЗНО кишечника (22,4 %); второе – ЗНО молочной железы (16,0 %); третье – ЗНО предстательной железы (11,7 %); на четвертом месте – ЗНО бронхов и легкого (11,1 %); пятое – желудка (6,5 %); шестое – лимфоидной и кроветворной ткани (4,4 %); седьмое – кожи (3,4 %).

В структуре заболеваний у ППИ отмечен устойчивый рост числа онкологических больных и их удельного веса: 17,8 % (242 чел.) – 22,7 % (269 чел.) – 28,7 % (291 чел.), соответственно годам.

Среди ППИ вследствие ЗНО удельный вес 1 группы с неустойчивой тенденцией к росту:



9,5 % – 20,4 % – 14,8 %, темп прироста 87,0 %. Удельный вес 2 группы инвалидности колеблется в пределах 55,0 % – 57,6 % – 56,0 % случаев. Доля 3 группы инвалидности снизилась с 35,5 % в 2014 г. до 22,0 % в 2015 г. и возросла в 2016 г. до 30,2 % случаев.

В структуре распределения по локализации злокачественных опухолей среди ППИ в 2014-2016 гг. лидирует ЗНО молочной железы (24,4 %); на втором месте – ЗНО кишечника (17,5 %); третье ранговое место занимает ЗНО предстательной железы (16,1 %); на четвертом – ЗНО бронхов и легких 6,4 %; последующие места заняли: ЗНО почек (6,1 %); ЗНО лимфойдной и кроветворной ткани (5,2 %); ЗНО желудка (4,6 %).

Лица, признанные инвалидами вследствие ЗНО, из технических средств реабилитации больше нуждались в специальных средствах при нарушении функций выделения. Среди лиц ВПИ в 2014-2016 гг. выявлена потребность в однокомпонентных калоприемников в 8,7 % – 5,8 % – 13,0 % случаях, в катетерах для эпицистостомы в 3,1 % – 1,8 % – 3,8 % случаях. Экзопротезы молочной железы рекомендовались в 11,7 % – 12,9 % – 8,7 % случаев. Увеличилось число пациенток, которым вследствие

неоперабельной опухоли или отказа от операции экзопротезы не потребовались. В 2014 г. их доля составила 3,1 %, в 2015 г. – 6,4 %, в 2016 г. – 5,3 % случаев.

У ППИ рекомендовались мешки для сбора мочи в 2,4 % – 2,1 % – 1,1 %; катетеры для эпицистостомы в 2,2 % – 1,9 % – 0,5 %; урופрезервативы в 2015 г. – 0,2 %, в 2016 г. – 0,4 % случаев. Рекомендовались подгузники в связи с недержанием мочи тяжелой степени в 1,4 % – 1,2 % – 1,1 % случаев. Нуждались в обеспечении экзопротезами молочной железы: в 11,0 % – 12,9 % – 10,1 % случаев.

Заключение. В период 2014-2016 гг. в регионе регистрируется рост удельного веса лиц ВПИ и ППИ вследствие ЗНО с 25,2 % до 36,7 % и с 17,8 % до 28,7 % соответственно. Среди граждан ВПИ и ППИ вследствие ЗНО возросла первая группа инвалидности с 28,6 % до 36,5 % и с 9,5 % до 14,8 % соответственно. В структуре по локализации злокачественных опухолей у лиц ВПИ на первом месте ЗНО кишечника (22,4 %), у ППИ лидируют ЗНО молочной железы (24,4 %). Из технических средств реабилитации наибольшая потребность у данной категории пациентов в специальных средствах при нарушении функций выделения.



ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь*

Введение. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС) являются одной из актуальных медико-социальных проблем ввиду их большой распространенности, хронического прогрессирующего течения и, как следствие, снижения качества жизни и высокого уровня инвалидизации. Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют, что БКМС занимают лидирующие позиции среди заболеваний, приводящих к инвалидности.

Цель. Изучить показатели первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани в Республике Беларусь в 2007-2016 гг.

Материал и методы исследований. Единицей наблюдения являлось лицо в возрасте 18 лет и старше, впервые признанное инвалидом вследствие БКМС.

Анализировались материалы баз данных информационной системы «Инвалидность» и Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов, функционирующих в ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации». Рассчитывались абсолютные, относительные (интенсивные и экстенсивные) и средние величины. При расчете интенсивных показателей (уровня первичной инвалидности на 10 тыс. населения) использовались данные Национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и половозрастной структуре населения

Результаты. В Республике Беларусь БКМС занимают третье место в структуре первичной инвалидности (ПИ) взрослого населения, уступая болезням системы кровообращения и новообразованиям. В течение анализируемого периода (2007-2016 гг.) удельный вес БКМС в

нозологической структуре взрослого населения варьировал от 8,2 % в 2007 г. до 7,2 % в 2009 г., составляя в среднем 7,7 %.

В течение исследуемого периода медико-реабилитационными экспертными комиссиями республики ежегодно в среднем признавалось впервые инвалидами вследствие БКМС 3833 человека. Среднегодовой уровень ПИ составлял 4,9 на 10 тыс. взрослого населения. Динамика показателей имела разнонаправленный характер. Так в 2008 г. по сравнению с 2007 г. отмечалось уменьшение как абсолютного числа впервые признанных инвалидами (с 3563 до 3037 чел.), так и уровня ПИ (с 4,53 до 3,86 на 10 тыс. соответствующего населения); с 2009 г. по 2013 г. прослеживалась тенденция к увеличению показателей: число инвалидов выросло с 3046 чел. до 4595, уровень ПИ – с 3,86 до 5,96 на 10 тыс. населения; в 2014 г. регистрировалось уменьшение численности до 4162 чел., интенсивного показателя до 5,41 на 10 тыс. взрослого населения; в 2015 г. отмечено увеличение числа впервые признанных инвалидами до 4459 чел., уровня ПИ до 5,80; в 2016 г. – снижение числа инвалидов до 4125 чел., интенсивного показателя до 5,38 на 10 тыс. взрослого населения. В целом численность впервые признанных инвалидами по классу «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» в 2007-2016 гг. увеличилась на 15,8 % (с 3563 чел. в 2007 г. до 4125 чел. в 2016г.), уровень ПИ вырос на 18,8 % (с 4,53 до 5,38 на 10 тыс. взрослого населения соответственно).

В структуре тяжести первичного выхода на инвалидность вследствие БКМС преобладали инвалиды 3 группы – 73,8 % (среднегодовой показатель). Инвалиды 2 группы составляли около одной четвертой (25,4 %) в структуре тяжести. Удельный вес инвалидов 1 группы регистрировался в среднем в 0,8 %. Наименее часто 1



группа инвалидности устанавливалась в 2011 г. (1,2 %), наиболее часто – в 2009 г. (0,4 %), 2 группа соответственно в 2010 г. (29,4 %) и в 2015 г. (22,5 %), 3 группа – в 2015 г. (76,4 %) и в 2011 г. (71,9 %). Среднегодовая тяжесть ПИ (суммарный удельный вес 1 и 2 групп инвалидности) составляла 26,2 %. В исследуемый период тяжесть ПИ вследствие БКМС колебалась от 23,6 % до 30,2 %.

Заключение. Проведенное изучение показателей первичного выхода на инвалидность взрослого населения вследствие БКМС за период 2007-2016 гг. показало, что имеет место тенденция увеличения как численности инва-

лидов (с 3563 чел. в 2007 г. до 4125 чел. в 2016 г.), так и уровня инвалидности (с 4,53 до 5,38 на 10 тыс. взрослого населения). В структуре тяжести ПИ взрослого населения преобладали инвалиды третьей группы – 73,8 %.

Полученные данные о состоянии инвалидности взрослого населения вследствие БКМС подтверждают важность данной медико-социальной проблемы, свидетельствуют о необходимости разработки и реализации мероприятий, направленных на профилактику, снижение инвалидности, совершенствование лечебно-диагностической и реабилитационной помощи данной категории граждан.



КУЛЬКИНА Н.М., ЗУБАРЬ О.И., АЛИМАНОВА Т.Ю., САЛИКОВА С.И., ЮРЕВИЧ Л.В.

ОСОБЕННОСТИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ЛИЦАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ОСНОВАНИИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Омской области» Минтруда России,
г. Омск, Россия*

Введение. В структуре инвалидности по классам болезней среди взрослого и детского населения Омской области психические расстройства и расстройства поведения в 2016 г. занимали одно из ведущих мест.

Цель исследования. Изучение особенностей установления инвалидности при применении количественной оценки степени выраженности нарушенных функций организма человека с психическими расстройствами и расстройствами поведения за 2016 г.

Материал и методы. Исследование проведено на основании анализа статистических

данных (7д-собес и 7-собес) ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России за 2016 г.

Результаты. В 2016 г. лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения впервые признано инвалидами 351 чел. Их удельный вес в структуре заболеваний – 4,2 %. Показатель первичной инвалидности у граждан, проживающих в районах области, составил 2,1 на 10 тыс. взрослого населения и 2,3 на 10 тыс. взрослого населения, проживающих в городе Омске. В возрастной структуре первичной инвалидности лица молодого возраста преобладали – 198 чел. (56,4 %). По тяжести

инвалидности среди лиц данного контингента лидировала 2 группа – 115 чел. (58,1 %).

При повторном освидетельствовании в 2016 г. признано инвалидами вследствие психических расстройств и расстройств поведения 1648 чел. – 3 ранговое место в структуре классов болезней с удельным весом 10,2 %. Показатель повторной инвалидности в Омской области в 2016 г. на уровне 10,5 на 10 тыс. взрослого населения. Обращает на себя внимание то, что в возрастной группе у повторно признанных инвалидами, как и у первично признанных, преобладают лица молодого возраста – 1285 чел. (78,0 %). В данной возрастной категории лидирует 2 группа инвалидности – 832 чел. (64,7 %), по гендерному признаку преобладают мужчины – 63,5 %.

В структуре первичной детской инвалидности по нозологическим формам первое ранговое место занимают психические расстройства и расстройства поведения – 431 ребенок (с удельным весом 80,1 %). По гендерному признаку преобладают мальчики – 373 ребенка (69,3 %); проживающих в городской местности – 61,3 %. В структуре первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения на 1 месте умственная отсталость – 221 ребенок (51,3 %). В структуре повторной детской инвалидности по нозологическим формам также лидируют психические расстройства и расстройства поведения 729 детей (78,9 %).

В Экспертном составе № 2 ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» за 2016 г. проведено МСЭ по обжалованию лиц с психическими расстройствами 13 чел. среди взрослого населения, что составило 0,7 % от числа освидетельствованных в бюро. Из них отменено 1 решение по техническим средствам реабилитации (ТСР). В остальных случаях обжалованных решений количественная оценка степени выраженности стойких нарушений психических функций подтверждена.

По контролю за решением бюро проведена МСЭ лицам 18 лет и старше в 146 случаях, что составило 6,7 % от числа освидетельствованных в бюро.

Среди детского населения по контролю освидетельствовано 79 детей, что составило 5,7 % от числа освидетельствованных в бюро. Отмененных решений не было. Количественная оценка степени выраженности стойких нарушений психических функций организма

человека, обусловленных психическими расстройствами, основывается преимущественно на характере и степени выраженности психопатологической симптоматики, ее прогрессивности (согласно классификации и критериям, утвержденным Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17 декабря 2015 г. № 1024н).

Учитывается также динамика состояния, особенности расстройств личности, типы компенсации и характер адаптации в основных сферах жизнедеятельности (производственной, семейной, бытовой, социально-средовой).

В Экспертном составе по обжалованию, с умеренной степенью нарушений психических функций: 40 % количественной оценки степени расстройств функций организма установлено 2 чел., по контрольному проведению МСЭ (далее – по контролю) – 10 чел., характеризующиеся умеренно выраженными расстройствами личности; снижением критики к своему состоянию и окружающему, периодически возникающим нарушением поведения и постоянным умеренным затруднением выполнения некоторых социальных функций и затруднением адаптации в отдельных сферах жизни, производственной сфере. Установлено 50 % по обжалованию – 1 чел., по контролю – 15 чел. (расстройства функции организма), характеризовались умеренными нарушениями психических функций, частичной утратой профессиональных знаний, умений или возможности их использования, работа со снижением квалификации. Определено 60 % по обжалованию – 1 чел., по контролю – 30 чел., с умеренными нарушениями психических функций, утратой профессиональных знаний, умений или возможности их использования. Выраженная степень нарушения психических функций характеризуется выраженными расстройствами личности; значительным снижением критики к своему состоянию и окружающему, выраженным нарушением поведения, дезадаптацией в нескольких сферах жизни; возможностью лишь частичной коррекции и в зависимости от способности к адаптации в производственной сфере. Установлено 70 % количественной оценки степени расстройств функций по обжалованию – 2 чел., по контролю – 38 чел. (при способности к трудовой занятости в специально созданных условиях); 80 % по обжалованию – 5 чел., по контролю –



28 чел. (нарушения характеризовались стойкими выраженными нарушениями психических функций с практически полной дезадаптацией в трудовой сфере жизни). Значительно выраженная степень нарушения психических функций определялась при значительно выраженных расстройствах личности, отсутствием критики к своему состоянию и окружающему, дезадаптацией во всех сферах жизни и нуждаемостью в постоянной помощи и надзоре со стороны других лиц. Из них установлено 90 % по обжалованию – 2 чел. и 20 чел. – по контролю; 100 % только по контролю – 5 чел. (неспособные выполнять элементарные действия, нуждающиеся в постоянном постороннем надзоре и уходе).

Участие психолога в экспертной диагностике у лиц с нарушением психических функций необходимо. Качество экспертизы возрастает при совместном участии ряда специалистов. При исследовании состояния психических процессов психолог применяет клинико-психологический метод и экспериментально-психологическое обследование (ЭПО). Клинико-психологический метод исследования в определенной степени позволяет выявить качественные нарушения результативности психической деятельности в процессе непосредственного контакта с обследуемым гражданином. Этот метод включает в себя беседу и наблюдение, которые применяются одновременно (словесный контакт, анализ двигательных и мимических реакций). В большей степени ЭПО позволяет дать количественную оценку выявленных нарушений, объективизируя данные, полученные в ходе клинического

анализа, и уточнить степень выраженности психоорганического типа реагирования. Одной из задач в работе психолога с гражданами с психическими расстройствами является оценка уровня интеллектуального развития, оценка соответствия развития познавательных процессов пограничной умственной отсталости или олигофрении. Оценка уровня интеллекта осуществляется с помощью теста Векслера, или прогрессивных матриц Равена. Также важным моментом при обследовании является выявление нарушений мышления, характерных для шизофрении, а именно, искажения процесса обобщения. При искажении обобщения осуществляется по несущественным признакам. При обжаловании решений за 2016 г. проведено экспериментально-психологических обследований, с применением необходимого набора методик, в 100 % случаях. Выявлены незначительные нарушения психических функций в 6 случаях, умеренные нарушения психических функций – в 5 случаях, выраженные нарушения – в 1 случае, значительно выраженные нарушения – в 3 случаях. При контрольном проведении МСЭ экспериментально-психологические обследования проводились выборочно, общее количество составило 15 человек. Из проведенных ЭПО протестировано 67,0 % мужчин и 33,0 % женщин трудоспособного возраста (от 18 до 54 лет).

Заключение. Количественная система оценки степени выраженности стойких психических нарушений функций организма дает возможность осуществлять единообразный подход к экспертизе граждан в учреждениях МСЭ.





КУСКОВА С.П.

ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СВЕТЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»
пос. Городище, Республика Беларусь*

Международная классификация функционирования (МФК) ограничений жизнедеятельности и здоровья, принятая в 2001 г. Всемирной Ассамблеей здоровья, предлагает системный подход реабилитации, позволяющий максимально восстановить или компенсировать утраченные функции достижением максимальной адаптации пациента или инвалида в реальной жизненной ситуации.

Использование МКФ предполагает существенные изменения в практических подходах к технологии реабилитационного процесса. Прежде всего это связано с новой интерпретацией терминов нарушения и ограничения жизнедеятельности, включением таких понятий, как активность, участие, и их определителей. Технология проведения медицинской реабилитации также претерпевает существенные изменения: оценка функционирования проводится по результатам реабилитационно-экспертной диагностики (клинико-функциональная, психологическая и социальная); оценка ограничения жизнедеятельности складывается из оценки ограничений активности и возможности участия по определителям реализации и потенциальной способности из результатов наблюдения, опроса пациента, родственников, лиц, ухаживающих за пациентом, интервьюирования, данных анкет, опросников шкал в контексте с факторами окружающей среды. Кодирование различных показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, проводимое независимо и в конкретное время, используется для оценки эффективности реабилитации.

По результатам выполненной научно-исследовательской работы разработана и внедре-

на в практическое здравоохранение с позиции МКФ организованная по времени последовательность выполнения нижеуказанных действий:

- оценка величины и выраженности нарушений функций и структуры организма при конкретной нозологической форме по МКБ-10 по результатам экспертно-реабилитационной диагностики;
- кодирование параметров нарушений функций в соответствии с правилами кодирования МКФ на основе детализированной классификации разделов;
- оценка ограничения активности и возможности участия по результатам опросников, шкал;
- кодирование определителей потенциальной способности и реализации в соответствии с правилами кодирования МКФ;
- оценка ограничения жизнедеятельности в основных её сферах с позиций независимости и ролевых функций пациента в повседневной жизни;
- оценка и кодирование факторов окружающей среды;
- оценка ограничений жизнедеятельности по степени выраженности (функциональному классу);
- оценка реабилитационного потенциала;
- составление и осуществление индивидуальной программы пациента (инвалида);
- оценка эффективности программы реабилитации в соответствии с концепцией МКФ.

Таким образом, реализация основных положений МКФ позволяет получить интегральную оценку состояния пациента в процессе реабилитации, результатов различных реабилитационных технологий и может быть использована



для оценки потребностей пациентов, объема проводимых реабилитационных мероприятий и сравнительного анализа эффективности ока-

зания реабилитационной помощи, достижений краткосрочных и долгосрочных целей.



ЛЫХИНА Л.В., МЕЗЕНЦЕВА М.Ю.

АНАЛИЗ ЗАНЯТОСТИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, НАХОДИВШИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПЕРИОД 2014-2016 ГОДОВ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г. Новокузнецк, Россия*

Повышение уровня занятости инвалидов, в том числе с тяжелыми нарушениями здоровья, – одно из приоритетных направлений социальной политики государства в отношении инвалидов. Распоряжением Правительства РФ от 10.05.2017 г. № 893-р утвержден План мероприятий по повышению занятости инвалидов на 2017-2020 годы, реализация которого должна расширить возможности для трудоустройства желающим работать инвалидам. Кроме того, он направлен на обеспечение комплексного и системного подхода к организации работы органов служ-

бы занятости, социальной защиты населения, образования, учреждений медико-социальной экспертизы, органов исполнительной власти, общественных организаций инвалидов и работодателей в целях повышения эффективности трудоустройства и роста уровня занятости инвалидов.

Общая численность инвалидов, по данным Минтруда, в Российской Федерации на 1 января 2017 г. составляет 12,3 млн. человек. Доля работающих инвалидов трудоспособного возраста составляет порядка 31,8 % от общего числа инвалидов трудоспособного возраста.

Таблица 1 – Распределение работающих женщин и мужчин по группам инвалидности

	2014 г.			2015 г.			2016 г.		
	все	тр. воз.	работ.	все	тр. воз.	работ.	все	тр. воз.	работ.
Муж. с гр. инв:	1889	1182	125	2052	1308	117	2109	1355	117
1	658	565	3	839	755	15	872	783	15
2	827	380	35	799	341	33	788	342	32
3	404	237	87	414	212	69	449	230	70
Жен. с гр. инв:	816	350	68	793	392	56	904	414	44
1	207	152	7	268	213	11	353	255	7
2	354	99	11	296	104	16	321	76	10
3	255	99	50	229	75	29	230	83	27
Муж. %			10%			9%			8%
Жен. %			19%			14%			10%
Всего	2705	1532	193	2845	1700	173	3013	1769	161
Всего %			12,5%			10,1%			9,1%

Таблица 2 – Распределение работающих инвалидов по возрасту

	2014 г.		2015 г.		2016 г.	
Возраст работающих инвалидов						
Возраст	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
До 20	2	0	5	1	7	4
21 - 30	11	5	20	11	18	4
31 - 40	20	14	17	13	22	8
41 - 50	30	33	27	22	24	20
51 - 55	32	16	26	9	24	8
56 - 60	30	16	22	10	22	11
60 и старше	34	11	32	15	29	15

Ежегодно в отделениях Новокузнецкого научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов получают комплексную медицинскую реабилитацию около трех тысяч инвалидов. Мы проанализировали, сколько инвалидов трудоспособного возраста, находящихся на лечении в Центре, были трудоустроены на момент госпитализации. Анализ проводился за период с 2014 г. по 2016 г. с учетом группы инвалидности, пола, возраста, места жительства.

В 2014 г. лечение получили 2705 пациентов с инвалидностью, из них 1532 – трудоспособного возраста. В 2015 г. лечение получили 2845 человек, в том числе 1770 человек трудоспособного возраста. В 2016 г. получили разного вида реабилитационное лечение 3013 человек с инвалидностью, из которых 1769 человек находились в трудоспособном возрасте.

От общего количества трудоспособных инвалидов, проходивших лечение, трудоустроено на момент госпитализации:

в 2014 г. – 12,5 % (193 человека);

в 2015 г. – 10,1 % (173 человека);

в 2016 г. – 9,1 % (161 человек).

Распределение работающих женщин и мужчин по группам инвалидности представлено в таблице 1.

Жители города среди работающих инвалидов:

в 2014 г. – 176 человек;

в 2015 г. – 158 человек;

в 2016 г. – 138 человек.

Жители села:

в 2014 г. – 17 человек;

в 2015 г. – 15 человек;

в 2016 г. – 23 человека.

Анализ полученных данных показывает, что занятость среди женщин в среднем выше, чем у мужчин. В 2014 г. занятость среди женщин была на 9 % выше, чем среди мужчин; в 2015 г. – на 5 %; в 2016 г. – на 2 % соответственно (Табл. 1).

Жителей города среди работающих инвалидов значительно больше, чем среди жителей села.

Анализ по группам инвалидности показывает, что занятость лиц с III группой инвалидности выше, чем среди I и II групп, что прослеживается за весь анализируемый период и у мужчин, и у женщин (Табл. 1).

Анализ занятости инвалидов по возрасту свидетельствует, что трудоустроенность выше у лиц в возрасте от 41 года, независимо от пола. Обращает на себя внимание, что с 2015 г. количество работающих инвалидов, независимо от пола, возрастает с наступлением пенсионного возраста (Табл. 2). Можно предположить, что эта тенденция отражает общую экономическую ситуацию, в частности – недостаточность пенсионного обеспечения по возрасту.

Главный вывод, о котором свидетельствуют полученные данные, – это ежегодное снижение занятости среди инвалидов трудоспособного возраста, причем у мужчин оно более выражено, чем у женщин. Изменить сложившуюся ситуацию – задача, которую должны решать во взаимодействии все службы и организации, участвующие в повышении эффективности трудоустройства и росте занятости инвалидов.

ПОКАЗАТЕЛИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ГРАЖДАН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА И ВОПРОСЫ ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Татарстан (Татарстан)» Минтруда России,
г. Казань, Россия*

Основными факторами материальной, экономической независимости и социальной интеграции инвалидов являются трудоустройство и занятость. Профессиональная реабилитация занимает второе место среди направлений реабилитации инвалидов. И в первую очередь разработка данных мероприятий реабилитации инвалида играет важную роль для граждан трудоспособного возраста.

Ежегодно в Республике Татарстан за получением государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы обращаются около 60 тысяч граждан, из них в 88 % случаев – с целью установления инвалидности.

По результатам освидетельствования в 2016 г. признано инвалидами 24274 гражданина в трудоспособном возрасте, из них в 31,8 % случаев – первично. Уровень первичной инвалидности среди граждан указанного возраста снижается с каждым годом. Анализ результатов освидетельствований за последние 10 лет показал уже установившуюся тенденцию снижения этого показателя по республике. Так, в 2006 г. этот показатель составлял 68,8 % в расчете на 10 тыс. трудоспособного населения, в 2011 г. – 46,18 %, в 2016 г. он составил 35,98 %.

Число лиц трудоспособного возраста, признанных инвалидами впервые, уменьшилось в сравнении с 2015 г. на 6,6 % и с 2014 г. – на 18,6 %.

В структуре первичной инвалидности в 2016 г. среди основных причин в течение многих лет на 1 месте находились болезни системы кровообращения. Сегодня эта картина изменилась – этот класс заболеваний на 2 месте. Доля болезней кровообращения в структуре

первичной инвалидности среди граждан трудоспособного возраста снизилась с 29,5 % в 2014 г. до 25,5 % в 2016 г.

Так, количество признанных инвалидами вследствие ишемической болезни сердца снизилось более чем на 30 %, вследствие cerebro-васкулярных болезней – более чем на 15 %.

Но на сегодняшний день особую тревогу вызывает рост удельного веса злокачественных новообразований.

Несмотря на то, что абсолютное количество признанных впервые инвалидами вследствие данного класса заболеваний в 2016 г. меньше, чем в 2015 г. на 5 %, злокачественные новообразования вышли на 1 место как наиболее частая причина инвалидности.

Доля злокачественных новообразований в структуре первичной инвалидности среди трудоспособного населения выросла с 24 % в 2014 г. до 29,6 % в 2016 г. 10 лет назад это показатель составлял 13 %.

И в структуре заболеваемости, и в структуре первичной инвалидности картина схожа. По данным Министерства здравоохранения республики растет и количество впервые выявленных случаев злокачественных новообразований, и доля больных, состоящих на учете 5 и более лет.

Ранее в тройке основных причин инвалидности, кроме болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований, находились болезни костно-мышечной системы.

По результатам освидетельствований в 2016 г. на третьем месте – психические расстройства и расстройства поведения. При этом идет рост не только доли их в структуре инвалидности, но и абсолютное количество признанных инвалидами. За 3 года их увеличилось на 13 %.



Среди граждан 18 лет и старше, признанных инвалидами впервые вследствие психических расстройств, более половины (61%) – в трудоспособном возрасте.

Анализ рекомендаций по профессиональной реабилитации при разработке ИПРА инвалида показал, что наименьший объем приходится на мероприятия по профессиональной ориентации. Данные мероприятия в 2016 г. были рекомендованы в 17 % случаев при разработке ИПРА инвалида. Снижение этого показателя (2014 г. – 26,5 %, 2015 г. – 22 %) указывает на то, что растет число граждан, у которых по результатам освидетельствования выявляется потенциал для трудовой деятельности. В общем объеме мероприятий по профессиональной ориентации в 57 % случаев они были рекомендованы гражданам, которые относятся к группе населения со значительным стажем и навыками работы – в возрасте от 45 лет и старше.

В 32 % случаев при разработке ИПРА инвалида были рекомендованы мероприятия по содействию в трудоустройстве. Из них на долю граждан, относящихся к группе населения основного трудового потенциала (18-29 лет), приходится 16 %, к группе основных трудовых ресурсов (30-44 года) – 2 % и к группе лиц со значительным стажем и навыками работы (от 45 лет и старше) – 61 %.

Гражданам, признанным инвалидами вследствие психических расстройств, объем рекомендованных мероприятий, предусматривающих профессиональную ориентацию и содействие в трудоустройстве, составил 41 % и 46 % соответственно. Из них в 70 % случаев нуждались в проведении указанных реабилитационных мероприятиях граждане, относящиеся к группе населения основного трудового потенциала и основных трудовых ресурсов (18-44 года).

В республике создана и работает межведомственная рабочая группа по проблемам профессиональной подготовки и обеспечения занятости инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Согласно данным

Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан среди граждан трудоспособного возраста, признанных инвалидами, удельный вес продолжающих свою трудовую деятельность на 01.07.2017 г. составил 31 %. Согласно дорожной карте по обеспечению занятости инвалидов в республике в 2017 г. должны трудоустроить до 37 % указанных граждан.

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан (Татарстан)» Минтруда России (далее – Главное бюро) совместно с Министерством труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан и Министерством образования и науки Республики Татарстан разработан план мероприятий по улучшению профессиональной ориентации, профессионального обучения и трудоустройства инвалидов в Республике Татарстан. Подписано Соглашение о взаимодействии Главного бюро с Министерством труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан об обмене сведениями по трудоустройству инвалидов. Списки граждан, признанных инвалидами и нуждающихся в трудоустройстве, 2 раза в месяц направляются в Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан для постановки их на учет в органах службы занятости.

Таким образом, профессиональная реабилитация – это один из главных факторов интеграции инвалидов в общество. Значимость профессиональной реабилитации определяется и экономическими, и психологическими факторами. Результаты проведенной медико-социальной экспертизы свидетельствуют о росте числа граждан, у которых по результатам освидетельствования имеется потенциал для трудовой деятельности. Среди мероприятий профессиональной реабилитации преобладают мероприятия по трудоустройству. Основная масса рекомендаций по профессиональной ориентации и содействию в трудоустройстве приходится на граждан в возрасте от 45 лет и старше, которые относятся к группе населения со значительным стажем и навыками работы.



ИНВАЛИДНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В 2014-2016 ГОДАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Иркутской области» Минтруда России,
г. Иркутск, Россия*

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС) имеют большое медико-социальное значение, так как достаточно широко распространены и часто приводят к стойкой утрате трудоспособности, инвалидизации и, как следствие, влекут за собой значительный экономический ущерб.

Изучена структура и динамика первичной инвалидности вследствие БКМС в Иркутской области за последние 3 года. Анализировалась сплошным методом база данных по лицам, впервые признанным инвалидами за 2014-2016 гг. в Иркутской области вследствие заболеваний, включенных в МКБ-10 в XIII класс «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани», рассчитывались интенсивные и экстенсивные показатели первичной инвалидности и показатели реабилитации, оценивалось соотношение показателей инвалидности с показателями общей, первичной заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ).

В период с 2014 г. по 2016 г. в Иркутской области БКМС стабильно оставляют за собой третье место в структуре общей, первичной заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности. В 2014 г. в Иркутской области отмечался значительный прирост общей и первичной заболеваемости взрослого населения болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани. Так первичная заболеваемость составила 6946, общая – 18957 на 100 тыс. населения. В 2015 г. в области наблюдается снижение показателей заболеваемости взрослого населения по данному классу болезней, как первичной (6227), с темпом убыли 10,3 %, так и общей (18091 на 100 тыс.

населения), с темпом убыли 4,6 %. В 2016 г. показатели заболеваемости вновь выросли: первичная до 6887, общая – 18974 на 100 тыс. населения. Динамика ЗВУТ за последние 3 года была следующей: в днях в 2015 г. отмечалось ее снижение до 103,6 по отношению к 2014 г. (109,7), но в 2016 г. произошло увеличение до 105,5 на 100 работающих. Следует отметить, что в предыдущие годы ЗВУТ была значительно выше (2013 г. – 111,2 на 100 работающих). Такая же динамика отмечена в случаях временной нетрудоспособности вследствие БКМС: в 2014 г. – 8,4, в 2015 г. – 8,0, а в 2016 г. – 8,5 на 100 работающих.

В 2016 г. в Иркутской области число граждан, впервые признанных инвалидами вследствие БКМС, составило 1003 человека. В структуре первичной инвалидности взрослого населения БКМС в Иркутской области в 2016 г. занимают четвертое место, удельный вес в 2016 г. – 6,9 % (2015 г. – 8,6 %, 2014 г. – 11,8 %). В последние 3 года отмечается устойчивая тенденция к снижению показателя первичной инвалидности на 10 тыс. населения (ИППИ) по причине БКМС. В 2014 г. ИППИ составлял 7,6; в 2015 г. – 5,9; в 2016 г. – 5,4 на 10 тыс. населения. Темп убыли первичной инвалидности составил в 2016 г. по отношению к 2015 г. – 9,8 %, а к 2014 г. – 48,3 %. Но по-прежнему ИППИ вследствие БКМС в Иркутской области стойко превышает аналогичные показатели в РФ (3,6) на 50 % и Сибирском федеральном округе (3,7) на 45 %. В возрастной структуре первичной инвалидности вследствие БКМС доля лиц трудоспособного возраста в 2016 г. составила 58,0 % (2015 г. – 53,5 %, 2014 г. – 50,0 %), на граждан пенсионного возраста



в 2016 г. пришлось 42,0 % (2015 г. – 46,5 %, 2014 г. – 50,0 %). ИППИ взрослого населения вследствие БКМС в городских поселениях Иркутской области в 2016 г. был 5,9 (2015 г. – 6,1, 2014 г. – 10,5). Он выше, чем в сельских поселениях, где также отмечено снижение до 4,7 в 2016 г. (2015 г. – 5,0, 2014 г. – 9,5 на 10 тыс. населения).

В нозологической структуре первичной инвалидности взрослого населения в Иркутской области вследствие БКМС на первом месте в 2016 г., как и в предшествующие годы, остается остеоартроз, с удельным весом 41,5 % (2015 г. – 45 %, 2014 г. – 57,3 %). На втором – дорсопатии – 32,2 % (2015 г. – 35,1 %, 2014 г. – 27,6 %). На третьем – ревматоидный артрит, его доля в 2016 г. – 10,2 % (2015 – 10,7 %, 2014 г. – 6,5 %). На четвертом месте – системные заболевания соединительной ткани, на пятом – остеопатии. Следует отметить, что среди лиц трудоспособного возраста удельный вес дорсопатий в первичной инвалидности стабильно занимает первое место. У лиц пенсионного возраста основной причиной первичной инвалидности являются остеоартрозы.

В подавляющем большинстве случаев при первичном освидетельствовании вследствие БКМС устанавливается третья группа инвалидности (2016 г. – 82,9 %, 2015 г. – 87,3 %,

2014 г. – 85,8 %). Вторая группа в 2016 г. – в 16,1 %, в 2015 г. – в 11,4 %, в 2014 г. – в 13,1 %, а первая группа – редко (2016 г. – 1,0 %, 2015 г. – 1,3 %, 2014 г. – 1,1 %).

В структуре первичной инвалидности взрослого населения вследствие БКМС по полу в 2014-2016 гг. преобладали женщины (2016 г. – 54,3 %, 2015 г. – 60,3 %, 2014 г. – 66,6 %). В 2016 г. ИППИ по причине БКМС среди мужчин и женщин практически сравнялся и составил 5,5 и 5,3 на 10 тыс. населения соответственно.

Выявленная положительная динамика уровня первичной инвалидности взрослого населения вследствие БКМС обусловлена как повышением доступности высокотехнологичных видов медицинской помощи, в том числе эндопротезирования суставов, так и изменением нормативных документов по медико-социальной экспертизе, которые по сравнению с ранее действовавшими предусматривают более четкую количественную оценку четырех степеней выраженности стойких нарушений статодинамических функций и (или) связанных с движением структур организма (суставов), вызывающих ограничения жизнедеятельности разной степени и дающие основания для установления той или иной группы инвалидности.



ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ И ПОТРЕБНОСТЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (НА ПРИМЕРЕ ПЕРМСКОГО КРАЯ)

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Пермскому краю» Минтруда России,
г. Пермь, Россия*

Важнейшим направлением государственной социальной политики в отношении инвалидов является их реабилитация, цель которой – восстановление социального статуса, трудоспособности и повышение качества жизни (Смычек В.Б., 2009). В настоящее время на федеральном уровне реализуется комплекс мер правового, организационного, методического, информационного характера, направленный на совершенствование системы комплексной реабилитации как основного средства интеграции инвалидов в активную социальную жизнь. Введен в действие ряд нормативно-правовых документов – в 2013 г. утвержден перечень медицинских показаний и противопоказаний для назначения технических средств реабилитации (ТСР), в 2015 г. принята новая форма индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида и порядок ее разработки и реализации, которая в настоящее время вновь претерпела существенные изменения. Практически сформирован федеральный реестр инвалидов, который станет единой информационной базой для всех учреждений и ведомств, задействованных в реабилитационном процессе. Важное значение придается профессиональному аспекту реабилитации, в том числе трудоустройству инвалидов, особенно молодого возраста.

Проведен анализ распространенности и структуры первичной и повторной инвалидности у лиц молодого возраста (18-30 лет), проживающих в Пермском крае, дана их социально-демографическая характеристика, также изучена потребность в их реабилитации.

Полученные результаты свидетельствуют, что в 2016 году в возрастной группе от 18 до 30 лет инвалидами признаны 2276 человек, что составляет 0,5 % от численности населения

данной возрастной группы и 14,6 % от общего количества признанных инвалидами лиц трудоспособного возраста в регионе. Из них инвалидность определена впервые в отношении 21,7 %, при повторном освидетельствовании – 78,3 %.

Показатель первичной инвалидности в данной возрастной группе составил 10,9 на 10 тыс. населения, что практически в 3 раза ниже, чем у лиц трудоспособного возраста (34,5). Следует отметить, что причины инвалидности лиц молодого возраста несколько отличаются от таковых у взрослого, в том числе и трудоспособного населения. Так, в структуре первичной инвалидности в возрасте 18-30 лет ведущие места занимают психические расстройства (19,8 %), туберкулез (17,2 %) и злокачественные новообразования (14,7 %), на 4-м месте – последствия травм (11,9 %), на пятом – болезни нервной системы (7,2 %). В то время как у инвалидов трудоспособного возраста в регионе приоритетными причинами выхода на инвалидность являются злокачественные новообразования и болезни системы кровообращения (28,5 % и 21,3 % соответственно), на 3-м месте туберкулез (7,7 %), на четвертом – болезни нервной системы (6,8 %) и на пятом – последствия травм (6,1 %).

Уровень повторной инвалидности лиц молодого возраста в крае равняется 39,1 на 10 тыс. населения соответствующего возраста, что в 1,9 раза ниже, чем у лиц трудоспособного возраста (74,0). Среди причин повторной инвалидности также преобладают психические расстройства, доля которых составляет более 1/3 всех граждан, признанных инвалидами повторно (40,8 %), на втором месте заболевания нервной системы (11,3 %), на третьем – туберкулез (9,7 %), на четвертом – последствия



травм (7,8 %), на пятом – злокачественные новообразования (6,3 %). У лиц трудоспособного возраста основными причинами установления инвалидности повторно явились болезни системы кровообращения (21,4 %) и злокачественные новообразования (17,5 %), далее следуют психические расстройства (13,0 %), туберкулез (9,3 %) и болезни нервной системы (8,3 %).

Социально-демографическая характеристика общего контингента инвалидов в возрасте 18-30 лет показала, что среди них преобладают мужчины (61,6 %), на долю женщин приходится 38,4 %. Удельный вес горожан составил 67,1 %, а сельских жителей – 32,9 %. Следует отметить, что 4,6 % молодых лиц, признанных инвалидами, находились в местах лишения свободы, а 1,1 % - в стационарных учреждениях социального обслуживания.

По группам инвалидности они распределены следующим образом: инвалиды 1 группы – 12,8 %, 2 группы – 46,4 %, 3 группы – 40,8 %.

В 21,5 % случаев группа инвалидности установлена лицам по достижении 18 лет, имевшим ранее статус «ребенок-инвалид».

В изучаемой группе отмечены нарушения функций организма от умеренных и выше: психических – у 41,8 % инвалидов, статодинамических – у 24,9 %, крови и иммунитета – у 16,0 %, сенсорных – у 9,4 %, мочевыделения – у 6,1 %. Остальные виды нарушенных функций составили менее 4,0 %.

Показатель полной реабилитации лиц в возрастной группе 18-30 лет составил 11,1 % (трудоспособного населения – 8,2 %), что свидетельствует о более высоком реабилитационном потенциале у лиц данной возрастной группы, особенно при туберкулезе, онкологических заболеваниях, последствиях травм. Так, показатель полной реабилитации при туберкулезе равняется 13,9 %, онкологических заболеваниях – 13,0 %, последствиях травм – 12,4 %, болезнях нервной системы – 7,6 %.

Всем лицам, признанным инвалидами, разрабатываются индивидуальные программы реабилитации или абилитации (ИПРА), которые содержат рекомендации по медицинской, профессиональной, социальной реабилитации и техническим средствам ее обеспечения. С 1 января 2016 г. введены в действие новые формы индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида и ребенка-инвалида, которые утверждены Приказом Ми-

нистерства труда и социальной защиты РФ № 528н от 31 июля 2015 г.

В 2016 году для инвалидов молодого возраста в Пермском крае было разработано и выдано 2429 индивидуальных программ реабилитации, из них в 20,4 % случаев – впервые, 79,6 % – повторно.

Мероприятия медицинской реабилитации были отражены практически во всех индивидуальных программах реабилитации и абилитации (99,4 %), потребность в мерах социальной реабилитации составила 97,4 %. Технические средства реабилитации необходимы для 23,1 % лиц, признанных инвалидами в возрасте 18-30 лет. При этом наиболее часто отмечается нуждаемость по следующим позициям: трости, костыли, опоры, поручни – 34,3 %, кресло-коляски – 23,4 %, протезы и ортезы – 21,8 %, ортопедическая обувь – 20,0 %, средства при нарушении функции слуха – 19,1 %, абсорбирующие изделия – 17,9 % средства при нарушении функции зрения – 10,7 %, противопролежневые матрасы и подушки – 10,4 %, специальные средства при нарушении функции выделения – 9,5 %, кресла-стулья с санитарным оснащением – 5,4 %. Нуждаемость в услугах сурдопереводчика определена в 3,9 % случаев.

Для молодых инвалидов важное значение имеет профессиональная реабилитация. Распределение по уровню образования показало, что среднее профессиональное образование имели 28,1 %, высшее – 6,1 %, получали среднее профессиональное или высшее образование – 10,3 %. При этом трудовая направленность отмечена менее чем у 1/3 молодых инвалидов, доля работающих составила лишь 10,0 %.

Содействие в трудоустройстве рекомендовано для 51,2 %, профессиональная ориентация – 44,9 % инвалидов, в 27,5 % случаев даны рекомендации по условиям организации обучения.

Таким образом, проведенный анализ показал, что среди инвалидов трудоспособного возраста практически каждый седьмой находится в возрасте 18-30 лет. В структуре инвалидности изучаемой группы ведущие места занимают психические расстройства, заболевания нервной системы, туберкулез, последствия травм и злокачественные новообразования. При этом каждый третий среди данного контингента лиц – инвалид вследствие психи-



ческих расстройств, что требует особого подхода к формированию и реализации реабилитационных мероприятий.

Важным направлением для данной возрастной группы инвалидов является профессиональная реабилитация, где особое внимание должно быть уделено профориентации и возможности получения высшего и среднего профессионального образования. Профессиональную реабилитацию нужно начинать как можно

раньше (с 14 лет), поскольку каждый пятый молодой инвалид ранее имел статус «ребенка-инвалида».

Полученные данные могут быть основой для разработки комплекса мероприятий по совершенствованию системы медико-социальной и профессиональной реабилитации молодых инвалидов с учетом особенностей и возможностей региона.



САВЕЛЬЕВА Л.М., СЕМЕНОВА В.Э., ГОРЧАКОВА Г.Т., САЛИКОВА С.И.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В 2014-2016 ГОДЫ ПО ДАНЫМ БЮРО № 5

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Омской области» Минтруда России,
г. Омск, Россия*

В связи с вступлением в силу Приказа Минтруда России от 17.12.2015 г. № 1024н «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (пришедшего взамен ранее действующего Приказа Минтруда России от 29.09.2014 г. № 664н) отмечено изменение показателей первичной инвалидности в ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России.

Цель исследования. Анализ первичной инвалидности по последствиям травм нижних конечностей (переломов бедра и голени) по статистическим данным Бюро № 5 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» в период 2014-2016 гг.

Определение взаимосвязи показателей первичной инвалидности и действующих приказов по классификациям и критериям установления инвалидности.

Материал и методы. Исследование проведено на основании анализа статистических данных формы 7-собес, 414 актов МСЭ и протоколов проведения МСЭ граждан 18 лет и старше по последствиям травм нижних конечностей (переломов бедра и голени) Бюро № 5 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области». Методы исследования статистический и аналитический. Период наблюдения – 2014-2016 гг.

Результаты. Установлено, что из числа лиц, обратившихся в бюро для установления группы инвалидности впервые по последствиям травм нижних конечностей, за три года заре-



гистрировано с последствиями переломов голени 169 чел. (40,8 %), бедра – 245 чел. (59,2 %) (Табл.).

пы инвалидности, с преобладанием 3 группы, доля которой имела неустойчивую тенденцию к росту – 47,6 %, 83,8 %, 66,7 % случаев.

Таблица – Структура первичной инвалидности по последствиям переломов нижних конечностей по локализации и тяжести в 2014-2016 гг. (абс. и %)

Наименование	Год	Всего	Инвалидность не установлена		Признано инвалидами							
					Всего		1 группы		2 группы		3 группы	
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Последствия перелома бедра	2014	87	16	18,4	71	81,6	18	25,4	34	47,9	19	26,7
	2015	81	27	33,3	54	66,7	6	11,1	13	24,1	35	64,8
	2016	77	28	36,4	49	63,6	4	8,2	13	26,5	32	65,3
Последствия перелома голени	2014	44	23	52,3	21	47,7	-	-	11	52,4	10	47,6
	2015	60	54	90,0	6	10,0	-	-	1	16,7	5	83,3
	2016	65	53	81,5	12	18,5	-	-	4	33,3	8	66,7
Всего	2014	131	39	29,8	92	70,2	18	19,6	45	48,9	29	31,5
	2015	141	81	57,4	60	42,6	6	10,0	14	23,3	40	66,7
	2016	142	81	57,0	61	43,0	4	6,6	17	27,9	40	65,5

Анализ проведенного исследования по годам выявил рост числа впервые обратившихся граждан для установления инвалидности по последствиям переломов нижних конечностей с 131 чел. в 2014 г. до 142 чел. в 2016 г., на 8,4 % случаев. В то же время число лиц, впервые признанных инвалидами, уменьшилось с 92 до 61 чел. (на 33,7 %), снизился их удельный вес с 70,2 % до 43,0 % от числа обратившихся.

Из них уменьшилось число инвалидов первой группы с 18 чел. в 2014 г. до 4 чел. в 2016 г. (в 4,5 раза), второй группы – с 45 до 17 чел. (в 2,6 раза), третья группа возросла с 29 до 40 чел. (в 1,4 раза) соответственно годам. Динамика удельного веса групп инвалидности характеризовалась снижением в первой и во второй с 19,6 % до 6,6 % и с 48,9 % до 27,9 % соответственно и ростом в третьей группе с 31,5 % до 65,5 % случаев.

В структуре первичной инвалидности по последствиям переломов нижних конечностей более выраженное снижение удельного веса граждан по последствиям перелома голени – 47,7 % (21 чел.) до 18,5 % (12 чел.) случаев от числа обратившихся в 2014-2016 гг. Темп снижения составил 57,1 %.

Среди них устанавливались только 2-3 груп-

Уменьшился и удельный вес граждан с впервые установленной инвалидностью по последствиям перелома бедра с 81,6 % (71 чел.) в 2014 г. до 63,6 % (49 чел.) в 2016 г. от числа направленных. Абсолютное число лиц данной категории уменьшилось на 31,0 % (22 чел.).

Сравнение значений удельного веса групп инвалидности у граждан с впервые установленной инвалидностью по последствиям перелома бедра показал, что снизились доли инвалидов 1-2 группы (с 25,4 % до 8,2 % и с 47,9 % до 26,5 %) и возросла доля лиц 3 группы инвалидности (с 26,7 % до 65,3 %).

Таким образом, прослеживается взаимосвязь действующей той или иной редакции Классификаций и критериев с динамикой первичной инвалидности по последствиям переломов нижних конечностей. При введении количественной оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма в период 2015-2016 гг. в сравнении с 2014 г. число граждан, впервые признанных инвалидами по последствиям травм нижних конечностей, уменьшилось на 33,7 %, удельный вес тяжелых групп инвалидности снизился с 68,5 % до 34,4 %.



АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ, ПОВТОРНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ИХ ПОТРЕБНОСТИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВИ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Омской области» Минтруда России,
г. Омск, Россия*

Сосудистые заболевания стоп, в том числе диабетическая стопа, представляют собой комплекс анатомо-функциональных изменений стопы, обусловленных тяжелой степенью невро- и ангиопатии с появлением остеоартропатии, остеонекрозов, а также гнойно-некротических осложнений мягких тканей стопы. Назначение ортопедического изделия предотвращает травматизацию стоп, образование язвенных дефектов; профилактирует или компенсирует деформации костно-суставного аппарата стопы; поддерживает реабилитационный эффект после оперативного лечения нижних конечностей.

Цель исследования. Изучение первичной и повторной инвалидности вследствие сахарного диабета (далее – СД) взрослого населения и их нуждаемости в технических средствах реабилитации – ортопедической обуви.

Материал и методы. Анализ проведен на основании форм федерального статистического наблюдения № 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше»; экспертных дел за 2014-2016 гг. Бюро № 13 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» (далее – Бюро № 13). Метод изучения статистический и аналитический.

Число освидетельствованных граждан в Бюро № 13 в период 2014-2016 гг. уменьшилось с 2272 чел. до 1769 чел., темп снижения 22,1 %. Удельный вес первично освидетельствованных граждан возрос: 28,4 %, 29,3 %, 34,7 %, а повторно освидетельствованных уменьшился – 71,6 %, 70,3 %, 65,3 % случаев.

Из числа освидетельствованных граждан доля впервые признанных инвалидами (ВПИ) увеличилось с 22,0 % (500 чел.) до 32,1 % (567 чел.); среди повторно признанных инвалидами (ППИ) отмечена неустойчивая тенденция к уменьшению: 59,9 % (1361 чел.), 61,2 % (1184 чел.), 57,3 % (1014 чел.).

В структуре инвалидности по нозологическим формам доля СД в 2014-2016 гг. снизилась с 1,2 % до 0,9 % случаев, за счет выраженного снижения доли лиц с СД (с 1,5 % в 2014 г. до 0,7 % в 2016 г.) среди ППИ. Среди ВПИ удельный вес инвалидов вследствие СД увеличился с 0,6 % до 1,2 %. (табл. 1, табл. 2). В возрастной структуре ВПИ и ППИ лица пенсионного возраста преобладали: 2014 г. – 69,6 %, 2015 г. – 83,3 %, 2016 г. – 78,5 %.

Число индивидуальных программ реабилитации или абилитации (далее ИПРА), разработанных инвалидам с СД, уменьшилось с

Таблица 1 – Динамика показателей ВПИ вследствие СД и их потребности в ортопедической обуви (абс., %)

Наименование	Год					
	2014		2015		2016	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Освидетельствовано	2272	-	1934	-	1769	-
Признано первично	500	22,0	481	24,9	567	32,1
Из них с СД	3	0,6	5	1,0	7	1,2
- разработано ИПРА инвалидам с СД	3	100,0	5	100,0	7	100,0
- рекомендована инвалидам с СД ортопедическая обувь, в т. ч.	2	66,7	2	40,0	6	85,7
- пенсионного возраста	1	50,0	2	100,0	4	66,7

Таблица 2 – Динамика показателей ППИ вследствие СД и их потребности в ортопедической обуви (абс., %)

Наименование	Год					
	2014		2015		2016	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Освидетельствовано	2272	-	1934	-	1769	-
Признано повторно	1361	59,9	1184	61,2	1014	57,3
Из них с СД	20	1,5	13	1,1	7	0,7
- разработано ИПРА инвалидам с СД	24	120,0	14	107,7	12	171,1
- рекомендована инвалидам с СД ортопедическая обувь, в т. ч.	13	54,2	9	64,3	8	66,7
- пенсионного возраста	10	76,9	6	66,7	8	100,0

27 чел. до 19 чел, на 29,7 %.

Из них обратились только за ИПРА 4 чел. в 2014 г., 1 чел. – в 2015 г., 5 чел. – в 2016 г. Число первично разработанных ИПРА увеличилось в 2,3 раза (с 3 до 7), повторно разработанных ИПРА уменьшилось на 50,0 % (с 24 до 12).

Сахарный диабет часто приводит к многочисленным осложнениям, одним из которых является тотальное усугубление состояния нижних конечностей, приводящим к артропатиям, язвам, ампутации ноги или какой-то ее части (пальцев, стоп). При проведении медико-социальной экспертизы у инвалидов вследствие СД за 3 года зарегистрированы ампутационные культы в 18 случаях (27,7 % от числа лиц, кому разработаны ИПРА). Из них культы бедра разного уровня составили 8 случаев (44,4 % от числа лиц с ампутационными культями), голени – 3 случая (16,7 %), стопы – 4 случая (22,2 %), пальцев стоп – 3 случая (16,7 %). Трофические язвы стоп и голеней установлены у 11 инвалидов (16,9 % от числа

разработанных ИПРА). Инвалиды вследствие СД нуждались в различных видах ТСР, в том числе в обуви (сложной ортопедической и на протезы). Потребность в обуви увеличилась среди ВПИ и ППИ с 66,7 % в 2014 г. до 85,7 % в 2016 г. и с 54,2 % до 66,7 % соответственно. Наибольшая потребность в данных видах ТСР зарегистрирована у лиц пенсионного возраста: 2014 г. – 73,3 % (11 чел.), 2015 г. – 72,7 % (8 чел.), 2016 г. – 85,7 % (12 чел.).

Закключение. В анализируемый период по результатам проведенной медико-социальной экспертизы в Бюро № 13 отмечено снижение доли СД в нозологической структуре инвалидности с 1,2 % до 0,9 % за счет ППИ. Число разработанных ИПРА уменьшилось на 29,7 %. Потребность в ортопедической обуви увеличилась как среди ВПИ, так и ППИ с 66,7 % в 2014 г. до 85,7 % в 2016 г. и с 54,2 % до 66,7 % соответственно. Наиболее высокая нуждаемость в данном виде ТСР у инвалидов пенсионного возраста.



ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СПЕЦИАЛЬНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Воронежской области» Минтруда России,
г. Воронеж, Россия*

Проблема детской инвалидности является актуальным вопросом на современном этапе в Российской Федерации. В настоящий момент на территории России проводится социально-ориентированная политика по совершенствованию государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации детей и подростков с инвалидностью для улучшения качества медицинской помощи, что является немаловажным шагом в улучшении условий жизнедеятельности инвалидов, их реабилитации и эффективности медико-социальной экспертизы.

Одними из ведущих в структуре детской и подростковой инвалидности являются заболевания костно-мышечной системы. Эта тенденция относится как к Российской Федерации, так и ко всему миру. Количество детей и подростков с заболеванием костно-мышечной системы неуклонно растет – за последние пять лет увеличилась на 22 %. Число детей и подростков с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ОДА), зарегистрированных учреждениями здравоохранения в 2010 г., составляло порядка 2,6 млн. человек и занимало 8 место у детей и 4 – у подростков в структуре общей заболеваемости. В настоящий момент в Российской Федерации порядка 25,4 тыс. детей и подростков имеют категорию «ребенок-инвалид» в результате заболеваний ОДА.

В настоящий момент на базе Главного бюро медико-социальной экспертизы по Воронежской области Минтруда России в рамках государственной программы «Доступная среда» проводится разработка новых критериев

оценки инвалидности у детей и подростков, что поможет специалистам на разных уровнях проводить качественную оценку состояния здоровья детей и подростков с ограничением жизнедеятельности.

Наряду с деятельностью в рамках пилотного проекта по отработке новых критериев оценки инвалидности у детей и подростков, нами ретроспективным методом была проведена выборка детей и подростков с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани. Количество детей и подростков, которым была впервые определена категория «ребенок-инвалид», с данной патологией составило 18 человек. Категория «ребенок-инвалид» вследствие патологии костно-мышечной системы и соединительной ткани установлена у 42 повторно освидетельствованных. Из них с дорсопатией 2 человека среди повторно-признанных и 8 человек с первично установленной категорией «ребёнок-инвалид».

Вопросы реабилитации детей и подростков-инвалидов с нарушением ОДА и создание оптимальных возможностей для максимальной реализации их жизнедеятельности являются основной задачей государственных и частных организаций в Российской Федерации. Категория детей и подростков-инвалидов с нарушением ОДА в виде ампутации конечности требует особого внимания специалистов МСЭ при разработке индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА). Необходимо корректно определить нуждаемость в технических средствах реабилитации (ТСР), в том числе и основываясь на рекомендациях

врачей-ортопедов медицинских организаций, так как важнейшим этапом восстановления пациентов после ампутации является протезирование.

На базе главного бюро врачи-специалисты по МСЭ с дополнительной специальностью «травматология и ортопедия» проводят осмотр детей и подростков-инвалидов с нарушениями ОДА (ампутации, последствия врожденных патологий) для уточнения функционального состояния поврежденной конечности и правильного подбора ТСР, а следовательно, результативной компенсации нарушения жизнедеятельности. Врачи-специалисты по МСЭ основываются на том, что предоставление необходимых мер реабилитации для детей и подростков-инвалидов должно основываться на клинико-функциональных критериях степени выраженности нарушений и на тех видах ограничений жизнедеятельности, которые могут быть частично компенсированы использованием ТСР.

Объективизация степени выраженности нарушений также очень важна, поэтому на базе нашего учреждения ведётся сопоставительный анализ оценок степени выраженности функциональных нарушений вследствие ОДА на специальном диагностическом оборудовании («Эргометр», «Primus») и экспертным методом (по оценке врачами-специалистами в процессе объективного осмотра). Оценка степени выраженности функциональных нарушений каждого отобранного для исследования ребёнка с ОДА проводится обоими вышеозначенными способами. Затем проводится сопоставление полученных результатов.

Ретроспективным методом отобрано 84 чел. с категорией «ребенок-инвалид» старше 5 лет с разными нозологиями в отделе реабилитационно-экспертной работы (РЭР) на оборудовании «Эргометр» и «Primus». С учетом сопутствующих заболеваний, неврологического и хирургического профилей проведена оценка параметров устойчивости, ходьбы и силы в конечностях по существующим критериям оценки нарушений.

Количество детей и подростков с детским церебральным параличом (ДЦП) составило 10 человек. У 6 детей и подростков выявлены умеренные нарушения функции ходьбы на аппарате «Эргометр». В 2 случаях у испытуемых отмечается значительно выраженные нарушения функции устойчивости и в одном

выраженные нарушения. В остальных 3 случая функция устойчивости в норме. У 2 исследуемых выявлены выраженные нарушения функции ходьбы и значительно выраженные параметры устойчивости. Оценка на аппарате «Primus» у одного испытуемого с диагнозом: ДЦП, правосторонний гемипарез, контрактуры правого лучезапястного сустава, правой кисти. Вторичная дисплазия тазобедренных суставов, составили умеренные нарушения функции отведения в обоих тазобедренных суставах. Показатели у одного испытуемого оказались в пределах нормы.

В выборке участвовали дети и подростки с сахарным диабетом 1 типа и сопутствующей патологией в количестве 19 человек. Показатели ходьбы и устойчивости в норме определились у 9 детей и подростков-инвалидов. У 3 испытуемых отмечаются умеренные нарушения функции ходьбы и устойчивости. Количество детей и подростков-инвалидов с нарушением ходьбы в выраженной степени составило 2 человека, у одного из которых параметры устойчивости составили выраженные нарушения, а у второго ребенка с диагнозом: сахарный диабет 1 типа (стаж заболевания 3,5 г.), декомпенсация без кетоацидоза. Помповое введение инсулина с 08.2015 г. S-образный сколиоз грудно-поясничного отдела позвоночника 3 степени. Аномалия развития кистей и стоп, показатели составили значительно выраженные. Остальные 5 человек показали незначительные нарушения функции ходьбы и устойчивости.

Число детей и подростков с ювенильным ревматоидным артритом составило 12 человек. Показатели устойчивости и ходьбы в норме у 2 испытуемых, у 5 – с умеренными нарушениями, у остальных 5 детей и подростков эти параметры были незначительными.

Большую часть выборки, в количестве 43 человек, составили дети и подростки инвалиды с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ОДА) и последствиями травм. Показатели ходьбы в норме оказалось у 11, а показатели устойчивости лишь только у 3 испытуемых. Незначительные нарушения ходьбы выявлены у 8, а параметры устойчивости – у 5 детей и подростков. Показатели умеренных нарушений функции ходьбы у 21, а параметры устойчивости у 12 испытуемых. Показатели выраженных нарушений ходьбы отмечались у 3 детей и подростков. У 21 испытуемого выяв-



лены выраженные нарушения устойчивости, у 2 – показатель устойчивости был в зоне значительно выраженных нарушений.

В настоящий момент ещё рано говорить о каких-либо окончательных результатах, но определённые диапазоны показателей, полученных на диагностическом оборудовании,

совпадают с оценками экспертов. В результате проведённого исследования мы планируем получить систему объективной оценки степени выраженности функциональных нарушений на специальном диагностическом оборудовании.



СПИРИДОНОВА Л.Ч., САТ У.К., ОНДАР Ч.А.

СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА ВСЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ЗА 2014-2016 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Тыва» Минтруда России,
г. Кызыл, Россия*

Введение. Врожденные аномалии развития (ВАР) – гетерогенная группа, включающая в себя многообразные изолированные, системные и множественные аномалии различных органов и систем генетической, тератогенной и мультифакториальной этиологии. Они относятся к числу наиболее серьезных отклонений в состоянии здоровья детей и являются одной из ведущих причин детской инвалидности.

В настоящее время на динамику состояния здоровья детей влияет множество неблагоприятных факторов с увеличением частоты врожденных и наследственных заболеваний, и, согласно статистическим данным, они в структуре детской инвалидности занимают лидирующее место.

Цель исследования. Провести анализ состояния первичной инвалидности при врожденных аномалиях развития у детей, показате-

Таблица 1 – Показатели лидирующих позиций в структуре первичной детской инвалидности по Республике Тыва, СФО и РФ за 2014-2016 гг. (абс. число, уд. вес, ИППИ на 10 тыс. детского населения)

№	2014 г.			2015 г.			2016 г.		
	абс.	%	И.п.	абс.	%	И.п.	абс.	%	И.п.
Болезни ЦНС	109	34,4	9,9	71	32,8	6,4	89	30,7	7,5
ВАР	89	28,1	8,1	74	34,2	6,6	76	26,2	6,5
Болезни уха и сос.отр.	34	10,7	3,1	20	9,3	1,8	36	12,4	3,1
Последствия травм	22	6,9	2,0	3	1,4	0,3	12	4,1	1,0
Всего ВПИ по РТ	355		28,9	254		22,3	290		25,0
СФО			25,0			23,1			24,3
РФ			26,6			24,6			25,2

Таблица 2 – Структура врожденных аномалий развития среди первично признанных инвалидами детей по РТ за 2014-2016 гг. (абс. число, уд. вес)

Нозологические формы	2014 г.		2015 г.		2016 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ВАР системы кровообращения	38	42,7	40	54,0	21	27,6
ВАР головного мозга	12	13,5	6	8,1	8	10,5
ВАР челюстно-лицевой области	12	13,5	7	9,4	21	27,6
ВАР опорно-двигательного аппарата	6	6,7	8	10,8	9	11,8
ВАР желудочно-кишечного тракта	8	9,0	4	5,4	4	5,2
ВАР мочеполовой системы	4	4,5	3	4,0	5	6,6
ВАР глаз и придаточного аппарата	4	4,5	1	1,4	-	
Хромосомные аномалии	5	5,6	2	2,7	3	3,9
Прочие ВАР			3	4,1	5	6,6
Всего ВАР	89	100,0	74	100,0	76	100,0

ли которых всегда доминируют.

Материал и методы. Анализ проведен на основании данных годовой формы федерального государственного статистического наблюдения № 7д-собес, аналитических сборников ФГБУ ФБ МСЭ и ФГИС «ЕАВИИАС МСЭ».

Анализом охвачены последние три года (2014-2016 гг.), в течение которых в структуре первичной инвалидности среди детей до 18 лет ВАР всегда занимают лидирующую позицию.

Результаты. Для определения состояния первичной детской инвалидности в регионе проведен сравнительный анализ уровня первичной детской инвалидности с аналогичными показателями в СФО и РФ.

По данным таблицы 1 видно, что показатель первичной инвалидности по республике в 2014 г. выше показателей СФО и РФ. В 2015 г. было отмечено снижение данного показателя в связи с применением количественной оценки стойких нарушений функций организма. В 2016 г. данный показатель по республике на одном уровне с показателем по СФО. В структуре первичной инвалидности среди детей за последние 3 года в основном лидируют болезни нервной системы (в 2015 г. незначительно отстают от ВАР), ВАР, интенсивный показатель первичной инвалидности (ИППИ) при которых имеет тенденцию к снижению, а показатели болезней уха и сосцевидного отростка и последствий травм и других воздействий внешних причин – волнообразное течение.

Из анализа следует, что в динамике доля ВАР системы кровообращения значительно снижается (с 42,7 до 27,6), а удельный вес

врожденных расщелин челюстно-лицевой области (13,5-27,6), аномалий опорно-двигательного аппарата (6,7-11,8), мочеполовой системы (4,5-6,6) растет (Табл. 2).

Представленные данные показывают, что в структуре ВАР опорно-двигательного аппарата аномалии с нарушением функции опоры и передвижения в динамике увеличиваются (с 50,0 до 88,9), за счет врожденной косолапости (с 16,7 до 25,0), врожденных вывихов бедра (0,0-33,0-25,0), хондродисплазий (с 16,7 до 25,0), незавершенного остеогенеза (0,0 в 2015 г. и 25,0 в 2016 г.) (Табл. 3).

Проведен анализ с учетом гендерных особенностей, который выявил следующее: в 2014 г. преобладают мальчики, по месту жительства дети из сельской местности, а в 2015-2016 гг. расклад мальчиков и девочек одинаковый и детей из городской местности больше.

Заключение. Таким образом, результат выполненного анализа свидетельствует о том, что в последние годы по Республике Тыва сохраняются высокие показатели детской инвалидности вследствие врожденных аномалий развития, среди которых аномалии опорно-двигательного аппарата с нарушением функции опоры и передвижения, челюстно-лицевые аномалии и аномалии мочеполовой системы. За последние годы они имеют тенденцию к росту и обусловлены многими факторами. В том числе:

- недостаточной антенатальной профилактики;
- недостаточной осведомленностью населения о наследственной патологии и, следо-

Таблица 3 – Динамика первичной детской инвалидности вследствие врожденных аномалий развития опорно-двигательного аппарата с нарушением функции опоры и передвижения за 2014-2016 гг. по Республике Тыва (абс. число, уд. вес)

Нозологические формы	2014 г.		2015 г.		2016 г.	
	абс.	уд. вес	абс.	уд. вес	абс.	уд. вес
ВАР опорно-двигательного аппарата	6		8		9	
Из них с нарушением функции опоры и передвижения:	3 Мальч.-2, дев.-1	50,0	6 Мальч.-3, дев.-3	75,0	8 Мальч.-4, дев.-4	88,9
Вр. косолапость	-		1	16,7	2	25,0
Вр. вывих бедра	-		2	33,3	2	25,0
ВАР позвоночника	2	66,7	1	16,7	-	
Хондродисплазии	-		1	16,7	2	25,0
Незавершенный остеогенез	1	33,3	-		2	25,0
Множественная экзостозная болезнь	-		1	16,7	-	

вательно, возможностью избежать рождения ребенка с пороками развития;

- желанием женщины сохранить беременность, заведомо зная о рождении ребенка с врожденной аномалией развития, по тем или иным причинам;

- улучшением диагностических возможностей, приводящих к ранней диагностике врожденных патологий.

Следовательно, необходимость активизации профилактики детской инвалидности

требует еще большего совершенствования и, прежде всего, дальнейшего углубленного всестороннего развития ранней антенатальной и перинатальной помощи, более широкого использования скрининговых программ, внедрения профилактических и лечебных технологий на территории республики.

Данный анализ может быть использован при планировании мероприятий медицинской реабилитации, первичной профилактике инвалидности у детей.





ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ



ГАРКУША Л.Г., БАРАНОВА Л.Ю., РЫБЧЕНКО Н.В., САСИ Н.Ю.,
БОРМОТКИНА Е.Ю., АРХИНЧЕЕВА Д.А., ШУЛУНОВА Т.В.

ОБ АНАЛИЗЕ И КОНТРОЛЕ НАЗНАЧЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ФКУ «ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Иркутской области» Минтруда России,
г. Иркутск, Россия*

В 2016 г. в ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России разработано 51088 индивидуальных программ реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида (ребенка-инвалида), в 2015 г. – 51741. Доля ИПРА инвалидов в возрасте 18 лет и старше, содержащих рекомендации по обеспечению техническими средствами реабилитации (ТСР), составила в 2016 г. 47,5 %, превысив аналогичный показатель прошлого года в субъекте (44,4 %), а также аналогичные показатели в РФ (35,3 %) и СФО (37,4 %). У детей показатели не превышают среднероссийские и среднеокружные.

Анализ назначения ТСР в ИПРА показал, что рост потребности инвалидов в ТСР произошел преимущественно за счет технических средств реабилитации, компенсирующих ограничение способности к самостоятельному передвижению. Трости, костыли, опоры, ходунки, поручни в Иркутской области в структуре всех рекомендаций ТСР составили в 2015 г. 64,0 %; в 2016 г. – 61,0 % (в СФО 46,5 %, по РФ 45,7 % в 2015 г.). Преимущественно в данной группе ТСР представлены трости, доля которых в общем числе рекомендованных ТСР – 44,6 %.

Превышение доли рекомендаций в ИПРА инвалидов в 2016 году отчасти объясняется тем, что в Иркутской области в сравнении со страной в целом и СФО отмечались более высокие уровни первичной инвалидности, заболеваемости и смертности населения, в том числе по тем классам болезней, которые приводят к нарушениям статодинамических функций. Среди субъектов СФО по уровню первичной инвалидности взрослого населения Иркутская область в 2015-2016 гг. находилась на первом

месте (в 2015 г. – 68,8 на 10 тыс. населения, в 2016 г. – 78,3), по уровню первичной инвалидности детского населения в 2015 г. (24,2 на 10 тыс. детского населения) – на четвертом, в 2016 г. (27,7) – на втором. Согласно Государственному докладу «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Иркутской области в 2016 году» показатели первичной заболеваемости всего населения по классам болезней, приводящих к нарушению способности к передвижению, в Иркутской области превышают средние по Российской Федерации: по болезням костно-мышечной системы в 2,1 раза, болезням нервной и эндокринной систем – в 1,4, новообразованиям – в 1,5, по травмам – в 1,2 раза.

При этом показатели общей заболеваемости и первичной инвалидности взрослого населения по большинству этих классов болезней в Иркутской области растут. Темп роста общей заболеваемости взрослого населения по классу болезни костно-мышечной системы составил в 2016 г. 4,9 %, по злокачественным новообразованиям – 4,5 %, болезням системы кровообращения – 4,2 %, болезням эндокринной системы – 6,3 %, травмы – 0,3 %. По всем этим классам болезней отмечен и рост уровней первичной инвалидности взрослого населения, которые превышают показатели по РФ и СФО. Основной нозологической причиной, обусловившей ограничения категорий жизнедеятельности, для компенсации которых инвалидам были рекомендованы трости, стали цереброваскулярные болезни (ЦВБ) – 20 %, преимущественно последствия инсультов. В структуре первичной инвалидности ЦВБ составляют 45 % от всех болезней системы кровообращения, отмечен рост уровня первичной инвалидност-



ти взрослого населения с 7,3 в 2015 г. до 8,3 в 2016 г. Зарегистрирован и рост показателей заболеваемости с впервые установленным диагнозом по цереброваскулярным болезням – на 3,9 %.

В ходе проведения анализа рекомендаций по ТСП, а также по результатам обучения на базе ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России по использованию функционала ЕАВИИАС МСЭ в апреле-мае 2017 г. и обучения на трех выездных циклах повышения квалификации, проведенных в июне-июле 2017 г. на базе нашего учреждения ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, выявлены резервы для повышения качества экспертной работы в части исключения необоснованного назначения технических средств реабилитации в ИПРА. Разработан и осуществляется комплекс мероприятий, направленных на повышение качества экспертно-реабилитационной работы. Выделены четыре приоритетных направления:

1. Осуществление текущего и периодического контроля за экспертными решениями бюро-филиалов и экспертных составов с использованием набора фильтров для раздела «Расширенный поиск» ИС ЕАВИИАС МСЭ;

2. Проведение ежемесячного мониторинга назначения ТСП в ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) накопительным итогом в сравнении с аналогичным периодом прошлого

года в разрезе бюро-филиалов;

3. Организация обучения специалистов учреждения, в том числе по использованию функционала ЕАВИИАС МСЭ с учетом проблем, выявленных в бюро по результатам проводимого текущего и периодического контроля;

4. Усиление работы с медицинскими организациями по вопросам качества оформления направлений на медико-социальную экспертизу, в том числе в части внесения рекомендаций о нуждаемости в проведении мероприятий по медицинской реабилитации, обеспечения техническими средствами медицинской реабилитации.

Результатом проводимой работы стал более грамотный, обоснованный индивидуальный подход специалистов бюро МСЭ к назначению ТСП. По итогам мониторинга отмечено снижение числа ряда ТСП, внесённых в ИПРА инвалидов. Так за июль 2017 года назначено бандажей на 54 % меньше, чем за аналогичный период 2016 года (доля снизилась с 3,5 до 1,6), корсетов, головодержателей – на 19,4 % (с 5,5 до 4,4), противопролежневых матрацев на 16,8 % (с 8,8 до 7,3), подгузников на 13,5 % (с 14,5 до 12,5), медицинских термометров с речевым выходом на 12,4 % (с 2,2 до 1,9), абсорбирующего белья на 5,3 % (с 8,3 до 7,9), тростей на 1,9 % (с 43,2 до 42,4).





КАРОЛЬ Е.В.^{1,2}, ЛОМОНОСОВА О.В.^{1,2}, ШИЛОВ П.Б.¹,
СТАРКОВСКАЯ Н.Ю.¹, ГЕТМАНЦЕВ Е.А.¹

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ НАРУШЕНИЯ ОПОРЫ И ДВИЖЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2015-2016 ГОДАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России¹,
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Минздрава России²,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Решение вопросов рекомендаций по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР) в целях компенсации ограничения способности к передвижению является одним из ведущих направлений деятельности учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ) на современном этапе как высоко востребованное инвалидами.

Цель работы. Изучение количественных показателей рекомендаций по обеспечению ТСР, компенсирующих нарушения опоры и движения, в индивидуальных программах реабилитации (ИПР) инвалидов старше 18 лет по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Санкт-Петербурга в период с 2014 по 2016 гг.

Материал и методы исследования. Данные формы 7-собес о результатах освидетельствования в бюро МСЭ Санкт-Петербурга граждан старше 18 лет. Методы: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез.

Результаты и обсуждение. Решения о рекомендациях по обеспечению инвалидов ТСР принимаются путем определения медицинских показаний и противопоказаний исходя из комплексной оценки ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала. В 2015-2016 гг. в бюро МСЭ Санкт-Петербурга инвалидам старше 18 лет было разработано 134421 ИПР. В целях компенсации ограничения способности к передвижению было рекомендовано обеспечение следующими видами

ТСР: тростями опорными – 33001; костылями – 4395; опорами – 513; ходунками – 4290; поручнями 12030; креслами-колясками с ручным приводом комнатными – 5797; креслами-колясками с ручным приводом прогулочными – 5318; креслами-колясками с ручным приводом малогабаритными – 14; креслами-колясками с ручным приводом активного типа – 109; креслами-колясками с электроприводом – 128; протезами верхних конечностей – 98; протезами нижних конечностей – 1229; корсетами, головодержателями, реклинаторами – 4852; бандажами – 5871; аппаратами верхних конечностей – 31; аппаратами нижних конечностей – 262; тьюторами верхних конечностей – 76; тьюторами нижних конечностей – 394; обувью ортопедической сложной – 9422. В течение 2015-2016 гг. сохраняется тенденция к снижению объема рекомендованных в ИПРА ТСР. В частности, отмечается снижение общего числа рекомендаций по обеспечению ТСР в ИПРА на 17,5 %. В том числе количество рекомендаций по обеспечению тростями опорными снизилось на 27 %; ходунками – на 16,7 %; креслами-колясками с ручным приводом – на 6,6 %; корсетами, головодержателями, реклинаторами – на 39,3 %; обувью ортопедической сложной – на 28,2 %. С одной стороны, это обусловлено систематическим снижением показателей первичной и повторной инвалидности.

Вместе с тем одним из основных направлений работы учреждения является повышение качества МСЭ в целях обоснованности реко-



мендаций инвалидам ТСП. Применение специалистами бюро МСЭ «Перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации», утвержденного Приказом Минтруда России от 09.12.2014 г. № 998н (далее – Перечень), позволяет объективизировать и обосновывать решения бюро МСЭ при решении вопросов рекомендаций по обеспечению инвалидов ТСП. Экспертными составами Главного бюро на протяжении 2015-2016 гг. регулярно проводился мониторинг содержания рекомендаций в ИПР и контроль решений бюро. Использование возможностей системы Единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы по проведению медико-социальной экспертизы (ЕАВИИАС МСЭ) позволило повысить эффективность данной работы: организационно-методическим и информационно-статистическим отделами создаются и обновляются «фильтры», позволяющие выявлять сомнительные решения бюро в целях своевременного контроля. Плановая работа с медицинскими организациями Санкт-Петербурга направлена на повышение качества обследования граждан при направлении на МСЭ для объективизации имеющихся нарушений функций, что в целом позволяет в большинстве случаев повысить обоснованность рекомендаций по обеспечению инвалидов ТСП.

Вместе с тем существует потребность уточ-

нения нормативных правовых актов в данной области. В частности, необходимо уточнение содержания Перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов ТСП. Требуют разрешения проблемы обеспечения инвалидов ТСП на основании ИПР, выданных бессрочно до вступления в силу Классификации ТСП в рамках Федерального перечня, в которых наименования ТСП отличны от утвержденных Классификацией.

Таким образом, анализ рекомендаций обеспечения ТСП, компенсирующих нарушения опоры и движения, в ИПР на примере Санкт-Петербурга отражает следующие тенденции последних лет:

- снижение общего объема рекомендованных ТСП;
- необходимость дальнейшего повышения контроля качества медико-социальной экспертизы при решении вопросов внесения рекомендаций по обеспечению ТСП в ИПРА;
- потребность в дальнейшем поэтапном совершенствовании нормативно-правового регулирования данного вопроса;
- необходимость систематического анализа вопросов обеспечения инвалидов ТСП в целях достижения максимально возможной компенсации ограничений жизнедеятельности и социализации инвалидов, а также эффективного расходования бюджетных средств, направленных на реабилитацию инвалидов.





НИЗАМОВ Р.Х., ПУЗАНОВА О.В., САБИРОВА Э.Р., АБДРАЗАКОВА Р.А.

ОЦЕНКА НУЖДАЕМОСТИ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ОПОРЫ И ДВИЖЕНИЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ СПЕЦИАЛЬНЫМ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ И ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШЕГО

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Татарстан (Татарстан)» Минтруда России,
г. Казань, Россия*

Специальный транспорт – автомобиль с ручным управлением, являясь средством передвижения, способствуют более полной реабилитации инвалида с нарушением функции опоры и движения, обеспечивая ему доступ к окружающей среде, расширяя возможности передвижения и самообслуживания.

Легковой автомобиль входил ранее и включен в действующий Национальный стандарт РФ ГОСТ Р ИСО 9999-2014 «Вспомогательные средства для людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация и терминология» (утв. Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 23.09.2014 г. № 1177 ст.).

До 1 января 2005 г. транспортные средства предоставлялись всем категориям инвалидов в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и статьей 14 Федерального закона от 12 января 1995 г. № 5-ФЗ «О ветеранах» при наличии у них медицинских показаний на получение спецавтотранспорта, которые устанавливали врачебно-трудовые экспертные комиссии (позже – учреждения медико-социальной экспертизы). С 1 января 2005 г. эта позиция была отменена. Вместе с тем в Республике Татарстан было принято решение продолжить обеспечение инвалидов транспортными средствами по мере выделения необходимых финансовых ресурсов на эти цели в рамках реализации длящихся обязательств государства, возникших перед инвалидами, имеющими ус-

тановленные медицинские показания на получение спецавтотранспорта и поставленными на учет (очередь) в органах социальной защиты населения до 1 января 2005 г.

07.07.2005 г. в Республике Татарстан восстановлено обеспечение спецавтотранспортом инвалидов, пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания.

При разработке индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА) оцениваются медицинские показания для приобретения инвалидом транспортного средства за собственный счет либо других, разрешенных законом источников.

При освидетельствовании специалисты бюро руководствуются «Перечнем медицинских показаний на получение инвалидами мотоколясок с ручным управлением», утвержденным 11.08.1970 г. и согласованным с Госпланом СССР МЗ СССР 19.08.1970 г. и Приказом МСО РСФСР от 28.07.1982 г. № 72 «О методических указаниях по применению Перечней медицинских показаний на получение инвалидами мотоколясок и автомобилей «Запорожец» с ручным управлением».

Наличие противопоказаний оцениваются специалистами МСЭ на основании «Заключения о наличии (отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами».

С 01.01.2015 г. заключено соглашение с Го-



сударственным учреждением-региональным учреждением Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Татарстан по вопросу освидетельствования пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, в том числе и на обеспечение специальными транспортными средствами. Соглашением установлено обязательное присутствие представителя ФСС, как исполнителя мероприятий реабилитации, рекомендованных в программе реабилитации пострадавших (ПРП).

Согласно данному соглашению заключение о наличии медицинских показаний на обеспечение спецавтотранспортом принимает бюро МСЭ при очном освидетельствовании пострадавшего, после консультативного заключения в экспертном составе № 1 Главного бюро.

Специалистами Главного бюро за 2013-2016 гг. проведено 211 освидетельствований с целью определения показаний для обеспечения спецавтотранспортом при разработке ПРП (2013 г. – 43, 2014 г. – 50, 2015 г. – 66, 2016 г. –

52 случая).

В 2013 г. определены показания в 40 случаях, что составляет 93 % от общего количества освидетельствованных; в 2014 г. – в 46 случаях (92 %); в 2015 г. – в 56 случаях (85 %); в 2016 г. – в 45 случаях (87 %).

При разработке ИПР и ИПРА в 2013-2016 гг. медицинские показания определены в 2013 г. 371 чел., в 2014 г. – 172 чел., в 2015 г. – 116 чел. и в 2016 г. – 361 чел.

Таким образом, потребность в обеспечении инвалидов, пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, спецавтотранспортом остается на одном уровне в течение всего периода наблюдения.

Количество лиц, которым при разработке ИПР и ИПРА определены медицинские показания для приобретения инвалидом (ребенком-инвалидом) транспортного средства за собственный счет либо других разрешенных источников, значительно варьирует.



ПЕРМИНОВ В.А.¹, ХОХЛОВ В.Е.²

О РЕЗУЛЬТАТАХ СОВМЕСТНОГО АНАЛИЗА РЕКОМЕНДАЦИЙ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015-2016 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Томской области» Минтруда России¹,*

*ГУ – Томское региональное отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации²,
г. Томск, Россия*

В настоящее время особенно актуальными становятся вопросы межведомственного взаимодействия между федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы и региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации. Очевидно, что от его качества напрямую зависит полнота и своевременность обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР).

Цель исследования. Проведение совместного анализа рекомендаций в индивидуальных программах реабилитации или абилитации (далее – ИПРА (ИПР)) инвалидов и роста количества, поступивших в ГУ – Томское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации, заявок от инвалидов на обеспечение отдельными видами ТСР и протезно-ортопедическими изделиями (ПОИ) за 2015-2016 гг.

Материал и методы. База данных о гражданах, прошедших освидетельствование в ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России (учреждение) в информационной системе «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (ИС ЕАВИИС МСЭ); ИПРА (ИПР); реестр заявок инвалидов для получения ТСР за 2015-2016 гг.

Результаты. В 2015 году специалистами учреждения всего разработано 13306 ИПР (11250 – инвалидам старше 18 лет и 2056 – детям-инвалидам); в 2016 году всего разработано 12879 ИПРА (10673 – инвалидам старше 18

лет и 2206 – детям-инвалидам), что меньше на 3,2 %.

Доля рекомендованных ТСР в ИПР взрослых инвалидов в 2015 г. составила 47,9 % (5386 случаев), в 2016 г. – 43,3 % (4620 случаев), что превысило среднероссийский показатель в 2015 г. на 12,6 % (показатель по СФО – на 9,8 %); в 2016 г. превышение составило, соответственно, на 8 % по РФ и на 5,9 % по СФО.

В ИПР детей-инвалидов доля рекомендованных ТСР в 2015 г. составила 25,5 % (525 случаев), в 2016 г. – 26 % (673 случая), что превысило среднероссийский показатель в 2015 г. на 0,3 %, но ниже среднего показателя по СФО на 3,2 %, в 2016 г. показатель по Томской области превысил среднероссийский на 1,8 %, но ниже среднего показателя по СФО на 2,5 %.

В общей структуре заболеваний, приведших к инвалидности у взрослых, болезни уха и сосцевидного отростка, имеют тенденцию к росту с 2012 года с 5,6 % до 7,7 % в 2016 году и заняли пятое ранговое место. Уровень первичной инвалидности вследствие болезней уха и сосцевидного отростка в Томской области составил в 2015 г. 2,2 на 10 тыс. населения региона, в 2016 г. – 2,4 на 10 тыс. населения (по РФ – 1,0 в 2015 г.). В общей структуре заболеваний, приведших к инвалидности у детей, болезни уха и сосцевидного отростка, имеют тенденцию к снижению с 7,1 % до 6,1 % и занимают также пятое место.

Слуховые аппараты (в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления) специалистами ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России рекомендовались



взрослым инвалидам в 18,23 % случаев (в 2015 г. в 17,4 %), что превысило показатель по РФ (7,7 %) на 10,5 %, по СФО (9,1 %) на 9,2 %. Тем не менее в абсолютных числах произошло снижение случаев назначения слуховых аппаратов с 937 в 2015 г. до 842 в 2016 г. Превышение доли рекомендаций слуховых аппаратов отчасти объяснимо увеличением количества среди освидетельствуемых граждан лиц пенсионного возраста (64 %), у которых нарушение слуха произошло вследствие сосудистых поражений головного мозга (ЦВБ) и привело к стойким умеренным нарушениям сенсорных функций (слуха). Детям-инвалидам данное техническое средство реабилитации рекомендовалось в 22,16 % случаев (в 2015 г. в 23,6 %), что превысило показатель по РФ (14,17 %) на 7,99 %, по СФО (14,0 %) на 8,16 %.

Согласно данным ГУ – Томского регионального отделения ФСС РФ отмечен рост количества заявок на обеспечение инвалидов по группе «Слуховые аппараты» на 22 % (1343 шт. в 2015 г. и 1643 шт. в 2016 г.), который обусловлен поступлением заявок на замену слуховых аппаратов по истечении сроков пользования. Выдача слуховых аппаратов в 2010 г. составила 1004 шт., а в 2011 году – 1700 шт. (основная часть государственных контрактов заключена в конце года). То есть инвалиды, получившие слуховые аппараты в 2010 г., обратились за заменой в 2015, а инвалиды, получившие слуховые аппараты в 2011 г., обратились за заменой в 2016, что привело к росту заявок в 2016 году. Общий уровень заявок на обеспечение по данной группе достаточно высок и связан с увеличением количества рекомендуемых в ИПРА (ИПР) вкладышей индивидуального изготовления с рекомендацией по обеспечению слуховым аппаратом. Результаты сверки списков (реестра) инвалидов, обратившихся с заявлением на обеспечение по группе «Слуховые аппараты» в ГУ – Томское региональное отделение ФСС РФ с рекомендациями о необходимости слуховых аппаратов (в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления) в ИПРА (ИПР) за 2015 и 2016 гг. показали, что более 50 % инвалидам рекомендации по назначению слуховых аппаратов даны ранее 2015 года со сроком исполнения ИПР «бессрочно».

Анализ нуждаемости в обеспечении креслами-колясками у взрослых инвалидов имеет тенденцию к уменьшению и не превышает рос-

сийские показатели: кресло-коляски с ручным приводом комнатные в 2015 г. назначались 676 чел. или 12,6 % (по РФ – 11,6 %); в 2016 г. – 512 чел. или 11,1 % (по РФ – 12,8 %); кресло-коляски с ручным приводом прогулочные в 2015 г. назначались 430 чел. или 8 % (по РФ – 8,6 %), в 2016 г. – 294 чел. или 6,36 % (по РФ – 9,2 %). По данным ГУ – Томского регионального отделения ФСС РФ рост поданных заявок по группе «Кресла-коляски» в 2016 г. – 1090 шт. по отношению к 2015 г. – 718 шт. (51 %) обусловлен поступлением заявок на замену кресел-колясок по истечении сроков пользования. Выдача кресел-колясок комнатных в 2009 году составила 237 шт., а в 2010 – 557 шт., то есть инвалиды, получившие кресла-коляски комнатные в 2009 г., обратились за заменой в 2015, а инвалиды, получившие кресла-коляски комнатные в 2010 г., обратились за заменой в 2016. Аналогичная ситуация наблюдается по креслам-коляскам прогулочным: в 2011 г. выдано 264 шт., в 2012 – 470 шт., что привело к росту заявок в 2016 году.

Количество рекомендаций в ИПРА (ИПР) по группе «Протезно-ортопедические изделия» (ПОИ) в абсолютных числах составило в 2015 г. 2774 случая (51,5 %), в 2016 – 2115 случаев (45,8 %), что незначительно превысило показатели по Российской Федерации по следующим изделиям: обувь на протезы и ортопедические аппараты нижних конечностей на 1,9 %, обувь ортопедическая сложная – на 0,8 % и протезы нижних конечностей – на 0,9 %. Согласно данным ГУ – Томского регионального отделения ФСС РФ рост числа заявок по группе ПОИ объясняется задолженностью за 2014 год, которая составила 5248 шт., в 2015 году подано заявок на 11719 шт. Инвалиды, подавшие заявки в 2014 году, фактически получили рекомендованные средства реабилитации (ортопедическая обувь, ортезы, чехлы) в течение 2015 года и в дальнейшем обратились по истечении срока пользования в 2016 году, тем самым отмечается рост заявок в 2016 году – 15970 шт. или на 36 %.

Кроме того, по данным ГУ – Томского регионального отделения ФСС РФ рост заявок также отмечен по группе «Абсорбирующее белье и подгузники». В 2015 г. поступило заявок на 1899833 шт., в 2016 – на 2235326 шт. (17,7 %). Данное положение дел объясняется тем, что в I квартале 2015 года были сложности в проведении конкурсных процедур на закупку по данной



группе ТСП, фактическое обеспечение граждан началось с апреля 2015 г. Таким образом, I квартал 2015 года «выпал» из обеспечения. В 2016 году конкурсные процедуры прошли в плановом режиме, и обеспечение граждан началось с I квартала 2016 года с обеспечением января и февраля 2017-го. Рост заявок в 2016 году также связан с отказом выдачи изделий инвалидам за «прошлые периоды». Инвалиды, имеющие рекомендации по обеспечению подгузниками и абсорбирующим бельем, стараются реализовать свое право своевременно и в полном объеме.

Заключение. Таким образом, совместный анализ показал, что в целом на высокий уро-

вень заявок и рост по отдельным видам ТСП оказывает влияние процент «бессрочных» ИПРА (ИПР). Специалисты ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России при формировании раздела ИПРА инвалида «Технические средства реабилитации...» строго руководствуются Приказом Минтруда России от 09.12.2014 г. № 998н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации». Использование ИС ЕАВИ-ИАС МСЭ позволяет проводить ежедневный мониторинг и контролировать обоснованность назначений ТСП по их видам и количеству.



УСЕНКОВА И.В., РЫЧКОВА Н.М., КУЛЕШОВА Т.И.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО РЕГИОНАЛЬНОМУ ПЕРЕЧНЮ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Красноярскому краю» Минтруда России,
г. Красноярск, Россия*

Инвалидность, как социальный феномен, не может избежать ни одно общество. Каждое государство, как гарант социального благополучия граждан, в силу своей экономики, социальной политики берет на себя обязательства по поддержке людей с ограниченными возможностями.

По данным Федеральной службы государственной статистики, на данный момент в нашей стране проживает 13 миллионов людей с ограниченными возможностями, что составляет 7 % от всего населения страны.

3 мая 2012 года Россия ратифицировала Конвенцию о правах инвалидов. Согласно это-

му документу государство должно принимать по отношению к инвалидам все необходимые, в том числе законодательные меры, обеспечивающие им равные с другими лицами условия для реализации прав человека без какой бы то ни было дискриминации. Таким образом, обеспечивая социальную защищенность инвалидов, государство должно создавать им необходимые условия для достижения одинакового со своими согражданами уровня жизни, в том числе в сфере доходов, образования, занятости, участия в общественной жизни посредством осуществления их реабилитации и абилитации.



В этой связи в ряд нормативно правовых документов, в том числе и в Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», были внесены изменения, касающиеся вопросов социальной защиты инвалидов, в том числе реабилитации и абилитации инвалидов. Целью изменений данного закона является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации принадлежащих им прав и свобод.

В статье 9 ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» наряду с понятием «реабилитация» (восстановление (полное или частичное)) способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности появилось понятие «абилитации» – система и процесс формирования отсутствующих у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности, которые направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

С введением понятия «абилитация» инвалидов изменения коснулись и индивидуальной программы реабилитации инвалидов. С 01.01.2016 г. Приказом Минтруда России от 31.07.2015 г. № 528н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА), индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» утверждены формы ИПРА инвалидов и детей-инвалидов, содержащие как реабилитационные, так и абилитационные мероприятия:

- по медицинской, профессиональной, социальной реабилитации и абилитации (а для детей-инвалидов и мероприятия психолого-педагогической реабилитации и абилитации);
- рекомендации по занятиям физической культурой и спортом;
- необходимые инвалиду технические средства реабилитации и абилитации (ТСР) и услуги по реабилитации, предоставляемые инвалиду за счет средств федерального бюджета;
- ТСР, предоставляемые инвалиду за счет

средств бюджета субъекта Российской Федерации, за счет средств инвалида либо других лиц или организаций, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности;

- для детей-инвалидов – товары и услуги, предназначенные для социальной, адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала;

- виды помощи, оказываемые инвалиду, ребенку-инвалиду в преодолении барьеров, мешающих получению им услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры наравне с другими лицами, организациями, предоставляющими услуги населению.

Каждый субъект нашей страны в силу своих специфических особенностей и проблем, разрабатывает свой комплекс мероприятий по оказанию социальной поддержки инвалидам. Рассмотрим социальную поддержку инвалидов в Красноярском крае. По статистическим данным, в Красноярском крае сейчас проживает около 200 тысяч инвалидов. В Красноярском крае издан закон «О социальной защите инвалидов в Красноярском крае» от 27.04.1999 г. № 6-379. Настоящий закон определяет социальную политику в отношении инвалидов на территории Красноярского края, полномочия органов государственной власти края и местного самоуправления при исполнении законодательства об инвалидах, устанавливает дополнительные к предусмотренным федеральным законодательством льготы и права инвалидам.

Социальная политика в отношении инвалидов на территории Красноярского края определяется необходимостью обеспечения инвалидам равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества, социальной и правовой защищенности, поддержания их жизненного уровня, создания условий для активного участия инвалидов и их объединений в общественной и трудовой деятельности.

Приоритетами социальной политики органов государственной власти и органов местного самоуправления на территории Красноярского края в отношении инвалидов являются:

- профилактика инвалидности среди детского и взрослого населения края;
- формирование единой системы реабилитации инвалидов, осуществление органами



социальной защиты населения координации и контроля за реализацией реабилитационных мероприятий;

- создание предприятий, учреждений и организаций Государственной службы медико-социальной экспертизы;

- развитие реабилитационной индустрии с целью производства изделий, облегчающих быт и труд инвалидов;

- обеспечение занятости инвалидов;

- дальнейшее развитие государственных и негосударственных организаций социальной защиты инвалидов (центров реабилитации), обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности;

- подбор и подготовка специалистов, владеющих методами реабилитационно-экспертной диагностики, восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности;

- информационное обеспечение инвалидов и их законных представителей об их правах и реабилитационных возможностях;

- обеспечение реализации консультативной функции общественных объединений инвалидов в принятии решений по вопросам, касающимся инвалидов.

Программа реабилитации инвалидов в Красноярском крае представляет собой перечень реабилитационных мероприятий, осуществляемых на территории края в дополнение к федеральной базовой программе реабилитации инвалидов за счет средств краевого бюджета и других источников финансирования в соответствии с действующим законодательством.

Единая система реабилитации инвалидов в Красноярском крае основывается на взаимодействии органов государственной власти, органов местного самоуправления, а также коммерческих и некоммерческих организаций различных форм собственности, независимо от ведомственной принадлежности, осуществляющих мероприятия по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов. Координацию и контроль за проведением реабилитационных мероприятий осуществляют органы социальной защиты населения.

Основными задачами органов государственной власти и местного самоуправления в области реабилитации инвалидов в Красноярском крае являются:

- изучение наиболее эффективных путей реализации краевой и территориальных программ реабилитации инвалидов;

- развитие межведомственных учреждений стационарного, дневного пребывания, обслуживания на дому, обучения инвалидов восстановлению их жизнедеятельности;

- организация рабочих мест со специально созданными условиями для инвалидов с учетом особенностей и рода занятий;

- организация профессионального обучения трудоспособных инвалидов;

- разработка и внедрение перечня видов, объемов социальных услуг инвалидам по месту жительства и условий их предоставления с учетом медицинских рекомендаций;

- создание условий инвалидам для свободного и безопасного доступа к объектам социальной инфраструктуры, для беспрепятственного пользования общественным транспортом.

Инвалидам, проживающим на территории Красноярского края, предоставляются следующие меры социальной поддержки:

- ежемесячную компенсацию расходов на проезд и ежегодное пособие детям школьного возраста из семей, в которых родители-инвалиды;

- ежемесячная выплата семьям с детьми, в которых родители-инвалиды;

- ежемесячная денежная выплата семьям, состоящим из неработающих инвалидов с детства 1 и 2 группы;

- компенсация расходов на оплату проезда в междугородном транспорте к месту проведения обследования, медико-социальной экспертизы, реабилитации;

- компенсация расходов инвалидам на оплату проезда в междугородном транспорте на лечение гемодиализом и обратно;

- обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации, не входящими в федеральный перечень;

- прокат технических средств реабилитации;

- предоставление услуг сурдоперевода;

- приобретение реабилитационного оборудования для учреждений социального обслуживания;

- обеспечение жильем членов семьи инвалида, ребенка-инвалида;

- субсидии юридическим лицам на создание и сохранение рабочих мест для инвали-

Таблица – Рекомендованные технические средства реабилитации по краевому перечню за 2014-2016 годы

Наименование ТСР	Лица старше 18 лет			Дети-инвалиды		
	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Сиденья для ванны, стулья для душа	29	31	36	15	10	16
Ступеньки для ванны	25	23	25	2	3	4
Сиденья-насадки для унитазов	2	1	2	1	0	1
Переносные пандусы	20	21	25	1		
Приборы для письма шрифтом Брайля	8	7	8	8	6	7
Сопутствующие расходные материалы для письма по системе Брайля	8	7	8	6	8	7
Часы наручные с речевым выходом	659	702	679	30	24	28
Часы наручные Брайля	2	1	1	2	1	2
Будильник с речевым выходом	690	502	655	30	24	32
Приборы для измерения уровня сахара в крови с речевым выходом	126	138	156	0	2	6
Тест-полоски к прибору для измерения уровня сахара с речевым выходом	56	48	61	0	1	0
Телефон с усилением звукового сигнала	7	3	6	1	0	1
Автоматический цифровой тонометр с индикацией аритмии для инвалидов по слуху	19	15	21	0	0	0
Часы-будильник наручные электронные с вибрационным сигналом для инвалидов по слуху	22	19	24	2	1	2
Часы-будильник настольные с вибро-свето-звуковым сигналом для инвалидов по слуху	21	18	21	2	1	3
Мобильный телефон с речевым выходом для инвалидов по зрению	34	28	31	22	20	23
Радиоприемник с TV-диапазоном, позволяющий прослушивать радиостанции AM, FM и телевизионные каналы, для инвалидов по зрению	283	257	295	16	10	17

дов;

- компенсация инвалидам-колясочникам, нуждающихся в преодолении препятствий при выходе (входе) из многоквартирных жилых домов;

- совместные мероприятия с общественными организациями инвалидов.

В Красноярском крае, как указано выше, реализуется дополнительная инициативная мера социальной поддержки инвалидов по обеспечению техническими средствами реабилитации, не входящими в федеральный перечень. В бюджете края ежегодно на обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации предусмотрено около 15 млн. руб.

Краевой перечень технических средств реабилитации утвержден Постановлением Правительства Красноярского края от 14.12.2010 г. № 629-п «Об утверждении Порядка обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и перечня технических средств ре-

абилитации». Анализ рекомендованных ТСР по краевому перечню за 2014-2016 годы представлен в таблице.

Порядок обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации осуществляется бесплатно в соответствии с заключениями, выдаваемыми врачебными комиссиями учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь инвалидам.

Для получения технических средств реабилитации, указанных в перечне технических средств реабилитации, инвалид либо лицо, представляющее его интересы, обращается в краевое государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания населения» и представляет следующие документы:

- 1) заявление о предоставлении технического средства реабилитации;
- 2) копию паспорта или копию иного документа, удостоверяющего личность;



3) справку, подтверждающую факт установления инвалидности, выданную федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы;

4) заключение, выданное врачебной комиссией учреждения здравоохранения, оказывающего медицинскую помощь инвалиду;

5) документ, подтверждающий факт обучения в образовательном учреждении либо факт трудовых отношений с организацией различной формы собственности для лиц, претендующих на получение технических средств реабилитации, указанных в пунктах 16-19 Перечня технических средств реабилитации.

Центр регистрирует заявление в журнале учета заявлений и в 15-дневный срок с даты поступления заявления принимает решение о постановке на учет на получение технического средства реабилитации либо об отказе в постановке на учет на получение технического средства реабилитации и высылает (выдает) инвалиду уведомление о постановке на учет на получение технического средства реабили-

тации либо об отказе в постановке на учет на получение технического средства реабилитации.

В 2017 году в постановление были внесены изменения, и теперь вместо заключения врачебной комиссии поликлиники в центр будет представляться ИПРА инвалида (ребенка-инвалида), выдаваемая федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы.

Таким образом, можно сделать вывод, что социальная защита инвалидов на современном этапе является важнейшим и приоритетным направлением в социальной политике государства и Красноярского края. Видно, что для улучшения качества жизни инвалидов органами исполнительной власти проводится огромная работа. Несмотря на это, система реабилитации далека от совершенствования и, в первую очередь, требуется развитие межведомственного взаимодействия между организациями, занимающимися реабилитацией инвалидов.







ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ

МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ





БАСАЛАЙ И.А., ВЛАСОВА-РОЗАНСКАЯ Е.В.

ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ: ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь*

Введение. Одна из основных причин смертности – рак, уступает первенство лишь сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ). Тем не менее ситуация меняется: смертность от злокачественных новообразований проявляет устойчивую тенденцию к снижению благодаря ранней диагностике и применению более эффективных методов лечения. Современная химио- и лучевая терапия в комплексе с оперативной онкологией позволяют сохранять жизнь и работоспособность больных в течение десятилетий. Ситуация изменилась настолько, что при успешном лечении прогноз заболевания нередко определяется не столько основным заболеванием, сколько сопутствующей патологией – в первую очередь, болезнями сердца и сосудов. ССЗ обычно выявляются в возрастной группе от 45 лет и старше. В преклонном возрасте теми или иными заболеваниями сердца страдают более половины населения.

Цель. Разработать программы реабилитации пациентов с коморбидными состояниями: онкологическое заболевание и болезни сердечно-сосудистой системы

Материал и методы:

Все пациенты, включённые в исследование, разделены на группы:

1 группа – пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), возникшими до диагностики онкологического заболевания – 30 человек;

2 группа – пациенты с ССЗ, возникшими в процессе лечения онкологического заболевания – 30 человек;

3 группа – пациенты с ССЗ, возникшими в отдаленный период после лечения онкологического заболевания – 30 человек.

В работе использован спектр основных и

дополнительных методов клинического обследования согласно клиническим протоколам диагностики, лечения и реабилитации заболеваний, утверждённых приказами Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Применяются наиболее информативные, широко используемые в практической деятельности методы обследования, с помощью которых можно получить полную информацию об отклонениях или утратах структур и функций организма, вовлеченных в патологический процесс, оценить ограничения жизнедеятельности у пациентов.

Результаты. Рост хронических заболеваний, таких как рак и сердечно-сосудистые заболевания, во всем мире и в нашей стране неизбежен с учётом постарения населения земного шара. При этом повышается вероятность одновременного выявления двух заболеваний у одного пациента во множестве клинических случаев.

Сердечно-сосудистая смертность в данной группе значительно выше, чем в аналогичной возрастной группе, не получающей лечения по поводу рака. Это означает, что и само онкологическое заболевание, и методы его лечения повышают вероятность развития тяжелых заболеваний сердца и сосудов. Это вторая причина, по которой рак может быть причинно связан с ССЗ.

Тромбозы и эмболии – третья причина. Рак нередко ассоциирован с гиперкоагуляцией, с венозными и артериальными тромбозами. Некоторые противоопухолевые препараты также могут стимулировать тромбообразование. Лучевая терапия и некоторые химиотерапевтические препараты, в свою очередь, могут привести к нарушению эндотелия сосудов, тромбообразованию в сосудах малого и круп-



ного диаметра.

Четвертая причина, по которой кардиологи должны внимательно следить за больными, — это повреждение сердца, обозначаемое термином кардиотоксичность. Медикаменты, которые назначаются онкобольному для лечения злокачественных образований, не только угнетают раковые клетки, но и самым разрушительным образом влияют на здоровые клетки тканей и органов. Эндогенная интоксикация и до курсов лечения медикаментами была высокой, а после химиотерапии интоксикация и гипоксия тканей только нарастают. Убивая раковые клетки, например, при опухоли молочной железы или новообразованиях средостения, они вызывают повреждение кардиомиоцитов.

Программы реабилитации содержат перечень необходимой информации. Указывается нозологическое онкологическое заболевание и ССЗ. Определяются основные и дополнительные методы обследования. Приводится перечень реабилитационных процедур с указанием их продолжительности и частоты проведения. В итоге оценивается эффект реабилитации.

Содержание программ реабилитации включает информацию о взаимном влиянии онко-

логического заболевания и ССЗ, побочные эффекты и осложнения лечения онкологических пациентов и ССЗ.

Заключение. Лечение пациентов с коморбидными заболеваниями: раком и ССЗ длительное, интенсивное и требует больших финансовых затрат. Опыт изучения результатов лечения и операций показал, что восстановление здоровья и трудоспособности у таких пациентов ограничено. Это обусловлено различными осложнениями, возникающими как в ходе существования болезни и проведения лечения со стороны пораженного опухолью органа, так и со стороны системы кровообращения (гемодинамические расстройства, нарушения ритма, тромбозы, перикардит, поражение клапанов сердца, ишемические нарушения). Для восстановления или сохранения трудоспособности большинства пациентов часто требуется длительный срок медицинской реабилитации, своевременное и обоснованное заключение врачебной комиссии о переводе на более легкую работу или направлении на МРЭК для проведения соответствующей экспертизы.



ДОСТУПНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С УТРАТОЙ КОНЕЧНОСТИ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г. Новокузнецк, Россия*

В соответствии с современной концепцией реабилитации инвалидов с культей нижней конечности в послеоперационном периоде и на предпротезном этапе проводятся мероприятия ранней реабилитации. Ранняя реабилитация значительно улучшает функциональные результаты протезирования и исходы в плане профессиональной деятельности

Цель работы. Анализ видов реабилитационных мероприятий, проводимых у инвалидов (жителей Кемеровской области) непосредственно после ампутации нижней конечности в хирургическом стационаре и (или) в условиях поликлиники.

Материал и методы. В течение 2016 года проведено анкетирование пациентов с культями нижней конечности, госпитализированных в клинику ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России (ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России), по вопросам видов и объема реабилитационных мероприятий, проведенных в период после операции и в ранние сроки после выписки из стационара. Усечение конечности было выполнено в хирургических стационарах медицинских организаций Кемеровской области и в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России с давностью от 3 месяцев до 10 лет на момент настоящей госпитализации в клинику Центра.

Всего было опрошено 218 человек, в том числе 182 мужчины (83,4 %), 35 женщин (16,5 %). Средний возраст больных составил $57,1 \pm 0,9$ года. Облитерирующие заболевания артерий (атеросклероз, тромбангиит) были причиной ампутации у 107 (49 %) пациентов; осложнения сахарного диабета – у 32 (14,6 %) больных; последствия травм – у 75 (34 %) человек;

прочие заболевания – у 4 (1,7 %) больных. Пациенты с давностью ампутации менее года составили 9,6 % (21 человек); от года до двух лет – 22 % (48 человек); более двух лет – 68,3 % (149 человек). Все пациенты были жителями Кемеровской области.

Во время госпитализации, связанной с ампутацией нижней конечности, ходьбе на костылях обучались 83 (38,1 %) человека, из них: в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России навыки передвижения на костылях получили все оперированные больные – 32 человека; у 22 человек ампутация и обучение пользованием костылями проведено в ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров» (г. Ленинск-Кузнецкий). Для остальных отделений, в которых была выполнена ампутация конечности, пациенты указывали на единичные (от одного до шести) случаи обучения пользованию костылями после операции.

Занятия лечебной физкультурой с целью профилактики контрактур, увеличения диапазона движений и силы мышц конечностей, тренировки функциональной мобильности после операции проводились у 82 (37,6 %) больных. Информацию о порядке последующего протезирования получили в хирургическом стационаре 117 (53,6 %) человек; в поликлинике по месту жительства – 5 (2,2 %) пациентов; в учреждении социальной защиты – 96 (44 %) больных.

Наблюдались в поликлинике по месту жительства после выписки из стационара 67 (30,7 %) пациентов с культей конечности. Перевязки в условиях поликлиники проводились у 26 больных. Занятия ЛФК и процедуры физиотерапии в амбулаторных условиях не проводились.

Установлено, что большая часть пациентов (61 %) была обеспечена вспомогательными



ми средствами передвижения и техническими средствами реабилитации (костылями, креслом-коляской и др.) не ранее, чем через 3-4 месяца после ампутации нижней конечности.

Таким образом, мероприятия ранней реабилитации проводились лишь у 38,1 % пациентов с культями конечности. Обучение ходьбе на костылях, занятия ЛФК выполнялись преимущественно в медицинских организациях, имеющих в своей структуре, наряду с хирургическими, и реабилитационные подразделения. К таким организациям в Кемеровской области относятся ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России и Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров (г. Ленинск-Кузнецкий). В этих учреждениях сформированы мультидисциплинарные бригады, внедрены технологии реабилитации пациентов с культями конечности. В муниципальных хирургических стационарах Кемеровской области услуги по ранней реабилитации данного контингента практически не оказывались, или их проведение носило эпизодический характер. В поликлиниках по месту жительства предпротезная реабилитация пациентов с утратой конечности не проводилась.

Информирование пациентов с культей конечности о порядке первичного протезирования также не имело системного характера. Только половина больных была оповещена о том, в какие организации необходимо обращаться при оказании протезно-ортопедичес-

кой помощи сразу после ампутации. Остальные пациенты получили эти сведения в более поздние сроки – в учреждениях социальной защиты (или из других источников), скорее всего уже при оформлении статуса инвалида.

Обеспечение пациентов костылями, креслом-коляской, поручнями и другими техническими средствами реабилитации проводилось в сроки более трех месяцев после ампутации, то есть после освидетельствования в учреждении медико-социальной экспертизы и разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида.

Таким образом, в настоящее время ранняя реабилитация пациентов с утратой конечности не носит системного характера. В Кемеровской области разделы ранней реабилитации пациентов с утратой конечности в необходимом объеме реализованы лишь в учреждениях, имеющих в своем составе хирургические и реабилитационные подразделения. Для пациентов муниципальных хирургических стационаров эти услуги не доступны. На современном этапе важной задачей является формирование в регионе «маршрута» реабилитации инвалидов с культей конечности, что способствует раннему началу реабилитации у всех инвалидов данной группы, повышению обращаемости за оказанием протезно-ортопедической помощи, улучшению результатов реабилитации.



ИНСТРУМЕНТ ОПИСАНИЯ И ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ) связана со значительным числом тяжёлых осложнений, нарушений в повседневной жизнедеятельности и функционировании и представляет собой серьёзную общественную проблему в силу растущего числа новых случаев и высокой стоимости лечения пациентов. ТБСМ преимущественно возникает в молодом возрасте, оказывая в дальнейшем серьёзное негативное воздействие на личную, социальную и профессиональную жизнь пациентов.

Цели исследования. Анализ социального и профессионального статуса пациентов с ТБСМ, госпитализированных в нейрохирургическое отделение новокузнецкого научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (далее – Центр).

Материал и методы. В данном исследовании использовалась русскоязычная версия опросника профессиональной реабилитации WORQ, подготовленная мультидисциплинарной командой ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России и апробированная разработчиками оригинальной версии – учёными из Массачусетского университета США и Швейцарского параплегического исследовательского института. Данный опросник самоотчётный и состоит из 2 частей: часть I содержит вопросы биографического характера; часть II – вопросы, касающиеся функционирования опрашиваемого. Для оценки степени проводимости по спинному мозгу была использована American Spinal Injury Association Scale (шкала AIS), которая имеет 5 градаций для описания полноты травмы: A = полная; B = сенсорная неполная; C = моторная неполная; D = моторная неполная; E = нормальная. Тот, у кого нет повреждения

спинного мозга, не может получить оценку по AIS.

Статистика. При сравнении различий относительных частот был использован критерий χ^2 .

Результаты. В период с января 2016 г. по апрель 2017 г. в исследовании приняли участие 200 пациентов с ТБСМ, проходивших лечение в нейрохирургическом отделении Центра. Из них 154 (77 %) – мужчины, 46 (23 %) – женщины. Средний возраст пациентов составил $32,7 \pm 0,5$ лет. Средняя давность травмы составила $5,7 \pm 0,4$ года. По шкале AIS выборка имеет следующие характеристики: AIS A – 67 (33,5 %) пациентов, AIS B – 57 (28,5 %) пациентов, AIS C – 51 (25,5 %) пациентов, AIS D – 25 (12,5 %) и AIS E – 0 пациентов. Пациентов с I группой инвалидности было 184 (92 %), со II группой – 7 (3,5 %) пациентов, с III группой – 2 (1 %) пациента, без группы инвалидности – 7 (3,5 %) пациентов. Что касается трудового статуса, то 147 (73,5 %) пациентов на вопрос о текущем или предыдущем трудовом статусе ответили: «Неприменимо»; ещё 25 (12,5 %) пациентов также были непрофессионально активны, но выбрали варианты «на пенсии», «домохозяин/домохозяйка» либо отметили свой предыдущий трудовой статус. Таким образом, от общего числа социально и профессионально активными были 28 (14%) пациентов:

- 16 (8 %) – мужчины, 12 (6 %) – женщины;
- 8 (4 %) пациентов имели AIS A, 10 (5 %) – AIS B, 3 (1,5 %) – AIS C и 7 (3,5 %) – AIS D;
- 17 (8,5 %) – самозанятые на облегчённых условиях, 6 (3 %) – наёмные работники (4 – облегчённые условия и 2 – полный рабочий день), 5 (2,5 %) – студенты/стажёры (1 из них на облегчённых условиях).

Выводы. В ходе предварительного анализа



было выявлено, что женщины с ТБСМ проявляют большую социально-профессиональную активность, чем мужчины ($p = 0,012$). Было обнаружено, что социально-профессиональная активность не зависит от уровня поражения проводимости по спинному мозгу ($p = 0,705$). Также, с точки зрения занятости, не является статистически значимым и уровень образования ($p = 0,099$).

Кроме того, большинство профессионально неактивных пациентов ($n = 158$; 79 %) связывают свою нетрудоустроенность с состояни-

ем здоровья. Однако часть пациентов ($n = 14$; 7 %) отмечают вариант «другая причина». Примечательно, что состояние здоровья этих пациентов идентично как между собой, так и среди относительно социально-профессионально активных пациентов. Следовательно, для выявления неявных причин социально-профессиональной невовлечённости данной категории пациентов необходимо дальнейшее, более глубокое изучение.



ВАСИЛЬЧЕНКО Е.М., КАРАПЕТЯН К.К.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОЦИАЛЬНУЮ ВОВЛЕЧЁННОСТЬ И ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАПЛЕГИЕЙ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Параплегия представляет собой паралич обеих нижних или обеих верхних конечностей. Одной из причин её возникновения является травматическое поражение спинного мозга. Параплегия негативно сказывается на социальной и профессиональной вовлечённости и активности в повседневной жизнедеятельности.

Цель исследования. Выявление факторов, влияющих на социально-профессиональный статус пациентов с параплексией, поступивших на лечение в отделение нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России.

Материал и методы. В данное исследование включены 111 пациентов с параплексией. Сбор данных проводился с помощью самоотчётной версии опросника профессиональной реабилитации – Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ); уровень проводимости по спинному мозгу определялся в соответствии со шкалой нарушений – American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale (AIS). При сравнении различий относительных частот был использован критерий χ^2 .

Результаты. С января 2016 г. по апрель 2017 г. в исследовании приняли участие 111



пациентов с параплегией, проходивших лечение в нейрохирургическом отделении Центра. Из них 83 (74,8 %) – мужчины, 28 (25,2 %) – женщины. Средний возраст пациентов составил $33,9 \pm 0,7$ лет. Средняя давность травмы составила $6 \pm 0,6$ лет. По шкале AIS выборка имеет следующие характеристики: AIS A – 38 (34,2 %) пациентов, AIS B – 27 (24,3 %) пациентов, AIS C – 33 (29,7 %) пациентов, AIS D – 13 (11,7 %) и AIS E – 0 пациентов. Пациентов с I группой инвалидности было 101 (90,9 %), со II группой – 4 (3,6 %) пациента, с III группой – 2 (1,8 %) пациента, без группы инвалидности – 4 (3,6 %) пациента.

В данном исследовании трудовой статус является основным критерием социальной вовлечённости и профессиональной активности участников. Так, 77 (69,4 %) пациентов с параплегией на вопрос о текущем или предыдущем трудовом статусе ответили: «Неприменимо»; ещё 17 (15,3 %) пациентов также были профессионально неактивны, но выбрали варианты «на пенсии», «домохозяин/домохозяйка» либо отметили свой предыдущий трудовой статус. Таким образом, от общего числа социально и профессионально активными были 17 (15,3 %) пациентов:

- 9 (8,1 %) – мужчины, 8 (7,2 %) – женщины;

- 6 (5,4 %) пациентов имели AIS A, 4 (3,6 %) – AIS B, 3 (2,7 %) – AIS C и 4 (3,6 %) – AIS D;

- 11 (9,9 %) – самозанятые на облегчённых условиях, 4 (3,6 %) – наёмные работники (2 – облегчённые условия, 2 – полный рабочий день), 2 (1,8 %) – студенты/стажёры на облегчённых условиях.

Выводы. В ходе предварительного анализа было обнаружено, что социально-профессиональная активность не зависит от уровня поражения проводимости по спинному мозгу ($p = 0,981$). Также, с точки зрения занятости, не является статистически значимым и уровень образования ($p = 0,548$). Статистическая значимая корреляция наблюдается в таких показателях, как поддержка семьи ($p = 0,001$), способность проходить пешком короткие дистанции ($p = 0,016$), способность одеться самостоятельно ($p = 0,025$), наличие финансовых средств для покрытия расходов на жизнь ($p = 0,008$). Также корреляционный анализ выявил, что женщины с параплегией проявляют большую социально-профессиональную активность, чем мужчины ($p = 0,024$).



ВЛИЯНИЕ СПЕЦИАЛЬНО СОЗДАННЫХ УСЛОВИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ОПОРЫ И ДВИЖЕНИЯ НА ПРОЦЕСС РЕАБИЛИТАЦИИ

*ГБУЗ КО «Кемеровская городская детская клиническая больница № 2»,
г. Кемерово, Россия*

Введение/Цель. Оценить влияние специально созданных условий для детей-инвалидов с нарушением функции опоры и движения в условиях отделения реабилитации при проведении комплексной терапии.

Материал и методы. Проведено анкетирование 24 родителей, находившихся вместе с детьми-инвалидами в возрасте от 6 до 13 лет с нарушением функции опоры и движения в отделении реабилитации. Родители имели возможность оценить условия пребывания ребенка-инвалида в специально созданных условиях, которые имеются в отделении реабилитации. К ним относятся: пандусы на крыльце для удобного входа в отделение, поручни, размещение в одноместной палате с отдельным санузлом, наличие дополнительного санузла в отделении по размерам вмещающего инвалидную коляску и оснащенного специальными перилами, приближение всех видов комплексного лечения в оптимальной доступности для ребенка-инвалида.

Результаты. К детям инвалидам относятся дети, которые значительно ограничены в жизнедеятельности вследствие нарушения роста и развития, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации. Огромное значение имеет то, каким образом ребенок-инвалид доставляется на процедуры, удобство условий пребывания в период стационарного лечения. Все 100 % респондентов отметили положительный эффект от специально созданных условий. Так, 23 % (5 чел.) родителей отметили

отсутствие появления болевого синдрома у ребенка из-за снижения частоты необоснованных движений, таких как спуск и подъем по ступеням. 87,5 % (21 чел.) родителей отметили удобство приближения лечебных процедур к месту пребывания ребенка-инвалида. Ранее на лечебную гимнастику, физиопроцедуры необходимо было проходить длительные расстояния в отделение ФТО, зал ЛФК, что было затруднительно и детям-инвалидам, и родителям, сопровождающим ребенка. В настоящее время кабинет физиопроцедур, зал лечебной гимнастики, кабинет массажа максимально приближены к палатам отделения, все процедуры проводятся непосредственно в самом отделении реабилитации. Тем самым снижается частота негативного наложения на восстановительный процесс ненужной двигательной активности. Увеличивается стойкость и длительность лечебного процесса. Все 100 % респондентов отметили повышение положительного эмоционального фона в период лечения, что также усиливает процесс реабилитации. Снизилось негативное отношение детей-инвалидов к смене привычной домашней обстановки.

Заключение. Создание специальных условий для детей-инвалидов с нарушением функции опоры и движения в период стационарного лечения оказывает положительное влияние на реабилитационный процесс и может быть рекомендовано для дальнейшего применения.





ГАЙДУК А.А.

НЕЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов
им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Цель исследования. Доказать, что с помощью нелучевых инструментальных диагностических технологий можно выявлять и контролировать реабилитационное лечение особенностей функциональных нарушений позвоночника, таза, стоп и баланса позы пациента.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 988 детей и подростков школьного возраста (от 12 до 17 лет), из них 372 мальчика и 616 девочек. Все пациенты имели функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата (перекосы таза, асимметрию «треугольников» талии, разностояние лопаток, усиление или сглаживание кифоза и (или) лордоза, продольное и (или) поперечное плоскостопие, смещение общего центра массы тела).

Нелучевые технологии обследования являются неинвазивной, безопасной методикой диагностики нарушений опорно-двигательного аппарата (ОДА) у детей и подростков. Они дают возможность оценки эффективности лечебных мероприятий, направленных на стабилизацию биомеханического баланса тела ребенка.

К нелучевым диагностическим методам мы относим компьютерно-оптическую топографию и стабилOMETрию.

Ключевые слова: оптическая топография, стабилOMETрия, опорно-двигательный аппарат, функциональные нарушения у детей и подростков.

После проведения нелучевой диагностики с помощью компьютерной оптической топографии мы выбирали тактику дальнейшего реабилитационного лечения. Для этого мы оценивали пять наиболее значимых параметров нарушения осанки: перекося таза во фронталь-

ной плоскости, максимальное боковое отклонение линии остистых отростков вправо или влево; максимальный угол кифоза и лордоза в сагиттальной плоскости.

СтабилOMETрия выполнялась в статическом положении, где мы также, для выбора тактики дальнейшего реабилитационного лечения, оценивали четыре наиболее значимых параметра нарушения со стороны стоп и баланса тела подростков: опоропредпочтение во фронтальной и сагиттальной плоскости, точка максимального давления стопы (слева или справа), величину усредненного давления стопы (слева или справа).

Сканирование стоп позволяло визуально подтверждать нарушения со стороны рельефа подошвенной поверхности стоп, проводить их измерения с пометками и комментариями к ним, а также давало возможность заказывать как разнорысокие стельки-супинаторы, так и обычные стельки с учетом выявленных нарушений.

Мы выявили пациентов, имеющих нарушения осанки в сочетании с функциональными нарушениями со стороны стоп на фоне перекося таза, бокового искривления позвоночника и нарушения баланса туловища во фронтальной плоскости:

1. Функциональный сколиоз 1-й степени на фоне перекося таза влево у 470 человек (216 мальчиков, 254 девочки);
2. Функциональный сколиоз 1-й степени на фоне перекося таза вправо у 122 человек (58 мальчиков, 64 девочки);
3. Плоско-вальгусную установку стоп у 620 подростков (375 мальчиков, 414 девочек).

Специалисты (ортопеды, врачи ЛФК, бальнеологи, мануальные терапевты), принимав-



шие участие в реабилитационном лечении детей и подростков с нарушениями ОДА, не только объединены полученным диагностическим результатом – паспортом осанки пациента, но могут оценить результативность проведенного ими лечения.

Данные нелучевые диагностические методики позволили нам своевременно принимать соответствующие меры по организации реабилитационного лечения нарушений ОДА у подростков.

Выводы. Применение нелучевых инстру-

ментальных методик для диагностики состояния ОДА у детей и подростков информативно и не вызывает сомнений в их объективности. Они позволяют специалистам различного профиля подбирать реабилитационный алгоритм профилактики и лечения с учетом полученных инструментальных данных, а также наблюдать за процессом восстановления нарушенной осанки ребенка в динамике в условиях амбулаторного центра.



ГОРДЕЕВА Р.В.¹, КУЗЬМЕНКО О.В.², КИРЕЕВА Л.Н.¹, АНИЩЕНКОВА Т.И.¹

МЕХАНОКИНЕЗОТЕРАПИЯ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ТРАВМЫ

ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Туманный»¹,

г. Сорск, Россия

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей –

Филиал ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного

профессионального образования» Минздрава России,

кафедра ЛФК и физиотерапии²,

г. Новокузнецк, Россия

Производственный травматизм в металлургической и горнодобывающей промышленности традиционно выделяется как один из наиболее тяжелых видов травм, чаще всего состоящий из множественных, сочетанных или комбинированных повреждений, требующих в лечении участия специалистов различных специальностей. Травматизм занимает третье место в структуре инвалидности на производстве.

В этой связи становится очевидной необходимость восстановления нарушенных функций с учетом принципов сбалансированности и дозированной нагрузки, а главное – комплексности лечения с тщательным планиро-

ванием комбинаций процедур. Необходимой предпосылкой повышения эффективности лечения является единство процессов воздействия физической нагрузки или других средств реабилитации на организм в процессе восстановления. После выполнения физической нагрузки (или проведения очередной процедуры) в организме параллельно протекают процессы восстановления и адаптации – это определяет сроки восстановления функций.

Цель работы. Отработать эффективные методики быстрого восстановления двигательных функций травмированных суставов в результате производственных травм на этапе ранней реабилитации, основанные на комп-



лексном применении механотренажёров серии СРМ-терапии, комплексной лечебной гимнастики в условиях подвесных систем (система «ЭКЗАРТА»).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 20 человек, получившие травмы на производстве (угольная и металлургическая промышленность): с поражением тазобедренных суставов 8 человек, коленных – 6, плечевого – 4, других суставов – 2 человека в сочетании с травмами позвоночника без спинальных проявлений. Все пациенты получали последовательно ежедневные воздействия в первые 7 дней поступления в центр в форме механотерапии на тренажёрах серии СРМ. Затем в последующие 10 дней – комплексной лечебной гимнастики в условиях подвесных систем (система «ЭКЗАРТА»). Контрольную группу составили 20 пациентов с аналогичным диагнозом, которые не получали данный комплекс механокинезотерапии. Учитывались до и после лечения следующие показатели: подсчитывался индекс Ричи, учитывающий выраженность болевого (от 0 до 2 баллов), воспалительного (от 0 до 2 баллов) и суставного симптомов (от 0 до 3 баллов); функциональный индекс Лекена, учитывающий выраженность болевого симптома в покое и при двигательной нагрузке (от 0 до 18 баллов); выраженность болевого синдрома по ВАШ (мм), длительность ремиссии после применения курса лечения.

Всем пациентам основной группы проводилась СРМ-терапия – методика пассивной длительной разработки суставов с помощью оснащенных двигателем тренажеров. Она основана на очевидной потребности пациентов, перенесших травмы или операции на суставах и конечностях, в получении на ранней стадии безболезненных и точно отрегулированных продолжительных пассивных упражнений. Эффект основан на быстром уменьшении отека околосуставных тканей и заживлении разрывов и дефектов хряща, профилактике появления контрактур, спаек и посттравматических артрозов, улучшении метаболизма суставов, профилактике атрофии мышц, ускоренном рассасывании внутрисуставных кровоизлияний. СРМ-терапия разрывает цепь

«травма-воспаление-потеря объёма движения». Последовательное применение через 10 дней подвесных систем «ЭКЗАРТА» позволило тренировать основные двигательные и стабилизирующие мышцы, улучшить баланс и координацию, нивелировать боль. Методика позволила восстановить и сформировать заново правильные навыки ходьбы, развить и усилить локомоторную функцию травмированных суставов, сопровождающуюся двигательными нарушениями, сформировать и укрепить мышечный корсет.

Результаты. Дифференцированное воздействие на мышечную систему позволяло справиться с симптомами заболевания, укрепить мышечный корсет и поднять общий тонус организма. В результате применения последовательного курса СРМ и ЭКЗАРТА-терапии у всех пациентов удалось добиться выполнения всех упражнений без боли и не через боль; проведение диагностических тестов, определяющих состояние глубоких мышц и мышечно-фасциальных лент; возможность в любой момент в процессе лечения или тренировки повторить тесты и объективно оценить результаты; мотивацию пациента на реабилитацию и профилактику. Клинически все пациенты имели восстановленный динамический стереотип ходьбы, отсутствие ограничения в двигательной активности, о чём можно судить по исследуемым показателям. В основной группе удалось оказать выраженный обезболивающий эффект (после 7-й процедуры у всех больных 3 группы индекс Лекена составил 1-2 балла против 6-7 баллов в контроле $P < 0,01$), а также добиться стойкой положительной.

Заключение. Последовательное применение методики быстрого восстановления двигательных функций травмированных суставов в результате производственных травм на этапе ранней реабилитации, основанной на комплексном применении механотренажёров серии СРМ терапии, лечебной гимнастики в условиях подвесных систем (система «ЭКЗАРТА»), имеет выраженный эффект ускоренного восстановления функции травмированных суставов, что позволяет сократить пребывание пациента на листку нетрудоспособности и избежать инвалидизации.



РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Туманный»¹,

г. Сорск, Россия

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей –

Филиал ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного

профессионального образования» Минздрава России,

кафедра ЛФК и физиотерапии²,

г. Новокузнецк, Россия

Медицинская реабилитация пульмонологических больных среди работающих в металлургической и горнодобывающей промышленности крайне сложна. По данным Института медицины труда РАМН, более 2 млн. 287 тыс. человек работает в условиях повышенной запыленности и загазованности воздуха рабочей зоны, что не могло не отразиться на уровне профессиональной заболеваемости. В последние годы в нашей стране отмечается неуклонный рост профессиональных заболеваний, обусловленных воздействием промышленных аэрозолей. Среди профессиональных болезней органов дыхания значительный удельный вес имеет пылевая патология бронхолегочного аппарата: пневмокониозы (51,6 %) и пылевые бронхиты (25,4 %).

Цель работы. Купирование клинических проявлений профессиональной ХОБЛ на этапе реабилитации у работников металлургической и горнодобывающей промышленности за счет санации и нормализации функциональных и элиминационных свойств эпителиального барьера респираторного тракта, а также достижения нормализации местного иммунитета слизистой оболочки дыхательных путей и сохранения режима адаптации организма на бальнеофизиотерапевтический комплекс в целом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 30 человек в возрасте от 50 до 67 лет – мужчины, занятые в металлургической промышленности (производство алюминия, цинка, свинца, хрома, марганца и т.д.), получавшие ультрафонофорез «Пантогеля» на грудную клетку и радоновые ванны. Для сравнения представлены аналогичные по-

казатели 28 больных контрольной группы, не получавших радоновые ванны. Всем больным проводились до и после лечения исследования местного иммунитета слизистой оболочки носа и мокроты: концентрация секреторного иммуноглобулина А (SIgA) и активность лизоцима (АЛ), а также подсчет цитогрaмм мазков-отпечатков назального секрета и мокроты с определением клеточного состава (цилиндрические эпителиальные (ЦЭ) и плоскоэпителиальные (ПЭ) клетки, альвеолярные макрофаги (АМ), нейтрофилы (Н) и их функциональная активность: ФАН, ФААМ и степень их деструкции (ДЦД тип цитогрaмм). Проводилась спирометрия с определением объемных и скоростных показателей: ФЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ.

Результаты. До лечения выявляли выраженный дефект факторов местного иммунитета у больных двух групп. Так значительный дефицит секреторного IgA ($p < 0,01$) в назальном секрете сопровождался высокими деструктивными процессами клеток всех типов (цилиндрический и плоский эпителий, нейтрофилы). Дифференцированная цитогрaмма деструкции цилиндрического эпителия (ДЦДЦЭ), дифференцированная цитогрaмма деструкции плоского эпителия (ДЦДПЭ), дифференцированная цитогрaмма деструкции нейтрофилов (ДЦДН) соответствовали III-IV типу (норма I-II тип), что способствовало низкой функциональной активности эпителиальных клеток. Адсорбция плоского эпителия (АПЭ) и функциональная активность нейтрофилов (ФАН) были снижены в 3-5 раз по сравнению с нормой. После проведенного курса реабилитации в двух группах отмечена положительная динамика. В назальном секрете у всех больных определялись



положительные изменения с уменьшением деструктивных клеточных процессов и улучшением функциональной активности клеток цилиндрического эпителия (ЦЭ) и нейтрофилов (Н), но в основной группе по данным исследования мокроты результаты значительно лучше, чем в контрольной: так концентрация SIgA в назальном секрете нормализовалась, а у больных контрольной группы только отмечено ее повышение ($p < 0,01$). Регенеративные процессы клеток в мазках со слизистой оболочки полости носа были выше у больных основной группы ($p < 0,001$), что сопровождалось переходом ДЦД ЦЭ, ДЦД ПЭ и ДЦД Н к II типу. При этом функциональная активность плоского эпителия (ПЭ) и Н отмечалась выше в 1,5 раза. Количество нейтрофилов в мокроте у больных основной группы снижалось до нормы. При этом увеличивалось до естественного предела количество функционально активных АМ, по сравнению с показателем в прототипе, за счет стабильности клеток (дифференцированная цитограмма деструкции (ДЦД АМ) II тип), а следовательно, улучшения качества фагоцитоза. Определение хронического ограничения воздушного потока, то есть бронхиальной обструкции, до лечения у всех пациентов в основной и контрольной группах выявляло снижение показателя ОФВ1 менее 80 %, а соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ – менее 0,7 в пост-бронходилатационном варианте. После кур-

сового лечения имело место улучшение бронхиальной проходимости в основной группе по сравнению с контролем. Так в основной группе ОФВ1 повысился у всех больных в зависимости от исходного уровня до 78-80 %, чего не наблюдалось у больных контрольной группы ($p < 0,01$). При этом соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ у больных основной группы достигало 0,8 по сравнению с контролем, где достоверной динамики не прослеживалось ($p < 0,01$).

Закключение. Полученные результаты показали, что комплексное применение ультрафонофореза «Пантогеля» на грудную клетку с радоновыми ваннами имеет выраженный положительный эффект на восстановление функционального состояния эпителиального барьера слизистой оболочки респираторного тракта у работников металлургической промышленности, повышая неспецифическую резистентность системного и местного иммунитета, а также эвакуаторную функцию эпителиальных клеток, улучшая дренаж бронхов, оказывая быстрое купирование воспалительных явлений в легких и бронхах. Проведенные исследования позволяют предлагать данный комплекс на естественных (а также искусственных) источниках радоновых вод, что повышает эффективность санаторно-курортной реабилитации больных с профессиональной хронической обструктивной болезнью легких.



ДИНАМИКА ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МЫШЦ БРЮШНОГО ПРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СПИННОГО МОЗГА НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЗАНЯТИЙ НА ТРЕНАЖЕРЕ «ЭКЗАРТА»

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Травма спинного мозга на шейном уровне нарушает все аспекты жизнедеятельности организма, но главный инвалидизирующий фактор в позднем периоде заболевания – отсутствие произвольных движений. Поэтому основной акцент восстановительного лечения ставится на формирование двигательной активности пациента.

Занятия на тренажере «Экзарта» предполагают выполнение пациентом движений в положении неустойчивого равновесия в агравитационных условиях, что мобилизует имеющийся реабилитационный потенциал. В результате происходит увеличение двигательного, локомоторного и мануального баллов. У пациентов возникает ощущение увеличения силы мышц и улучшения владения собственным телом. Перечисленные клинические наблюдения должны сопровождаться изменением электромиограммы, в частности, появлением электрической активности мышц брюшного пресса при попытке их произвольного напряжения.

Цель исследования – оценить влияние занятий на тренажере «Экзарта» на электрическую активность мышц брюшного пресса у пациентов с патологией спинного мозга на шейном уровне.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения нейрохирургии ФГБУ «ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России» в 2012-2016 гг. Критерии включения: неврологический дефицит типа А по шкале ASIA/ISCSI, уровень спастичности от 1 до 3 баллов по шкале Ашфорт, отсутствие противопо-

казаний к занятиям физической культурой, наличие информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии не включения: неврологический дефицит типов В, С или D, наличие противопоказаний к занятиям физической культурой, отсутствие информированного согласия на участие в исследовании.

Обследовано 36 инвалидов 1 группы в промежуточном и позднем восстановительном периодах ТБСМ с повреждением на шейном уровне. Обследование до и после курса лечения включало: сбор жалоб, неврологический осмотр, оценку силы мышц брюшного пресса по Lovett в модификации Л.Д. Потехина, электромиографию (ЭМГ). Регистрировали электрическую активность прямых и наружных косых мышц живота при помощи поверхностных электродов. Исследование проводилось по обычной методике, использовали МВП-4 (Нерософт).

Все пациенты прошли курс из 10 занятий на тренажере «Экзарта» продолжительностью 30 минут каждое на фоне стандартного восстановительного лечения, исключая электростимуляцию мышц.

Результаты. При первичном обследовании все пациенты предъявляли жалобы на отсутствие или резкое снижение чувствительности, отсутствие произвольных движений. Объективный статус соответствовал предъявляемым жалобам. Перианальная чувствительность, произвольные сокращения ануса, латерализованное мышечное чувство у пациентов отсутствовали. У пациентов не удалось выявить



глубокой чувствительности. Никто из обследованных не мог напрягать мышцы брюшного пресса произвольно или в составе синергий. При первичном обследовании ни у кого не получено электрической активности мышц.

После курса лечения улучшение чувствительности ниже уровня поражения проявилось в том, что пациенты научились чувствовать мышцы брюшного пресса. Двигательный балл увеличили 9 пациентов (25 %), локомоторный – 11 (31 %), мануальный – 3 человека (8 %). Все пациенты научились напрягать прямые и косые мышцы живота в составе синергий. Сила мышц брюшного пресса не превышала 1 балла. Средняя биоэлектрическая активность прямых мышц определена у 13 пациентов, средняя биоэлектрическая активность косых мышц – у 10 пациентов. При этом низкоамплитудная биоэлектрическая активность прямых

мышц выявлена у 18 обследованных, наружных косых мышц живота – у 23 пациентов.

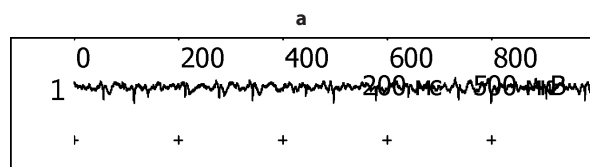
Такая разница объясняется использованием учитываемого турна в 100 мкВ при проведении стандартных исследований. В таком случае наличие максимальной биоэлектрической активности ниже 100 мкВ, присутствующей у обследованных пациентов, не учитывается в средних значениях. На рисунке показана запись интерференционной электрической активности прямой мышцы живота пациента после курса занятий на тренажере «Экзарта» (а), турно-амплитудный анализ с использованием фильтра 100мкВ (б) и запись интерференционной электрической активности этой же мышцы (в), турно-амплитудный анализ с использованием фильтра 50мкВ (г).

Обсуждение. При первичном исследовании пациенты не умели локализовать мышцы брюшного пресса, не включали их в двигательные акты. В результате клиническое исследование силы мышц и ЭМГ не дали положительных результатов.

Занятия на тренажере «Экзарта» помогли пациентам локализовать мышцы брюшного пресса, научиться включать их в выполнение двигательных актов, напрягать произвольно. Поэтому результатом курса тренировок стало увеличение силы мышц брюшного пресса, появление их электрической активности.

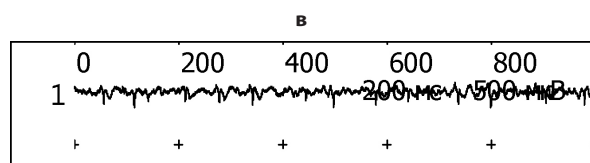
Невзирая на существенный прирост двигательного, локомоторного и мануального баллов, освоение произвольного и в составе синергий сокращения мышц брюшного пресса всеми пациентами, стандартное исследование не смогло выявить электрическую активность мышц у большинства пациентов. Расхождение результатов клинического и инструментального исследования связано с тем, что при проведении ЭМГ был установлен стандартный фильтр 100 мкВ, который не позволяет отслеживать низкоамплитудную биоэлектрическую активность, которая присутствовала в большинстве наблюдений.

Учитывая что мышцы, иннервация которых происходит с уровней ниже поражения спинного мозга, при восстановлении произвольного управления их сокращением дают низкую амплитуду электрической активности, необходимо изменить методику регистрации поверхностной ЭМГ с понижением учитываемого турна для повышения информативности исследования. Величина турна должна быть



б

Кривая	Фрагмент	Макс. ампл., мкВ	Средн. ампл., мкВ	Сумм. ампл., мВ/с	Средн. част., 1/с	Ампл./част., мкВЧс
1		121	0	0	0	



г

Кривая	Фрагмент	Макс. ампл., мкВ	Средн. ампл., мкВ	Сумм. ампл., мВ/с	Средн. част., 1/с	Ампл./част., мкВЧс
1		121	79,2	2,1	27,0	2,93

Рисунок

а) интерференционная электрическая активность прямой мышцы живота пациента К. после курса занятий на тренажере «Экзарта»;

б) турно-амплитудный анализ с использованием фильтра 100мкВ;

в) интерференционная электрическая активность прямой мышцы живота пациента К. после курса занятий на тренажере «Экзарта»;

г) турно-амплитудный анализ с использованием фильтра 50мкВ



определена экспериментальным путем.

Выводы.

1. Занятия на тренажере помогают пациентам локализовать мышцы брюшного пресса и научиться сокращать их при произвольном усилии и в составе отдельных двигательных

актов.

2. Необходимо понижать учитываемый турн при регистрации поверхностной ЭМГ парализованных мышц для повышения информативности исследования.



ИЛЯСОВА О.В.¹, ПОПОННИКОВА Т.В.², ФЕДОСЕЕВА И.Ф.²,
ГАЛИЕВА Г.Ю.¹, ГЛЕБОВА И.В.¹

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛИНОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

*ГАУЗ Кемеровская областная клиническая больница¹,
ГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации²,
г. Кемерово, Россия*

Детский церебральный паралич (ДЦП) представляет собой группу синдромов, возникающих в результате повреждения мозга во внутриутробном, интранатальном и раннем постнатальном периодах, приводящих к ранней и стойкой инвалидизации. Клинические проявления ДЦП неоднородны. Ведущими клиническими проявлениями ДЦП, затрудняющими социальную адаптацию больных, являются двигательные нарушения. Ботулинотерапия позволяет уменьшить спастический тонус мышц – главную причину формирования мышечно-фасциальных, а затем и суставных контрактур.

Цель исследования – анализ клинической эффективности ботулинотерапии у детей, больных ДЦП.

Материал и методы. Проведен анализ результатов ботулинотерапии 575 больных ДЦП,

находившихся на лечении в отделении для детей с поражением ЦНС, психики и опорно-двигательного аппарата Кемеровской областной клинической больницы. Показанием к применению ботулинотерапии являлись спастические или смешанные (спастико-гиперкинетические) формы ДЦП. Преобладали больные с тяжелыми формами церебрального паралича – 454 ребенка (79 %). Все дети с ДЦП были соматически здоровые и не имели контрактур в конечностях. Среди пролеченных больных большинство составили дети дошкольного возраста – 385 человек (67 %), из них в возрасте 2-3 лет – 207 детей (36 %), 4-6 лет – 178 человек (31 %). Среди больных школьного возраста преобладали дети 7-12 лет – 120 человек (21 %), подростков 13-15 лет было 69 человек (12 %).

Всем детям применяли ботулинотерапию.



ший препарат диспорт. Максимальные дозы диспорта для мелких мышц составляли 2-5 ед/кг массы больного, для крупных – 10-15 ед/кг, общая доза диспорта на одну процедуру не превышала 30 ед. на 1кг массы тела.

При эквинус-синдроме препарат вводили в спазмированные икроножные, камбаловидные, задние большеберцовые мышцы; при хамстринг-синдроме – в полусухожильную, тонкую, полуперепончатую мышцу бедра; при ректус-синдроме – в прямую мышцу бедра и латеральную головку четырехглавой мышцы бедра; при аддукторном синдроме – в короткие, длинные и большие приводящие мышцы. На верхней конечности инъекции диспорта проводили в мышцы-сгибатели (двуглавая, плечевая), в мышцы предплечья (круглый пронатор, сгибатели кисти, сгибатели пальцев), а также в мышцы кисти (приводящую большой палец и сгибатель большого пальца). Повторные инъекции диспорта проводили больным через 4-6 месяцев. После введения диспорта динамические осмотры проводили через 3 и 6 месяцев.

Результаты. Миорелаксирующий эффект у больных 2-3 лет проявился на 5-7 день, у 4-6-летних детей – в среднем к 7-8 дню, а у подростков – только к 9-10 дню.

Общую эффективность каждого курса лечения диспортом оценивали по клиническим проявлениям. Классификация эффективности проводилась по четырем группам:

1. Эффективность считалась явной при отчетливом снижении мышечного тонуса и функциональных улучшениях.

2. Эффективность считалась минимальной при снижении тонуса мышц без функциональных улучшений.

3. Отсутствие изменений в тонусе мышц и в функциональных возможностях конечности интерпретировалось как нечувствительность к препарату.

4. Возможное ухудшение состояния больного предлагалось оценивать по тем же параметрам.

Ретроспективный анализ показал, что среди детей 2-3 лет терапевтический эффект распределился следующим образом: явная эффективность отмечена у 203 человек (98 %), минимальная – у 3 больных (1,5 %), у 1 больного (0,5 %) – отсутствие эффекта. У детей 4-6 лет явная эффективность зарегистрирована у 172 человек (97 %), минимальная эффективность – у 4 детей (2,4 %), отсутствие эффекта – у 1 ребенка (0,6 %). Среди школьников явная эффективность отмечена у 182 больных (96,3 %), минимальная – у 5 человек (2,6 %), без эффекта – 2 больных (1,1 %). Ухудшения в процессе лечения не отмечено.

У 241 пациента (41 %) выраженный положительный эффект ботулинотерапии послужил поводом для повторного применения этого метода после окончания срока действия введенного препарата (через 6 месяцев). Максимальное количество повторных введений диспорта составило 3-5 процедур.

Выводы. Ботулинотерапия является безопасным, нетравматичным методом реабилитации больных ДЦП, позволяющим снизить спастический мышечный тонус, увеличить объем активных движений в конечностях, отдалить сроки формирования контрактур и их оперативной коррекции. Ботулинотерапия более эффективна у больных дошкольного возраста.



АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

*ФКУ «Главное бюро по медико-социальной экспертизе
по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России¹,
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Минздрава России²,
ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов
им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России³,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Цереброваскулярные болезни (ЦВБ) устойчиво занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения России. Вопросы реабилитации инвалидов пожилого возраста (ПВ) актуальны для Санкт-Петербурга, который занимает 1-е место среди городов России по удельному весу граждан пенсионного возраста в населении – 26,2 % в 2016 г.

Цель работы. Изучение динамики структуры инвалидности вследствие ЦВБ населения Санкт-Петербурга (СПб) ПВ в период с 2011 по 2016 гг., экспертно-реабилитационный анализ показанных инвалидам ПВ вследствие ЦВБ реабилитационных мероприятий (РМ) в целях компенсации ограничения способности к передвижению; анализ результатов РМ при переосвидетельствовании в 2016-2017 гг. у данного контингента инвалидов.

Материал и методы. Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-собес) о медико-социальной экспертизе (МСЭ) граждан старше 18 лет в СПб; выборочное исследование экспертной документации бюро МСЭ СПб в отношении 140 человек. Методы исследования: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез; выкопировка данных, экспертных оценок, аналитический, статистический.

Результаты и обсуждение. В структуре общей инвалидности (ОИ) впервые и повторно признанные инвалидами в СПб в 2011-2016 гг.

инвалиды вследствие ЦВБ составляют 14,1 %; из них 58,7 % – инвалиды ПВ. Изучение структуры ОИ вследствие ЦВБ в ПВ в 2011-2016 гг. по группам инвалидности показало рост за 6 лет удельного веса инвалидов III группы в 1,14 раза; снижение доли инвалидов II группы в 1,14 раза, стабильность удельного веса инвалидов I группы. К 2015 году доли инвалидов I, II и III групп почти сравнялись. Анализ основных дезадаптирующих синдромов в структуре ЦВБ показал, что у 73,6 % инвалидов ведущей инвалидизирующей патологией являются последствия ОНМК, в структуре которых преобладают двигательные нарушения (67,4 %); в 26,4 % случаев проявлением ЦВБ была дисциркуляторная энцефалопатия с преобладанием координаторных нарушений (72,9 %), выраженными проявлениями сосудистого паркинсонизма (10,9 %). Анализ динамики групп инвалидности по результатам повторных освидетельствований инвалидов ПВ вследствие ЦВБ в 2015 г. свидетельствует о невысоком уровне частичной реабилитации (ЧР) инвалидов I группы (6,7 %); инвалидов II группы (2,4 %); высоком уровне стабильности инвалидности (СИ) среди инвалидов I группы (93,3 %), инвалидов II группы (67,7 %), инвалидов III группы (74,4 %). Достаточно высоки показатели утяжеления инвалидности (УИ) как у инвалидов II группы (29,9 %), так и у инвалидов III группы (20 %). В группе инвалидов ПВ вследствие ЦВБ проведен анализ рекомендаций в индивидуальных программах



реабилитации (ИПР) в зависимости от группы инвалидности. Установлено, что приоритетными направлениями медицинской реабилитации (МР) у инвалидов всех групп являются восстановительная терапия (98,6 %); у инвалидов II и III групп санаторно-курортное лечение (СКЛ) – в 93,3 % случаев. В качестве мероприятий профессиональной реабилитации (ПР) были рекомендованы: содействие в трудоустройстве (41,7 % инвалидов II группы и 60 % – III группы); производственная адаптация (23,3 % и 35 % соответственно). Высоко востребована социально-средовая реабилитация: у 90 % инвалидов I; 63,3 % инвалидов II и 56,7 % инвалидов III групп. Анализ в группе рекомендаций по обеспечению техническими средствами реабилитации (ТСР) выявил преобладание ТСР, компенсирующих ограничения к передвижению. Из ТСР, предоставляемых за счет средств федерального бюджета, преимущественно инвалидам I группы были рекомендованы кресла-коляски, противопролежневые матрасы, подушки, абсорбирующие изделия, поручни для самоподнимания; инвалидам II группы – трости, поручни для самоподнимания, кресла-стулья с санитарным оснащением; инвалидам III группы – трости. Из ТСР, предоставляемых за счет средств бюджета СПб, инвалидам всех групп рекомендовались: маты противоскользкие, сиденья для ванны и душа, а инвалидам I группы также кровати с механическим приводом регулирования.

Анализ результатов РМ при переосвидетельствовании показал, что из 20 инвалидов I группы очередное освидетельствование в 2017 г. было проведено лишь 8 (высока вероятность летального исхода в остальных случаях). В большинстве случаев отсутствуют положи-

тельные результаты МР, ПР, СР у инвалидов I и II групп. У 48,3 % инвалидов III группы по результатам МР частично восстановлены нарушенные функции, частично достигнута компенсация нарушенных функций. Лишь у 6,7 % инвалидов III группы по результатам ПР достигнута производственная адаптация. Проведенные мероприятия СР у инвалидов III группы привели к частичному восстановлению способности к самообслуживанию в 38,3 % случаев, частичному восстановлению навыков бытовой деятельности – в 31,6 %, частичному восстановлению социально-средового статуса – в 36,7 %; случаев у инвалидов II группы указанные результаты достигнуты, соответственно, в 13,3 % случаев. У инвалидов I группы доля положительных результатов составляет не более 5 %.

Выводы. Анализ свидетельствует о преобладании двигательных нарушений как дезадаптирующих проявлений ЦВБ; невысоком уровне частичной реабилитации инвалидов I и II группы; высоких СИ среди инвалидов I, II III групп и УИ у инвалидов II и III групп. Отмечена невысокая эффективность реабилитации на основании имеющихся в учреждениях МСЭ критериев. Необходимо усиление контроля за полнотой выполнения РМ; развитие более детальных критериев и механизмов оценки эффективности реабилитации инвалидов ПВ с использованием МКФ как организационного инструмента проведения и оценки результатов реабилитации, позволяющего на каждом её этапе оценить состояние пациента; эффективность различных методик и видов реабилитации; качества организации реабилитационного процесса.





КОВАЛЕНКО А.В.

ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ПО СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ ОТ ИНСУЛЬТА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер
им. академика Л.С. Барбараша»,
г. Кемерово, Россия*

Инсульт является одной из основных причин смертности и инвалидизации населения в нашей стране. Инвалидизация вследствие инсульта в России (3,2 на 10 тыс. населения в год) занимает 1-е место среди патологий, являющихся причиной инвалидности.

С 2008 года в нашей стране реализуется программа по снижению смертности от инсульта. В Кемеровской области программа начала работать в 2011 году. За время работы достигнуты определенные успехи: высокий охват населения области специализированной помощью (94 %), снижение смертности от инсульта со 128 до 117 на 100 тыс. населения, увеличение возраста развития первого инсульта на 3 года, создана система оказания нейрохирургической помощи больным с геморрагическими инсультами, снижение госпитальной летальности, снижение первичной инвалидизации после инсульта на 1,5 % за последние 3 года работы программы.

Наряду с успехами имеются определенные проблемы, особенно с оказанием помощи больным, нуждающимся в реабилитации после выписки с этапа оказания неотложной помощи. Имеющиеся нарушения двигательных функций, нарушения координации движений ограничивают возможности передвижения и требуют создания особых условий (беспороговый доступ, поручни, наличие лифтов и пр.), речевые и когнитивные нарушения ограничивают коммуникативные возможности, снижают реабилитационный потенциал пациентов.

Существующая система реабилитации не приспособлена для оказания помощи больным с невозможностью самостоятельного передвижения и самообслуживания, речевыми и когнитивными нарушениями. Все это указывает на необходимость организации системы оказания помощи этим пациентам, разработки программ реабилитации, направленных на повышение реабилитационного потенциала и его всестороннюю реализацию.



ГИДРОКИНЕЗИОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТЯЖЕЛОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Восстановительное лечение инвалидов с тетраплегией, грубым тетрапарезом – процесс сложный и многоплановый. Ключевое место в нем занимает формирование произвольных движений парализованными частями тела, однако нельзя упускать из виду контроль за состоянием внутренних органов: легких, сердца, желудочно-кишечного тракта, восстановлением неспецифической чувствительности.

Среди способов восстановления двигательных функций пациентов с тетраплегией, грубым тетрапарезом особое место занимает гидрокинезиотерапия. С одной стороны, водная среда снимает гравитационную нагрузку, облегчая выполнение движений, способствуя расслаблению, уменьшению спастического синдрома, меняет условия работы внутренних органов; с другой – создает сопротивление движениям, включая дыхательные движения грудной клетки и, обладая отличной от воздуха теплопроводностью, может провоцировать спастический синдром.

Цель данного исследования – оценить возможности гидрокинезиотерапии в реабилитации пациентов с последствиями тяжелой позвоночно-спинномозговой травмы на шейном уровне, тетраплегией, грубым тетрапарезом.

Материал и методы. Наблюдали 18 пациентов обоего пола в промежуточном и позднем периодах травматической болезни спинного мозга с поражением на шейном уровне. Все они поступили для восстановительного лечения в отделение нейрохирургической реабилитации ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в 2015-2016 годах.

Критерии включения: неврологический дефицит типа А по шкале ASIA/ISCSI, уровень спастичности от 1 до 3 баллов по шкале Ашфорт, отсутствие противопоказаний к занятиям гидрокинезиотерапией, наличие информиро-

ванного согласия на участие в исследовании.

Критерии не включения: неврологический дефицит типов В, С или D; наличие противопоказаний к занятиям гидрокинезиотерапией, отсутствие информированного согласия на участие в исследовании.

Пациенты на фоне стандартного восстановительного лечения прошли курс из 10 занятий гидрокинезиотерапией продолжительностью 30-45 минут каждое.

В вводной части занятия оценивали адаптацию пациентов к водной среде, постепенно погружая их в воду: отслеживали эмоциональные и вегетативные реакции. Нормальной считали реакцию, если лицо пациента после погружения в воду принимало спокойное выражение, не было цианотичности кожных покровов, нарушения ритма дыхания. Первое занятие включало 4 упражнения, направленные на удержание горизонтального положения на груди и на спине, гребки руками. На следующих занятиях количество и сложность упражнений постепенно увеличивали, разучивали выполнение выдоха в воду, гребки руками, ногами и туловищем, захваты руками за бортик бассейна, координацию дыхания с движениями, координацию движений туловища, верхних и нижних конечностей.

На первых занятиях для удержания положения на груди и на спине использовали нудлс; инструктор в воде страховал пациента, придерживая нудлс. По мере развития двигательных возможностей страховку уменьшали, нудлс убирали.

Обследование пациентов до и после курса лечения включало опрос, клиническую оценку неврологического статуса, измерение объема активных и пассивных движений в суставах, экспертную оценку поструральных, локомоторных и мануальных функций.

Результаты. При первичном обследовании все пациенты предъявляли жалобы на неус-



тойчивость позы сидя, ограничение активных и пассивных движений в суставах конечностей. Никто из пациентов после травмы не имел опыта погружения в большой объем воды.

Объем пассивных движений в плечевых, локтевых, тазобедренных и коленных суставах был резко ограничен, движения в плечелопаточных суставах отсутствовали из-за боли и высокого мышечного тонуса. Активные движения в суставах верхних конечностей силой 1-2 балла. Имелись произвольные качательные движения пальцев рук в сторону сгибания. Произвольных движений в суставах нижних конечностей не было ни у кого из обследованных. Пять человек не могли менять позу лежа без посторонней помощи, пациенты не могли сидеть без дополнительной опоры спиной и руками, 2 человека нуждались в дополнительной фиксации туловища к спинке кресла для профилактики падения при транспортировке. Пациенты не могли крутить колеса кресла-коляски и передвигаться без посторонней помощи.

Процесс погружения в воду всегда сопровождался выраженной спастической реакцией, которая проходила в течение 20-40 секунд. Пребывание в воде ни у кого из пациентов не сопровождалось цианозом, нарушением ритма дыхания. Все пациенты сообщали о хорошем самочувствии на протяжении занятия.

В течение курса гидрокинезиотерапии 5 человек научились держаться на воде без средств поддержки, еще 4 освоили удержание тела в воде в покое и при выполнении упражнений при помощи нудлс. Пациенты освоили следующие движения в водной среде: активные произвольные движения в плечевых и локтевых суставах в полном объеме; активные произвольные движения в тазобедренных суставах: сгибание, разгибание, отведение, приведение; перевороты в положении лежа со спины на грудь и обратно.

При повторном обследовании пациенты отмечали большую уверенность в положении сидя и стоя, увеличение объема движений в суставах конечностей. У всех спастика уменьшилась на 1 балл по шкале Ашфорт. Пациенты освоили перевороты в положении лежа, возросла сила и увеличилась амплитуда активных произвольных движений в суставах рук, существенно улучшилась функция схвата.

Увеличение силы мышц корсета и развитие координации движений проявились в улучшении функции сидения: пациенты научились удерживать позу сидя в течение 10-15 секунд без дополнительной опоры спиной и руками. Появились активные движения в тазобедренных суставах в облегченных условиях.

Улучшилась регуляция вертикальной позы: все обследованные освоили стояние в коленопоре без фиксации руками, 8 научились стоять без фиксации тазового пояса, 2 обследованных освоили произвольное замыкание коленных суставов и смогли стоять с устойчивой неподвижной дополнительной опорой без фиксации коленных суставов.

Обсуждение. В процессе занятий в воде все обследованные увеличили объем движений в суставах, силу произвольного сокращения мышц, усовершенствовали двигательные навыки не только в воде, но и на суше. Водная среда, обеспечивающая гравитационную разгрузку и дающая некоторую опору для туловища и конечностей, с одной стороны, создает облегченные условия для освоения произвольных движений, с другой – движение каждой части тела передается на другие части тела, что облегчает освоение произвольного управления конечностями и туловищем.

Выполнение движений в воде формирует мощный полимодальный афферентный поток от тела, который, с одной стороны, конкурирует с ноцицептивными потоками, уменьшая болевую чувствительность, с другой – упорядоченный афферентный поток служит специфическим стимулом для активизации сохраненных структур и связей. Таким образом, гидрокинезиотерапия актуализирует сохраненные возможности центральной нервной системы, что проявляется восстановлением активных произвольных движений в суставах туловища и конечностей, уменьшением спастического синдрома и улучшением постуральной регуляции.

Заключение. Включение гидрокинезиотерапии в курс восстановительного лечения пациентов с последствиями тяжелой позвоночно-спинномозговой травмы на шейном уровне, тетраплегией, грубым тетрапарезом позволяет увеличить объем пассивных и активных движений, силу мышц, улучшить постуральную регуляцию.



ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТУРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРЕНАЖЕРА «БАЛАНС-МАСТЕР»

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Формирование постуральной регуляции – важная задача восстановительного лечения пациентов с последствиями тяжелой позвоночно-спинномозговой травмы. Особенно сложной представляется эта задача при работе с людьми, получившими повреждение на шейном уровне, поскольку мышцы, отвечающие за регуляцию позы, расположены ниже уровня повреждения и не имеют произвольного управления, более того, вестибулярный аппарат, значимый в регуляции позы, разобщен с мышцами, реализующими постуральную активность, а проприоцепторы шеи оказываются непосредственно в зоне повреждения. Следовательно, пациенты с последствиями тяжелой позвоночно-спинномозговой травмы имеют очень небольшой реабилитационный потенциал для формирования постуральной регуляции.

В то же время, умение поддерживать позу сидя и стоя важно. Это открывает возможности локомоторной активности, выполнения бытовых операций, трудовой деятельности.

Задача исследования: проанализировать влияние занятий на тренажере «Баланс-Мастер» на формирование постуральной регуляции пациентов с травмой позвоночника и спинного мозга на шейном уровне.

Материал и методы. Исследование проведено в отделении нейрохирургической реабилитации ФГБУ «ННПЦ МСЭ и РИ» Минтруда России в 2014-2017 годах. Наблюдали 117 взрослых пациентов обоего пола, возраст 19-49 лет, диагноз: травматическая болезнь спин-

ного мозга, шейный уровень поражения, промежуточный и поздний восстановительный период. Цель поступления: восстановительное лечение.

Критерии включения: неврологический дефицит типов A-D по шкале ASIA/ISCSI (Табл.1), уровень спастичности 1-3 балла по шкале Ашфорт, отсутствие противопоказаний к занятиям физической культурой, информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии невключения: наличие противопоказаний к занятиям физической культурой, отсутствие информированного согласия на участие в исследовании.

Пациенты получали курс из 10 занятий на тренажере «Баланс-Мастер» продолжительностью 30 минут на фоне стандартного восстановительного лечения.

Обследование пациентов до и после курса лечения включало опрос, клиническую оценку неврологического статуса, экспертную оценку сформированности постуральных, локомоторных и мануальных функций.

Занятия на тренажере предусматривали выполнение упражнений в исходном положении стоя с произвольным растяжением тела вдоль вертикальной оси. Нижние конечности и таз были фиксированы в тренажере «Баланс-Мастер». Пациентам разрешали придерживать руками только для предотвращения падения. Упражнения включали перемещение центра давления вперед, назад, вправо и влево с использованием биоадаптивной обратной связи.

Результаты. При первичном обследовании

Таблица 1 – Распределение пациентов по типу неврологического дефицита

Неврологический дефицит	Тип А	Тип В	Тип С	Тип D
Количество пациентов	8	23	67	19

Таблица 2 – Динамика двигательного и локомоторного баллов в результате проведенного лечения

Неврологический дефицит	Тип А	Тип В	Тип С	Тип D
Число пациентов, увеличивших двигательный балл	2	2	8	3
Число пациентов, увеличивших локомоторный балл	1	1	3	3
Число пациентов, увеличивших мануальный балл	1	0	0	0

все пациенты предъявляли жалобы на слабость мышц, туловища, неустойчивость позы сидя и стоя.

После курса восстановительного лечения, включавшего занятия на тренажере «Баланс-Мастер», все обследованные сообщили о том, что они чувствуют себя в положении сидя и стоя гораздо уверенней, чем до курса лечения, легче осуществляют доступные им мануальные и локомоторные функции.

Эти субъективные данные нашли объективное подтверждение: 15 человек увеличили двигательный балл, причем у 9 этот показатель возрос на 2 и более. Увеличение локомоторного балла наблюдали у пациентов независимо от типа неврологического дефицита (Табл. 2), в то время как мануальный балл увеличил лишь один пациент с неврологическим дефицитом типа А, но увеличение составило 4 балла. Из 8 пациентов, показавших динамику локомоторного балла, три человека повысили его на 2. Этих результатов добились пациенты с неврологическим дефицитом типов А, В и D.

У 8 человек снизился уровень спастичности в мышцах бедер, что сыграло свою роль в повышении устойчивости и обеспечении свободы движений.

Обсуждение. Формирование постуральной регуляции пациентов с патологией позвоночника и спинного мозга на шейном уровне представляет довольно сложную задачу вследствие отсутствия чувствительности, возможности произвольного сокращения постуральной мускулатуры, наличия непроизвольной активности мышц туловища и нижних конечностей. Тренажер «Баланс-Мастер» обеспечивает надежную фиксацию нижних конечностей и тазового пояса, в то же время вся конструкция имеет возможность двигаться в определенных пределах относительно опорной поверхности, что обеспечивает эффект неустойчивости. Таким образом, с одной стороны, пациент надежно фиксирован, что обеспечивает его безопасность, с другой – неустойчивость фикса-

ции подвижной части тренажера относительно опорной поверхности способствует включению всех имеющихся нейрофизиологических и биомеханических резервов для сохранения и восстановления вертикальной позы. Выполняя упражнения, занимающиеся обучаются сохранению равновесия и возвращению тела в вертикальное положение после перемещений в различных направлениях. В результате выполнения упражнений пациенты осваивают произвольное управление регуляцией позы, отработку возмущающих воздействий в широких пределах, что приводит к улучшению постуральной регуляции и увеличению устойчивости в положениях сидя и стоя.

Количественные изменения двигательного, локомоторного и мануального баллов по результатам 10 дней занятий не могут быть объяснены увеличением силы мышц, тем более что некоторые пациенты показали изменения в объеме от 2 до 4 баллов. Скорее выявленная динамика связана с актуализацией возможности произвольного управления мышцами, иннервация которых происходит из сегментов ниже уровня повреждения спинного мозга и обучением включения этих мышц в постуральную регуляцию и реализацию отдельных двигательных актов. Упорядочение двигательной активности сопровождается снижением спонтанной активности спинного мозга и проявлений спастики.

Заключение. Занятия на тренажере «Баланс-Мастер» положительно повлияли на формирование постуральной регуляции пациентов с травмой позвоночника и спинного мозга на шейном уровне. Пациенты освоили сидение в кресле-коляске без дополнительной опоры спиной и руками о спинку и подлокотники кресла, это дало им возможность использовать руки для выполнения мануальных функций и передвижения. Все обследованные стали более уверенно удерживать вертикальную позу, часть из них увеличили двигательный и локомоторный баллы.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО СОСУДИСТОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница № 29»¹,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – Филиал
ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования» Минздрава России²,
г. Новокузнецк, Россия*

Государственная программа повышения качества медицинской помощи при сосудистых заболеваниях головного мозга привела не только к снижению смертности, но и поставила во главу угла проблемы обеспечения дальнейшего сохранения здоровья, профилактики и социальной занятости больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения с неполным восстановлением физических и когнитивных функций. Решение проблемы cerebrovascularных заболеваний, их профилактика, лечение и трудовая реабилитация представляется задачей как медицинской, так и медико-социальной, имеющей значение для экономики государства. (Ю. Н. Быков, 2005, В. В. Ковальчук, 2017).

Одной из проблем остается формирование мультидисциплинарной бригады и места проведения дальнейших реабилитационных мероприятий.

Целью работы явилась оценка клинического состояния пациентов, перенесших ишемический инсульт, в первичном сосудистом

отделении (ПСО) и планирование условий дальнейшей реабилитации.

Материал и методы. Проведено сплошное когортное исследование 126 человек, находившихся на лечении в ПСО № 3 ГБУЗ КО «НГКБ № 29» г. Новокузнецка с диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения, ишемический инсульт. Проведен анализ соматической патологии и способности к самообслуживанию.

Возрастные группы распределены следующим образом: мужчин всего 62 человека, в том числе до 50 лет – 7, из них 5 работающих; возрастная группа 51-60 лет составила 14, среди них 9 работающих; в группу пациентов старше 61 года вошло 41, из них 5 работающих. Женщин всего было 64 человека, в том числе до 50 лет – 4 (3 работающих); 51-55 лет – 3 человека, при этом 2 работающих; старше 55 лет – 57 человек, при этом 9 продолжали трудиться. Средний возраст у мужчин составил $63 \pm 0,4$ года, у женщин – $69 \pm 0,2$ года.

Гендерно-социальный статус: мужчины –

Таблица 1 – Структура и частота сопутствующих соматических заболеваний

Сопутствующие заболевания	Мужчины до 60 лет n=21		Мужчины старше 61 года n=41		Женщины до 55 лет n=7		Женщины старше 56 лет n=57		Всего n=126	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гипертоническая болезнь	9	7,14	30	23,81	4	3,17	51	40,47	94	74,59
Ишемическая болезнь сердца	6	4,76	23	18,25	4	3,17	30	23,81	63	49,99
Фибрилляция предсердий	1	0,79	9	7,14	1	0,79	19	15,08	30	23,8
Сахарный диабет	1	0,79	8	6,35	1	0,79	12	9,52	22	17,45
Алкогольная интоксикация	3	2,38	8	6,35	2	1,59	5	3,97	18	14,29
Хронические заболевания почек	2	1,59	4	3,17	1	0,79	3	2,38	10	7,93
Атеросклероз	0	0	11	8,73	0	0	14	11,11	25	19,84
Итого	22	17,45	93	73,8	13	10,3	134	106,34	262	207,89

Таблица 2 – Оценка состояния пациентов по шкале Рэнкина при госпитализации

N = 126	5 степень		4 степень		3 степень		2 степень		1 степень	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины до 60 лет	2	1,59	7	5,55	8	6,34	4	3,17	0	-
Мужчины старше 61 года	4	3,17	22	17,46	11	8,73	4	3,17	0	-
Женщины до 55 лет	1	0,79	2	1,59	3	2,38	1	0,79	0	-
Женщины старше 56 лет	8	6,34	20	15,87	17	13,49	9	7,14	3	2,38
Итого	15	11,89	51	40,47	39	30,94	18	14,27	3	2,38
p	Friedman ANOVA and Kendall Coeff. of Concordance (Spreadsheet1) ANOVA Chi Sqr. (N = 4, df = 4) = 14,97436 p < 0,00476 Coeff. of Concordance = 0,93590 Aver. rank r = 0,91453									

62 человека, из них 19 работающих; женщины – 64, включая 14, занятых в различных сферах производства.

Образовательный ценз у работающего населения имел следующие градации: высшее образование – у 5 мужчин и 5 женщин; среднеспециальное образование имели 11 мужчин и 5 женщин; без образования – 4 мужчины и 3 женщины.

Результаты. Оценка тяжести состояния по наличию сопутствующих заболеваний на момент госпитализации представлена в таблице 1.

Имеются достоверные различия в частоте сопутствующих заболеваний в разных возрастных группах (ANOVA Chi Sqr. (N = 7, df = 3) = 18,67164, p < 0,00032).

Из таблицы 1 следует, что наиболее часто течение ишемического инсульта осложняется сопутствующей патологией у людей пенсионного возраста. Однако лица более молодого возраста имеют минимум одно сопутствующее заболевание, что в значительной мере усугубляет течение основного заболевания. В наблюдении кардиолога нуждаются 74,59 % пациентов, эндокринолога – 17,45 %, нефролога – 7,93 %, в наблюдении ангиохирурга – 19,84 % пациентов и в консультации нарколога – 14,29 % больных. Таким образом, пациенты с ишемическим инсультом нуждаются в мультидисциплинарном подходе для наиболее полного восстановления в условиях стационара. Создание мультидисциплинарной бригады, с

учетом врачей вышеперечисленных медицинских специальностей, разработка индивидуального плана ведения с первого этапа реабилитации позволят повысить качество оказания медицинской помощи.

Результаты оценки состояния пациентов по шкале Рэнкина представлены в таблицах 2 и 3.

Из таблицы 2 можно увидеть, что более 50 % пациентов поступают в тяжелом состоянии и нуждаются в постоянном наблюдении и помощи обслуживающего персонала. Только 30 % госпитализированных могут себя обслуживать в простых физиологических потребностях, но вынуждены прибегать к посторонней помощи в более сложных бытовых вопросах, и 20 % могут полностью себя обслуживать.

В таблице 3 отмечены достоверные различия в оценке состояния пациентов по шкале Рэнкина при выписке из стационара: независимы в повседневной жизни 42 % пациентов, при этом могут жить самостоятельно 35 % пациентов. Нуждаются в помощи в повседневной жизни, но могут на несколько часов быть оставленными в одиночестве 12 % пациентов. И 10 % нуждаются в постоянном постороннем уходе и лечении.

Выводы. В связи с наличием сопутствующей патологии в виде ГБ (94 пациента), ФП (30 пациентов), СД (22 пациента), атеросклероза (25 пациентов), хронического злоупотребления алкоголем (18 пациентов), хронических заболеваний почек (10 пациентов) в

Таблица 3 – Оценка состояния пациентов по шкале Рэнкина при выписке из стационара

N = 126	5 степень		4 степень		3 степень		2 степень		1 степень	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины до 60 лет	0		1	0,79	1	0,79	5	5,55	14	11,11
Мужчины старше 61 года	1	0,79	4	3,17	8	6,34	15	11,9	13	10,32
Женщины до 55 лет	0		1	0,79	0		1	0,79	5	3,97
Женщины старше 56 лет	3	2,38	3	2,38	7	5,55	22	17,46	22	17,46
Итого	4	3,17	9	7,13	16	12,68	43	35,7	54	42,86
p	Friedman ANOVA and Kendall Coeff. of Concordance (Spreadsheet1) ANOVA Chi Sqr. (N = 4, df = 4) = 13,49333 p < ,00910 Coeff. of Concordance = ,84333 Aver. rank r = ,79111									



мультидисциплинарную бригаду для медицинской реабилитации пациентов необходимо включать следующих специалистов: кардиолога, эндокринолога, нефролога, сосудистого хирурга, нарколога.

При завершении стационарного этапа реабилитации в 66 % случаев возможно продолже-

ние восстановления функций на амбулаторном этапе реабилитации. Также для эффективной реабилитации необходима информированность пациентов о маршрутах дальнейшего обращения в медицинские и социальные центры.



КУЗНЕЦОВ В.В., ЗАЙЦЕВ Н.М.

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ НА II И III ЭТАПАХ ПОСЛЕ ТРАВМ И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ В ПАО «САНАТОРИЙ «ПРОКОПЬЕВСКИЙ»

*ПАО «Санаторий «Прокопьевский»,
г. Прокопьевск, Россия*

Значительная распространенность заболеваний и травм тазобедренного и коленного суставов, стойкое нарушение функций суставов, сопровождающееся длительной утратой трудоспособности, превращают медицинскую реабилитацию при этой патологии в важнейшую проблему здравоохранения. Частота заболеваний и повреждений тазобедренного и коленного суставов по прогнозам ВОЗ будет расти с увеличением продолжительности жизни и общим старением населения.

Реабилитация больного, перенесшего травму или эндопротезирование суставов, является непростой задачей. Вопросы хирургической техники, стационарной помощи больным в определенной мере решены. Однако реабилитация больных и их социально-трудовая адаптация разработаны значительно меньше. Отсутствие четких границ и преемственности в работе между лечебными и реабилитационными учреждениями, недостаточность

специализированных реабилитационных центров, обучающих программ реабилитации для врачей и пациентов, основанных на объективных параметрах и биомеханических данных, четких индивидуальных реабилитационных программ после травм и эндопротезирования – все это свидетельствует об актуальности данной проблемы.

Целью реабилитации на II и III этапах является улучшение ближайших и отдаленных результатов реабилитации после травм или эндопротезирования суставов посредством разработки системы мероприятий, основанной на индивидуальных параметрах пациента и направленной на оптимальное восстановление функции. Сохранению и упрочению реабилитационного эффекта способствует реабилитационная программа, основанная на учете комплекса индивидуальных параметров пациента. Реабилитация должна продолжаться до тех пор, пока есть реабилитационный потенциал.



На базе санатория «Прокопьевский» пролечена группа из 10 пациентов после травм и эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава на II этапе и 5 – на III этапе реабилитации с использованием методик восстановительного лечения, которые включали двигательный режим, лечебную гимнастику, кинезотерапию, физиотерапевтические процедуры, массаж, дозированную ходьбу, грязелечение, бальнеотерапию, психотерапию, соблюдение правильного режима нагрузки на оперированную или травмированную конечность, тренировку навыков по самообслуживанию. При поступлении пациентам проводилась оценка реабилитационного потенциала, включающего оценку по шкалам Рэнкина, Харриса, МКФ. Для реабилитации на II этап принимались пациенты, имеющие оценку по шкале Рэнкин 3 балла, на III этап – 2 балла.

Для создания системы индивидуальной реабилитации пациента после травм или эндопротезирования суставов также учитывались анатомические, биомеханические и социально-бытовые параметры пациента.

Пациенты обучались правилам поведения в раннем восстановительном периоде, правильному пользованию костылями и отработке правильной ходьбы, ознакомились и вырабатывали «иммунитет» от противопоказанных движений. Данные задачи решались мультидисциплинарной бригадой, включающей врача ортопеда-травматолога, инструктора ЛФК, физиотерапевта, психолога, медицинских сестер.

В реабилитации использовалась кинезотерапия, способствующая увеличению силы мышц, объема движений в травмированном или эндопротезированном суставе. Одновременно с кинезотерапией для больных широко применялись физиотерапевтические методы лечения, способствующие остеорепарации и нормализации микроциркуляции. ЛФК способствует улучшению регионарного кровообращения в области оперированного или травмированного сустава, нормализации мышечного тонуса, адаптации и тренировке правильной ходьбы, восстанавливает амплитуду движений в суставе, профилактирует или корригирует статические нарушения позвоночника. Таким образом, первые дни пребывания

больного в отделении реабилитации санатория – это своего рода «школа для больного». Мультидисциплинарная бригада обращала особое внимание на запрещенные виды движений.

Инструктор ЛФК оценивал биомеханику ходьбы, чтобы предостеречь больного от неправильного стереотипа ходьбы. Ходьба – один из важных методов реабилитационного процесса, и мультидисциплинарная бригада уделяла ей должное внимание. Постепенно время ходьбы увеличивалось с 5-10 до 30 мин., не менее 3 раз в день. В процессе реабилитации проводилось обучение ходьбе по лестнице.

После реабилитации на II этапе, когда пациенты достаточно хорошо научились ходить, освоили комплекс упражнений для восстановления силы мышц, у них были ликвидированы последствия осложнений в послеоперационном периоде, их переводили на III этап реабилитации с подробной выпиской, оценкой реабилитационного потенциала, включающей МКФ, шкалы Рэнкина, Харриса, а также рекомендаций по дальнейшей реабилитации. 5 пациентов были оставлены на III этап реабилитации в санатории. У них на фоне продолжающейся реабилитации отмечалось значительное улучшение в двигательной сфере пораженных суставов в сравнении с пациентами, продолжавшими реабилитацию по месту жительства. После III этапа также выдавалась подробная выписка.

В результате реабилитации в санатории «Прокопьевский» на II этапе 5 пациентов достигли оценки по шкале Рэнкин 2 балла, 5 – 1 балл. На III этапе – все 5 пациентов достигли уровня оценки по шкале Рэнкин 1 балл.

Наш многолетний опыт восстановительного лечения и наблюдения за ортопедо-травматологическими больными позволяет заключить, что компенсирование адаптацией, некачественное лечение, недолеченность, «неработоспособные последствия и остаточные явления» болезни – все это вредно и опасно.

II этап реабилитации с последующим переводом на III этап в условиях санатория, включающий индивидуальный подход к восстановлению пациента после травм и эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов, способствует скорейшему восстановлению у пациента утраченных функций.





КУЛЕМЗИНА Т.В.

САНОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
г. Донецк*

Введение. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) встречается у 50 % всех детей, а степень выраженности проявлений клинических признаков определяется наличием их сочетаний и возрастом ребенка. Дисплазия соединительной ткани рассматривается как нарушение развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах, генетически детерминированное состояние. Поэтому наиболее эффективно в плане коррекции оценивать НДСТ с точки зрения конституциональных характеристик.

Цель. Продemonстрировать возможности саногенетической терапии в лечении детей с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Материал и методы. Проведено лечение 38 детей обоих полов в возрасте 14 лет астенического телосложения, с рентгенологически подтвержденными деформациями позвоночника (шейного лордоза в 21,1 % и поясничного – в 78,9 %), болезненностью и гипермобильностью суставов верхней (в 11,4 %) и нижней (88,4 %) конечности. Все пациенты предъявляли жалобы на частые травмы сухожилий и связок, требующие ограничений подвижности, и невозможность посещать не только спортивные секции, но и уроки физического воспитания в школе. В 89,5 % у школьников отмечался повышенный уровень тревожности, быстрая утомляемость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость в виде гиперреакций (что сопровождалось низкими показателями успеваемости в школе).

Применяемые методы: рефлексотерапия, прижигание, аппаратная физиотерапия, кинезотерапия, кинезиотейпирование, массажные технологии и мягкие мануальные техники, классическая гомеопатия, гомотоксикология.

Рефлексотерапия выполнялась в виде классической акупунктуры и прижигания в коли-

честве 10 сеансов с длительностью воздействия 25-30 минут. Сочеталась с введением в виде коктейлей антигомтоксических препаратов фирмы Neel (Траумель С, Цель Т, Дискус композитум, Плацента композитум, Убихинон композитум, Коэнзим композитум, Гепар композитум, Момордика композитум, Лимфомизот Н, Солидаго композитум С, Энгистол) в биологически активные точки. Использовалась аппаратная физиотерапия (лазеропунктура, ультразвук и магнитотерапия). Массажные технологии выполнялись в виде лечебного массажа (с применением аромамасел можжевельника, черного перца, базилика, лаванды, бергамота, тимьяна), сегментарно-рефлекторного, вакуумного и гуаша массажа. Для кинезиотейпирования (по показаниям) в основном применялись нейлоновые кинезиотейпы различной цветовой гаммы (по возможности учитывалась психосоматическая характеристика пациента). Гомеотерапия выполнялась с помощью классических монопрепаратов (Кальциум флуоратум, Кальциум фосфорикум, Магнезиум фосфорикум, Арника монтана, Апис меллифика, Рус токсикодендрон, Нукс вомика, Бриония, Аргентум нитрикум, Калиум хлоратум, Силицея, Натриум хлоратум, Натриум сульфорикум). При подборе препаратов учитывалась как симптоматика, так и конституция пациента.

Результаты и их обсуждение. В основу диагностической составляющей был положен холистический подход, позволивший расценивать жалобы и состояние пациентов во взаимосвязи с конституциональными характеристиками.

Для каждого ребенка определялась индивидуальная схема восстановительного процесса, то есть последовательность, количество и виды процедур определялись исходя из исходного состояния и адаптационных возможностей организма, а также конституциональных



признаков (не только физических, но и психозомоциональных). Клинические проявления сопоставлялись с синдромами традиционной китайской медицины (с учетом физических и психосоматических проявлений). Мериаданная диагностика позволила определить значительные энергетические изменения в меридианах поджелудочной железы-селезенки, почек, перикарда, печени и желчного пузыря. Эти меридианы были и определены как первоочередные объекты для рефлексотерапевтического воздействия. Формирование синдромологического диагноза и определение конституции в соответствии с традициями китайской медицины позволило определить цели лечения, методы и методики лечебного воздействия. Синдромологический подход использовался не только на момент первичного осмотра, но и при отслеживании эффективности проводимого процесса. Проведено 3 курса рефлексотерапии с интервалом в 21 день, длительностью по 10 сеансов каждый. Использовались точки корпоральной, аурикулярной и краниальной топографии. Рецептúra составлялась с учетом жалоб, имеющихся на момент сеанса. Сеансы выполнялись с учетом хронобиологических характеристик органов и связанных с ними

жалоб и проявлений. Использование гомеопатических конституциональных препаратов способствовало возвращению симптоматических проявлений у детей в рамки конституции и восстановлению физических, психических, ментальных признаков, свойственных конституции.

Выводы. По окончании интенсивного стационарного курса пациенты получали рекомендации относительно двигательного режима, применения гомеопатических препаратов, питания и стереотипа поведения. Важным моментом контрольных осмотров являлась их строгая периодичность (1 раз в месяц). Постоянное наблюдение за пациентами в течение 3 лет позволило сформировать определенные персонифицированные схемы коррекции недифференцированной дисплазии соединительной ткани, основанные на конституциональном подходе. Таким образом, лечебно-диагностические системы, имеющие многолетнюю историю применения и доказанную временем эффективность, обладающие возможностями саногенетической терапии, могут быть использованы с целью коррекции недифференцированной дисплазии соединительной ткани.





КУЛИКОВ А.Г., ВОРОНИНА Д.Д.

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ДИСКЭКТОМИИ КАК ПРОФИЛАКТИКА ИНВАЛИДНОСТИ

*ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования» Минздрава России,
г. Москва, Россия*

Введение. За последние годы в мире значительно возросло количество пациентов, оперированных по поводу грыж межпозвонковых дисков (МПД). В частности, это связано с высокой распространенностью данной патологии среди лиц трудоспособного возраста, а также недостаточной эффективностью консервативной терапии. В раннем послеоперационном периоде у пациентов сохраняются расстройства чувствительности, медленно и не полностью восстанавливается двигательная активность, сохраняются психоэмоциональные нарушения. В послеоперационном периоде в 10-12 % случаев развивается выраженный спаечный процесс, который приводит к нарушению локальной гемодинамики (преимущественно венозного звена) и микроциркуляции, отеку корешка и, соответственно, к длительному и стойкому болевому синдрому. Медленное и недостаточное восстановление неврологических нарушений после операции ухудшает качество жизни пациентов, резко снижает их работоспособность. В связи с чем в реабилитационный комплекс наряду с медикаментозным лечением целесообразно включать занятия лечебной гимнастикой, гидрокинезотерапию, физиотерапию. Однако локальные методики физиотерапии оказывают положительное влияние лишь на местные неврологические симптомы и микроциркуляторные нарушения, не устраняя системных метаболических реакций, расстройств гемодинамики, а также астено-невротических нарушений. В связи с чем возникает необходимость назначения методов, обладающих системным характером воздействия. Одним из них является общая магнитотерапия (ОМТ) – воздействие магнитным полем с малой величиной магнитной индукции (1-3,5 мТл) на все тело пациента.

Цель исследования. Повышение эффективности реабилитации пациентов после хирургического лечения грыж МПД пояснич-

но-крестцового отдела позвоночника путем включения в лечебный комплекс процедур ОМТ.

Материал и методы. Обследовано и пролечено 73 пациента (47 мужчин и 26 женщин), перенесших дискэктомию по поводу грыжи МПД на пояснично-крестцовом уровне, средний возраст составил $40,3 \pm 8,4$ лет. Давность оперативного вмешательства на момент госпитализации составляла не более 3 месяцев. Все пациенты методом простой рандомизации были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу и объему оперативного вмешательства. Контрольная группа (36 человек) получала базисную терапию (лекарственные препараты, занятия лечебной гимнастикой, гидрокинезотерапию). Пациентам основной группы (37 человек) дополнительно к базисному лечению назначали курс ОМТ. Для выполнения процедур ОМТ нами использовался разрешенный к применению аппарат УМТИ-3Ф «Колибри-Эксперт». До и после окончания лечения всем пациентам проводили измерение температуры поверхности спины и нижних конечностей методом дистанционной инфракрасной термографии с помощью аппарата «ИРТИС 2000-МЕ». Определение выраженности болевого синдрома проводили до и после окончания лечения с использованием визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ).

Результаты. В настоящем исследовании у подавляющего большинства пациентов (93,1%), перенесших дискэктомию, выявлена патологическая гипертермия в ПКО, а также термоасимметрия нижних конечностей, проявляющаяся патологической гипотермией в зоне автономной иннервации заинтересованного корешка. Известно, что патологическая гипертермия поверхности спины является проявлением мышечно-тонического синдрома, воспалительных явлений, а также венозного застоя. Гипотермия в проекции зон иннервации спин-



номозговых корешков свидетельствует о нарушении регуляции сосудистого тонуса, интра- и экстраневральном отеке, а также нарушении проведения нервных импульсов. К концу курса восстановительного лечения в обеих изучаемых группах была отмечена положительная динамика термографических показателей. Степень выраженности динамики мы определяли как слабую ($D \leq 15\%$), умеренную ($D = 16-39\%$), а также выраженную ($D \geq 40\%$). В основной группе у 88 % пациентов наблюдалось умеренное и выраженное уменьшение площади зоны патологической гипертермии ПКО, тогда как в контрольной группе аналогичное уменьшение площади исследуемой зоны выявлено лишь у 35 % пациентов. При этом в основной группе более 40 % пациентов имели выраженную динамику, в то время как в группе контроля – достоверно ниже – 6 % ($p < 0,05$). Различие по степени выраженности уменьшения площади зон термоассиметрии в области нижних конечностей проявлялось в сравниваемых группах в меньшей степени. Более чем у половины пациентов обеих исследуемых групп выявлена слабopоложительная динамика, что, по нашему мнению, связано со сложностью и длительностью восстановления нервных волокон корешков спинного мозга.

Результаты нашего исследования показали, что клинически значимое уменьшение выраженности болевого синдрома в обеих изучаемых группах происходило более чем в 70 % случаев, что связано с комплексностью подхода к восстановительному лечению, а также началом реабилитационных мероприятий в раннем восстановительном периоде после оперативного вмешательства (менее 1 месяца с момента операции). Однако степень положительных изменений в сравниваемых группах различалась. В основной группе отмечено достоверное снижение средних значений показателя боли по ВАШ более чем на 45 % от исходных значений, тогда как в контрольной группе снижение средних значений показателя боли по ВАШ составило 30 % от исходных показателей.

Заключение. Таким образом, включение ОМТ в комплекс реабилитационных мероприятий пациентов после оперативного лечения грыж МПД пояснично-крестцового отдела позвоночника существенно повышает эффективность восстановительного лечения, предупреждает развитие осложнений и, как следствие, уменьшает вероятность инвалидизации данной категории пациентов.





КУЛИКОВ А.Г., ЗАЙЦЕВА Т.Н.

СКОЛИОЗ У ДЕТЕЙ. ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНВАЛИДИЗАЦИИ

*ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования» Минздрава России,
г. Москва, Россия*

Введение. Сколиоз является распространенной патологией опорно-двигательного аппарата. Он характеризуется многоплоскостной деформацией позвоночного столба и грудной клетки. Большинство детей с тяжелой степенью сколиотической деформации становятся инвалидами. Поэтому необходимо выявление и своевременное комплексное лечение сколиоза на ранних стадиях развития. Наиболее оптимальным является нахождение больных детей в специализированных реабилитационно-образовательных центрах, где они могут получать одновременно лечение и обучение по школьной программе. Пациентам там назначают специальное ортопедическое лечение в виде разгрузки позвоночника, использования корсетов, супинаторов; специальный курс лечебной гимнастики, в том числе в бассейне, а также массаж. Отдельным блоком в лечебный комплекс входят методы аппаратной физиотерапии. Вместе с тем достаточно значительный арсенал лечебных методов далеко не всегда способен оказать выраженный клинический эффект и замедлить прогрессирование сколиоза в детском возрасте. Поэтому специалисты стремятся осуществлять дальнейший поиск новых эффективных методов лечения. Одним из таких методов, доказавшим свою высокую клиническую эффективность в лечении заболеваний органов опоры и движения, в том числе у детей, является низкочастотное электростатическое поле.

Целью исследования явилась оценка эффективности применения низкочастотного электростатического поля в комплексном лечении у детей с идиопатическим сколиозом I и II степени.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Реабилитационно-образовательного центра № 76 г. Москвы, в котором приняли участие 94 ребенка с диагнозом дис-

пластический сколиоз I и II степени в возрасте 11-16 лет. Все пациенты методом простой рандомизации были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, полу и клинико-функциональным показателям. Основная группа была представлена 45, а контрольная – 49 пациентами.

На фоне базисного лечения проводился курс электростатической терапии. Процедуры низкочастотной электростатической терапии проводились при помощи аппарата «ЭЛГОС» (ООО НПФ «Реабилитационные технологии», Россия). Воздействие осуществлялось на область спины с использованием ручного аппликатора. Продолжительность курса – 10-12 процедур.

Своим пациентам мы в обязательном порядке выполняли клинико-функциональные и рентгенологические исследования. Дополнительно были использованы современные неинвазивные и безопасные методы диагностики: компьютерная оптическая топография. Вышеперечисленные методы обследования были проведены всем пациентам до начала курса низкочастотной электростатической терапии. Компьютерная оптическая топография и термография проводились по окончании курса лечения.

Впервые нами было изучено действие различных методик данного метода физической терапии на клиническое течение сколиоза, а также дана оценка длительности и стойкости полученного результата после проведения курса процедур низкочастотной электростатической терапии в комплексном лечении сколиоза I и II степени у детей.

Результаты. Сравнительная оценка результатов лечения пациентов основной и контрольной групп выявила наиболее заметные положительные результаты у больных основ-



ной группы. Эти изменения отмечались как при клиническом осмотре пациентов, так и при топографическом и термографическом исследованиях.

Анализ результатов компьютерной оптической топографии выявил положительную динамику в виде уменьшения степени выраженности угла отклонения позвоночника и снижения торсии у 40 (88,9 %) пациентов основной группы и у 32 (65,3 %) пациентов контрольной группы.

При термографическом исследовании отмечено достоверное уменьшение зоны патологической гипертермии и ее интенсивности. У пациентов основной группы отмечено возрастание температуры в области сколиотической деформации в среднем на $1,02 \pm 0,07^\circ\text{C}$, тогда

как в контрольной группе повышение температуры происходило лишь на $0,54 \pm 0,04^\circ\text{C}$. Эти данные свидетельствуют о более интенсивном усилении гемодинамики и улучшении микроциркуляции в тканях, подлежащих воздействию низкочастотным электростатическим полем.

Заключение. Выявлено благоприятное воздействие электростатической терапии на некоторые клинические симптомы заболевания, а также на гемодинамику и микроциркуляцию в области воздействия. Метод низкочастотной электростатической терапии является эффективным и целесообразным при комплексном применении у детей со сколиозом. Пациентам рекомендуется проведение 2-3 курсов низкочастотной электростатической терапии в год.



МИХАЙЛОВ С.Н.^{1,2}, АРТЕМОВА Н.Э.², ЧЕРНОВ В.А.², ЕЛФИМОВА О.А.¹

ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И ИМЕЮЩИХ В АНАМНЕЗЕ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ НА II ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*ГБУЗ «Областной центр медицинской реабилитации»¹,
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский
университет» Минздрава России²
г. Оренбург, Россия*

Введение. Проблема восстановительного лечения больных инфарктом миокарда (ИМ), имеющих в анамнезе ишемический инсульт (ИИ), является актуальной для здравоохранения в связи с высокой заболеваемостью, сопровождающейся стойкой утратой трудоспособности, и смертностью. Адекватное медикаментозное лечение, физические

тренировки, обучение принципам здорового образа жизни стали неотъемлемыми компонентами реабилитации больных, перенесших ИМ и ИИ. Причем регулярные физические тренировки являются одной из наиболее важных частей программы реабилитации.

Цель исследования. Изучить влияние физических и психотерапевтических тренировок



у кардионеврологических пациентов на II этапе медицинской реабилитации.

Материал и методы. Все больные были разделены на 3 группы: 1 группа (45 больных) получала стандартный комплекс лечения и тренировки на аппарате «Оксицикл» в сочетании с естественной ходьбой; 2 группа (20 больных) получала стандартный комплекс лечения и биологическую обратную связь; 3 группа – 25 больных – получала тот же комплекс лечения, но без тренировок на тренажере «Оксицикл» и биологической обратной связи. Для определения функционального состояния больных проводится нагрузочный тест на тредмиле со ступенчатым увеличением нагрузки. Психологический статус изучался с помощью тестов Спилбергера-Ханина, СМОЛ, «Качество жизни SF-36». Первичное тестирование проводилось при поступлении, повторное – перед выпиской. Нами была внедрена программа физических тренировок на тренажере «Оксицикл» в сочетании с естественной ходьбой для больных ИМ, имеющих в анамнезе ИИ на II этапе медицинской реабилитации. Программа включает в себя следующие этапы: 1-й этап ранних, контролируемых физических тренировок с использованием тренажера «Оксицикл» в сочетании с естественной ходьбой, 2-й этап – поздних физических тренировок. На первом этапе – контролируемых физических тренировок – занятие состоит из 3 периодов: подготовительного (разминка), основного и заключительного. При этом занятия мы чередовали: первый день упражнения для верхних конечностей, второй день – упражнения для нижних конечностей и т.д. Разминка проводится в течение 4 минут. Продолжительность основного периода – 5 минут, скорость движения выбираем строго индивидуально, однако средняя скорость движения 1,2 км/ч. В заключительный период скорость снижаем до 0,8 км/ч, продолжительность периода составляет 4 мин. Через 4-5 занятий больные переходят на вторую ступень ранних, контролируемых физических тренировок, когда больные, продолжая тренироваться на тренажере «Оксицикл», начинают дополнительные тренировки с помощью естественной ходьбы. Рекомендуемая скорость ходьбы соответствует частоте шага, определенной во время периода тренировок и по заключению врача лечебной физкультуры. Нами применялся для лечения больных ИМ, имеющих в анамнезе ИИ, метод

биоуправления по пульсу. Лечение включало рациональную психотерапию и ежедневные терапевтические процедуры биоуправления. Длительность процедуры была от 30 до 40 минут. Курс лечения состоял из 10-12 процедур. Закончив тренинг, несколько минут больной отдыхал и старался запомнить физические ощущения расслабленности, которые ему удалось испытать. В дальнейшем пациент сможет вызывать в себе состояние расслабления и без помощи компьютера.

Результаты. При первичном тестировании по методу Спилбергера-Ханина в первой и во второй группах высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) выявлен у 36,9 % и 35,7 % больных соответственно, умеренно повышенный – у 63,1 % и 64,3 % соответственно, с низким уровнем ЛТ не выявлено. В первой и во второй группах высокая реактивная тревожность (РТ) выявлена у 6,3 % и 5,4 % пациентов соответственно, умеренно повышенная РТ – у 24,6 % и 22,3 % соответственно, низкая – у 69,1 % и 72,3 %. При выписке высокий уровень ЛТ в первой группе снизился до 20,4 %, умеренно повышенный – до 50,1 %, низкий уровень ЛТ определялся в 24,5 %. Высокий уровень РТ снизился до 2,1 % у больных ИМ, имеющих в анамнезе ИИ, умеренно повышенный РТ – до 20,2 %, низкий уровень РТ – 77,7 %. Во второй группе показатели ЛТ и РТ при выписке не изменились. В контрольной группе был отмечен высокий уровень ЛТ и РТ, при выписке уровень ЛТ незначительно снижался, а РТ оставался на прежнем уровне. По методу «Качество жизни SF-36» при первичном тестировании в обеих группах наиболее низкие показатели выявлены по разделам «влияние физического состояния на ролевое функционирование» – $30,5 \pm 3,1$ балла, «социальное функционирование» – $39,8 \pm 2,6$ балла, «влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование» – $42,3 \pm 3,7$ балла. При выписке в первой группе повысился показатель по разделу «влияние физического состояния на ролевое функционирование» до $38,6 \pm 4,1$ балла, во второй группе изменений не произошло. После курса тренировок на тренажере «Оксицикл» в первой и во второй группах отмечалось достоверное увеличение пороговой мощности нагрузки по сравнению с больными, которые не проходили тренировок на тренажере (контрольная группа).

Таким образом, использование тренажер-



ной нагрузки и биологической обратной связи повышает эффективность реабилитации больных с инфарктом миокарда, имеющих в анамнезе ишемический инсульт, на II этапе меди-

цинской реабилитации и создает мотивацию на продолжение тренировок на амбулаторно-поликлиническом этапе.



МИХАЙЛОВ С.Н.^{1,2}, ЧЕРНОВ В.А.², БЕЛОВ В.В.¹, ЗАЦЕПИНА Н.В.¹

ПРИМЕНЕНИЕ СТАБИЛОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И ИМЕЮЩИХ В АНАМНЕЗЕ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

*ГБУЗ «Областной центр медицинской реабилитации»¹,
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский
университет» Минздрава России²
г. Оренбург, Россия*

Введение. Реабилитация кардионеврологических больных связана с работой специалистов, которые имеют возможность мультидисциплинарного подхода к их лечению [Трунова Е.С., Гераскина Л.А., Фонякин А.В., 2007]. Одним из наиболее перспективных направлений в лечении таких пациентов является применение аппаратов с биологической обратной связью. Работа на тренажёре с биологической обратной связью (БОС) предполагает наличие у пациента позитивной мотивации, которая создаётся чаще всего посредством игровых задач. В процессе тренировки происходит осознанное или бессознательное обучение волевому изменению тренируемой функции [Черникова Л.А., 1998]. С методической точки зрения для двигательных параметров смысл БОС-тренинга даже при недостаточности, например, проприорецептивной сферы остаётся более очевидным, чем для многих скрытых физиологических параметров [Рябова В.С., 1986]. Одним из активно развивающихся направлений БОС-тренинга являет-

ся использование параметров стабилотрии. Такой тренинг высокоэффективен, даже если пациент просто отслеживает перемещение центра давления (ЦД). Человек, находящийся на стабилотрической платформе, фактически выполняет роль игрового манипулятора. Во всех случаях балансотерапии используют два вида тренажёров равновесия: специализированные тренажёры и реабилитационные мультимедийные игры [Е.С. Трунова, Л.А. Гераскина, А.В. Фонякин, 2007].

Цель исследования. Применить с диагностической направленностью методики компьютерной стабилотрии с биологической обратной связью у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и имеющих в анамнезе ишемический инсульт (ИИ).

Материал и методы. В исследовании применялся «Стабилоанализатор компьютерный» с биологической обратной связью «Стабилан-01». Стабилотрия проводилась на 47 больных, перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ, находившихся на лечении в ГБУЗ «Облас-



тной Центр Медицинской Реабилитации» г. Оренбурга. По возрасту пациенты распределились следующим образом: 45-60 лет – 21, старше 60 лет – 26. По полу: женщин – 13, мужчин – 34. Курс лечения составлял 10-15 сеансов.

Результаты. Проведенное стабилметрическое исследование выявило нарушение механизмов поддержания вертикальной позы у пациентов всех групп по следующим основным показателям: длина кривой (L), площадь статокинезиграммы (S), скорость перемещения центра давления (ЦД) – V, радиус перемещения центра давления (R). Оценка показателей системы равновесия производилась до, во время и после завершения курса лечения по принципу использования биологической обратной связи. Анализ данных стабิโลграфии до лечения показал, что параметры стабิโลграммы отклоняются от нормативных у всех больных и имеют определенные различия в зависимости от генеза нарушений постуральной функции. Эти различия касались в основном длины стабิโลграммы и ее площади. Длина стабิโลграммы (L) была наибольшей у больных с ИМ, имеющих в анамнезе ишемический инсульт, и равнялась $403,7 \pm 29,6$ mm. Величина длины стабิโลграммы у больных, перенесших ИМ и не имеющих в анамнезе ИИ, составляла $311,7 \pm 14,26$. Площадь стабิโลграммы (S) оказалась наибольшей у больных, перенесших ИМ – $437,6 \pm 42,8$ mmI. Соответственно величина S у пациентов, перенесших инфаркт миокарда и имеющих в анамнезе ИИ, была меньше $384 \pm 52,7$ mmI. Радиус перемещения центра давления R и скорость перемещения центра давления V при изучаемых нозологических формах существенно не различались. Величина R колебалась от $4,3 \pm 0,28$ до $4,6 \pm 0,36$ mm, а величина V от $11,4 \pm 1,45$ до $12,5$ mm/s. Анализ модулей стабิโลграммы после реабилитационного курса биоуправления показал,

что при всех изучаемых заболеваниях имеется тенденция к улучшению. Достоверное изменение показателей, свидетельствующее об улучшении постуральной функции, отмечено у пациентов, перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ ($p < 0,06$; $p < 0,001$). Так, величина L у больных, перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ, до лечения составила $403,7 \pm 29,6$ mm, после лечения – $319,6 \pm 23,4$ mm ($p < 0,05$). Особенно существенно у больных, перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ, изменились величины R и V ($p < 0,001$): соответственно до лечения $R = 4,25 \pm 0,27$ mmI, после лечения – $2,9 \pm 0,33$ mmI; V до лечения – $11,2 \pm 0,53$ mm/s, после лечения – $8,7 \pm 0,52$ mm/s. Площадь стабิโลграммы у тех же больных до лечения равнялась $384,6 \pm 52,7$ mmI, после лечения – $291,56 \pm 41,6$ mmI ($p < 0,05$). Отклонения модулей стабิโลграммы оставались стойкими, хотя и с тенденцией к улучшению у больных, перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ. Скорость перемещения центра давления во всех изучаемых группах после проведенного тренинга увеличивалась с $11,4 \pm 1,45$ до $12,5 \pm 1,67$ mm/s ($p < 0,05$).

Заключение. Результаты стабิโลграфии свидетельствуют о компенсаторных возможностях вестибулярной системы, которые включаются в процесс многократных тренировок с применением принципа биологической обратной связи. Процессы усиленной активизации центральных нейронных образований, структурная перестройка и совершенствование внутренней модели всей статокинетической системы позволяют добиваться высокой эффективности и диагностики проводимой терапии. Метод компьютерной стабิโลграфии мы включили в комплексную систему реабилитации пациентов, перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ.



ПАРШУТИНА Е.В., МАРИУПОЛЬСКАЯ Т.Г., ВАЛЬЧИК Т.А.,
МИЩЕНКО О.Б., ДАВЫДОВА Т.В.

ОСОБЕННОСТИ РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Алтайскому краю» Минтруда России,
г. Барнаул, Россия*

Реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Абилизация инвалидов – система и процесс формирования отсутствующих у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация и абилизация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество (статья 9 Федерального закона от 25.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

В последние годы реабилитация и абилизация инвалидов занимает одно из приоритетных направлений в работе медико-социальной экспертизы.

С 1 января 2016 г. индивидуальная программа реабилитации или абилизации (ИПРА) ребенка-инвалида разрабатывается в соответствии с приказом Министерства труда и социального развития РФ от 31.07.2015 г. № 528н «Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилизации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилизации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».

Цель исследования. Изучить особенности разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилизации детей-

инвалидов с психическими расстройствами в Алтайском крае.

Материал и методы. Проведен анализ мероприятий реабилитации, включенных в ИПР (ИПРА) детям-инвалидам с психическими расстройствами в бюро № 9 (для освидетельствования лиц с психическими расстройствами в возрасте до 18 лет) ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России в 2014-2016 гг. и реализации ИПР (ИПРА). Материалом для исследования явились отчетные формы № 7-Д (собес), протоколы и акты освидетельствования детей, индивидуальные программы реабилитации или абилизации детей-инвалидов.

Результаты. В 2014 г. в бюро № 9 разработано 1528 ИПР, что составило 101,6 % от общего числа признанных инвалидами, из них впервые – 425, повторно – 1103; в 2015 г. – 1491 (113,2 %), из них впервые – 330, повторно – 1161; в 2016 г. – 1553 (121 %), из них впервые – 302, повторно – 1251. Число разработанных ИПР (ИПРА) превышало количество детей, признанных инвалидами, в связи с тем, что в 1,6 % случаев в 2014 г., в 13,2 % случаев в 2015 г. и в 21 % случаев в 2016 г. ИПР (ИПРА) разрабатывались детям, которым была установлена категория «ребенок-инвалид» до 18 лет ранее, и обратившимся с целью разработки ИПР (ИПРА), а также с целью внесения дополнений и изменений в программы досрочно.

Объем рекомендуемых реабилитационных мероприятий включал в себя медицинскую, психолого-педагогическую и социальную реабилитацию, при необходимости – технические средства реабилитации.

Ведущее положение в реабилитации де-



тей с психическими расстройствами занимает медикаментозная терапия. Мероприятия медицинской реабилитации разрабатываются детям-инвалидам в 100 % случаев. Психофармакологическая коррекция создает предпосылки для расширения программы психолого-педагогических и социальных мероприятий, адресованных прежде всего к личности больного.

Немаловажное значение для детей с психическими нарушениями имеет программа психолого-педагогической реабилитации или абилитации. Практически все дети-инвалиды с психическими расстройствами имеют ограничение жизнедеятельности в категории «способность к обучению» и нуждаются в рекомендациях по созданию условий и определении адаптированных образовательных программ дошкольного или школьного обучения. Поэтому раздел психолого-педагогической реабилитации разрабатывался с учетом предоставляемых заключений психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК), характеристик из образовательных учреждений, а также справок врачебных комиссий медицинских организаций о нуждаемости в надомном обучении. Рекомендации по психолого-педагогической реабилитации и абилитации были даны

в 2014 г. 1528 детям (100 %), в 2015 г. – 1438 (96,4 %), в 2016 г. – 1528 (98,4 %). Всем детям, получающим дошкольное и школьное образование, были даны рекомендации по оказанию психологической помощи в образовательном учреждении. Детям с 14 лет давались рекомендации по профессиональной ориентации.

Все дети-инвалиды с психическими расстройствами нуждаются в мероприятиях социальной реабилитации или абилитации. Дети-инвалиды с психическими расстройствами относятся к наиболее социально-дезадаптированным группам населения. Поэтому для данного контингента детей мероприятия по социальной реабилитации имеют особо важное значение и определяются характером ограничения жизнедеятельности и способностью к компенсации нарушенных психических функций.

Каждому ребенку-инвалиду (в 100 % случаев) при первичном и повторном проведении МСЭ рекомендовались мероприятия по социальной реабилитации.

Рекомендации по социально-средовой реабилитации были даны в 2014 г. – 1512 (98,9 %), в 2015 г. – 1453 (97,5 %), в 2016 г. – 1480 (95,3 %); по социально-психологической реабилитации в 2014 г. – 1528 (99,9 %), в 2015 г. – 1487 (99,7 %),

Таблица - Рекомендации о нуждаемости в технических средствах реабилитации в ИПР (ИПРА) в 2014-2016 гг.

Технические средства реабилитации	Годы					
	2014		2015		2016	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Абсорбирующее белье, подгузники	125	48,0	119	65,4	194	65,0
Ортопедическая обувь	92	35,4	29	15,9	36	12,0
Кресла-коляски	14	5,4	16	8,8	28	9,4
Противопролежневые матрасы	0	0	3	1,7	19	6,4
Слуховые аппараты	12	4,6	8	4,4	11	3,7
Сигнализаторы звука	2	0,8	0	0	4	1,3
Телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами	0	0	0	0	1	0,3
Опоры, поручни	5	1,9	1	0,5	4	1,3
Ортезы	6	2,3	6	3,3	1	0,3
Специальные устройства для чтения «говорящих книг», для оптической коррекции слабовидения	1	0,4	0	0	0	0
Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом	1	0,4	0	0	0	0
Специальные средства при нарушениях функции выделения (калоприемники)	1	0,4	0	0	1	0,3
Кресла-стулья с санитарным оснащением	1	0,4	0	0	0	0
Всего	260	100,0	182	100,0	299	100,0

в 2016 г. – 1553 (100 %); по социокультурной реабилитации в 2014 г. – 1518 (99,3 %), в 2015 г. – 1458 (97,8 %), в 2016 г. – 1496 (96,3 %); по социально-бытовой адаптации в 2014 г. – 1524 (99,7 %), в 2015 г. – 1491 (100 %), в 2016 г. – 1553 (100 %).

Наиболее частыми мероприятиями социальной реабилитации, в которых нуждаются дети-инвалиды с психическими расстройствами, являются: обучение методическим приемам самообслуживания, личной гигиены, формирование социально-бытовых навыков, обучение навыкам социального общения, творческая, социокультурная реабилитация.

Технологии социальной реабилитации детей-инвалидов предполагают обязательное включение родителей в реабилитационные мероприятия, так как совместная деятельность родителей и специалистов позволяет ставить общие цели и достигать их с большей эффективностью.

Важное место в ИПР (ИПРА) имеет раздел «Технические средства реабилитации (ТСР), предоставляемые ребенку-инвалиду за счет средств федерального бюджета».

Как видно из таблицы, технические средства реабилитации были рекомендованы в 2014 г. – 260 детям, что составило 17 % от общего числа детей, признанных инвалидами, в 2015 г. – 182 (12,2 %), в 2016 г. – 299 (19,3 %). Из них нуждались в абсорбирующем белье, подгузниках: в 2014 г. – 125 детей, что составило 48,0 % от общего числа детей-инвалидов, нуждающихся в ТСР, в 2015 г. – 119 (65,4 %), в 2016 г. – 194 (65,0 %); в ортопедической обуви: в 2014 г. – 92 (35,5 %), в 2015 г. – 29 (15,9 %), в 2016 г. – 36 (12,0 %); в креслах-колясках: в 2014 г. – 14 (5,4 %), в 2015 г. – 16 (8,8 %), в 2016 г. – 28 (9,4 %); в противопролежневых матрацах: в 2014 г. – 0 (0 %), в 2015 г. – 3 (1,7 %), в 2016 г. – 19 (6,4 %); в слуховых аппаратах: в 2014 г. – 12 (4,6 %), в 2015 г. – 8 (4,4 %), в 2016 г. – 11 (3,7 %); в сигнализаторах звука: в 2014 г. – 2 (0,8 %), в 2015 г. – 0 (0 %), в 2016 г. – 4 (1,3 %); в телевизорах с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами: в 2014 и 2015 гг. – 0 (0 %), в 2016 г. – 1 (0,3 %); в опорах, поручнях: в 2015 г. – 5 (1,9 %), в 2016 г. – 1 (0,5 %), в 2016 г. – 4 (1,3 %); в ортезах: в 2014 г. – 6 (2,3 %), в 2015 г. – 6 (3,3 %), в 2016 г. – 1 (0,3 %); в специальных условиях для чтения «говорящих книг», для оптической коррекции слабовидения и в медицинских термометрах с речевым выходом:

в 2014 г. – (0,4 %), в 2015-2016 гг. – 0 (0 %); в специальных средствах при нарушениях функции выделения (калоприемниках): в 2014 г. – 1 (0,4 %), в 2015 г. – 0 (0 %), в 2016 г. – 1 (0,3 %); в креслах-стульях с санитарным оснащением: в 2014 г. – 1 (0,4 %), в 2015-2016 гг. – 0 (0 %).

Среди технических средств реабилитации наиболее часто детям с психическими расстройствами в ИПР (ИПРА) вносились рекомендации по обеспечению подгузниками. Это объясняется тем, что у данного контингента детей имеют место выраженные или значительно выраженные нарушения функций мочевыделительной системы (несформированность или утрата способности контролировать физиологические отправления) вследствие выраженных или значительно выраженных нарушений психических функций.

В 2014 г. отмечался высокий процент рекомендаций по обеспечению ортопедической обувью. Это связано с тем, что, согласно действующему в то время приказу Министерства труда и социальной защиты РФ от 18.02.2013 г. № 65н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации», детям рекомендовалась малосложная ортопедическая обувь при незначительных нарушениях статодинамических функций. С 01.01.2015 г., согласно приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 09.12.2014 г. № 998н, в ИПРА вносятся рекомендации по обеспечению ортопедической обувью не менее чем при умеренных нарушениях нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, то есть при инвалидизирующей основной или сопутствующей патологии. При имеющихся у ребенка незначительных нарушениях статодинамических функций организмом специалистом по реабилитации законному представителю даются разъяснения по приказу № 998н, проводится информирование о льготном обеспечении граждан протезно-ортопедическими изделиями со скидкой 50 % от отпускной цены независимо от инвалидности (согласно Постановлению Правительства РФ от 10.07.1995 г. № 694 «О реализации протезно-ортопедических изделий»). По остальным наименованиям процент рекомендаций ТСР невысок.

Анализ оценки результатов реализации ИПР (ИПРА) в 2014-2016 гг. (1121 – в 2014 г., 1235 – в 2015 г., 1372 – в 2016 г.) показал, что в



связи со спецификой патологии только небольшая часть детей-инвалидов достигает полной реабилитации: в 2014 г. – 21 (1,2 %) ребенок, в 2015 г. – 87 (6,6 %) детей, в 2016 г. – 123 (9 %) ребенка. Большая часть детей-инвалидов вследствие психических расстройств достигает частичной реабилитации. Положительные результаты по психолого-педагогической реабилитации отмечались у 708 детей (63,2 %) в 2014 г., у 948 (76,8 %) в 2015 г., у 1070 (78 %) в 2016 г. (восстановлена мотивация к обучению, реализуется возможность получения общего образования). По социальной реабилитации отмечались положительные результаты у 79 детей (7 %) в 2014 г., у 151 (12,2 %) в 2015 г., у 638 (46,5 %) в 2016 г. Следует отметить, что в большинстве случаев выполнялись все разработанные разделы ИПР (ИПРА). За период с 2014 по 2016 г. по всем разделам программы реабилитации увеличился процент положительных результатов от проведенных реабилитационных мероприятий. Это свидетельствует о целенаправленной работе, проводимой с ро-

дителями детей-инвалидов и улучшением взаимодействия и преемственности служб, участвующих в процессе реабилитации.

Заключение. Таким образом, всем детям-инвалидам вследствие психических расстройств в крае разрабатывается ИПР (ИПРА). Перечень рекомендуемых в ИПР (ИПРА) мероприятий становится более полным, включает необходимый комплекс мер, направленных на преодоление социальной недостаточности ребенка-инвалида. Увеличивается процент выполненных мероприятий ИПР, что свидетельствует о повышении ответственности и заинтересованности специалистов и родителей в реабилитации ребенка-инвалида. Однако остается ряд вопросов, требующих пристального внимания. Это, прежде всего, недостаточные возможности реабилитационных учреждений в сельской местности, их отдаленность, отсутствие адекватной реабилитационной направленности у многих родителей детей-инвалидов.



ПЕТРОВ К.Б.

ЗАДАЧИ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей –
Филиал ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования» Минздрава России,
г. Новокузнецк, Россия*

Исходя из представлений о многоуровневости нарушений управления мышечной активностью, а также о сложности патобиомеханических расстройств при вертеброгенной патологии, лечение специальными позами и двигательными режимами

является весьма эффективным комплексным методом реабилитации остеохондроза позвоночника (ОП).

1. Борьба с генерализованной миофиксацией

При обострении дискогенных болей вна-



чале возникает «генерализованная миофиксация» (В.П. Веселовский, 1991), охватывающая весь позвоночник, плечевой и тазовый пояс. Это явление призвано стабилизировать поражённый позвоночно-двигательный сегмент (ПДС), однако, будучи неадекватно избыточным, оно неминуемо сказывается на общей подвижности позвоночника и служит основой для формирования компенсаторных двигательных суррогатов.

Задача лечебной гимнастики (ЛГ) на данном этапе заболевания заключается в разрушении этой чрезмерной саногенетической защиты, путём обучения больного соответствующим «рефлексозапрещающим» положениям (К.А. Семёнова, 1972), напоминающим позу эмбриона и некоторые асаны йоги, а также релаксирующему дыхательному тренингу (Левит К. с соавт, 1993); упражнениям, включающим элементарные двигательные функции: повороты лёжа, ползание на животе «по-пластунски», ходьба на четвереньках, прогибы и т.п. Снижению избыточного мышечного тонуса также способствуют общефизические «разминочные» телодвижения в виде «бросков» и «махов» конечностями, интенсивных круговых вращений в крупных суставах, прогибов туловища, покачиваний тазом, лечебного плавания, дозированной ходьбы.

Выполняя данную задачу, необходимо тщательно оберегать поражённый ПДС от излишней травматизации. В этой связи З.В. Касванде (1988), например, предлагает проводить занятия в ватно-марлевом воротнике Шанца.

При некоторых туннельных синдромах ОП, связанных со спазмом определённых мышц (передняя лестничная, малая грудная, грушевидная и т.д.) разработаны эффективные способы их целенаправленного купирования методами постизометрической релаксации (ПИР).

2. Стабилизация поражённого позвоночно-двигательного сегмента

Другое важное направление лечебной гимнастики при ОП, способствующее скорейшему купированию обострения, состоит в укреплении сегментарных мышц в зоне воздействия клинически актуального патоморфологического субстрата. Клинически актуальный ПДС соответствует наиболее расширенному и наиболее болезненному межостистому промежутку. Здесь показан изометрический режим работы тренируемых мышц.

Доказано, что дозированная экстероцептивная стимуляция кожи и подкожной клетчатки над мышцей способствует её тонизации. Следовательно, локальное давление твёрдым предметом (гимнастической палки, например) в области заинтересованного межостистого промежутка стимулирует сегментарную мускулатуру данного ПДС.

3. Разрешение диско-компрессионного конфликта

При наличии компрессионных синдромов ОП в комплекс двигательной реабилитации включаются упражнения, способствующие уменьшению степени пролабирования диска и возвращению субстанции пульпозного ядра в исходное положение. Правда, на такой эффект можно рассчитывать лишь при эластической протрузии, когда потерявший упругость диск уподобляется плохо накаченной камере автомобиля, а целостность фиброзного кольца не нарушена.

С этой целью применяется разгрузка позвоночника на кровати с приподнятым головным концом, ходьба с опорой плечевого пояса на костыли, гимнастика в воде, упражнения, включающие осевую тракцию позвоночника (висы на гимнастической стенке или турнике).

4. Оптимизация подвижности переходных зон позвоночника

В подострой стадии заболевания следует обратить внимание на улучшение подвижности интактных участков позвоночного столба, что в значительной мере способствует снижению нагрузки на поражённый ПДС.

Для решения данной задачи назначаются упражнения, способствующие целенаправленной релаксации мышц в переходных зонах позвоночника (шейно-черепной, шейно-грудной, грудно-поясничной). Пока не будут релаксированы основные постуральные мышцы (подвздошно-поясничные, выпрямитель позвоночника, разгибатели шеи и головы), рассчитывать на улучшение подвижности ключевых зон не приходится. Эту задачу можно решить путём применения специальных видов массажа и ПИР.

Затем в области переходных отделов позвоночника полезно провести мануальную терапию с последующим назначением стретчингов (растяжки) и упражнений на улучшение гибкости. Например, с гимнастической палкой, расположенной поперёк соответствующей переходной зоны и используемой как ось, вок-



руг которой осуществляется строго локальные сгибательно-разгибательные движения. При этом другие отделы позвоночника по возможности не должны двигаться.

5. Укрепление ослабленных мышц и коррекция двигательного стереотипа

Коррекцию синдрома дистрофии дорзальных мышц позвоночника (М.А. Подольская, 1997) целесообразно проводить в стадии неполной или полной ремиссии. Тренировке подлежат длинные флексоры и экстензоры позвоночника, а также мышцы брюшного пресса.

Сначала при помощи специальных упражнений пациента обучают произвольному владению отдельными мышечными группами и отрабатывают взаимодействие между ними в процессе сидения, стояния и ходьбы (К.Б. Петров, 2016). После этого приступают к тренировке силы и выносливости мышц ме-

тодом прогрессирующего тренинга (бодибилдинга).

ЛГ для коррекции двигательного стереотипа должна проводиться в условиях отсутствия болевого синдрома или, по крайней мере, на границе болевых ощущений. В противном случае развивается «феномен обкрадывания», проявляющийся компенсаторными замещениями со стороны непоражённых сегментов тела.

Один из элементов профилактики миофасциального («триггерного») болевого синдрома состоит в «деавтоматизации» сложившихся двигательных стереотипов путём обучения пациента осознанию промежуточных этапов движения. Данный подход лежит в основе таких гимнастических систем, как метод М. Александера или метод М. Фельденкрайза.



ПЕТРУНЬКО И.Л., СЕРГЕЕВА Н.В., ЕМЕЛЬЯНОВА Э.Г., ТУМУРОВА С.П.,
МИНЕНКОВА М.Е.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014-2016 ГОДАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Иркутской области» Минтруда России,
г. Иркутск, Россия*

В течение последних лет в России принимаются значительные меры по повышению эффективности реабилитации инвалидов. В связи с тем, что болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС) широко распространены и часто приводят к инвалидности, реабилитация инвалидов вследствие данной патологии имеет большое медико-социальное значение, как для самого инвалида (социальная адаптация, ка-

чество жизни, материальная независимость), так и для государства (снижение экономического ущерба).

В 2016 г. в Иркутской области переосвидетельствованы 3117 инвалидов вследствие БКМС в возрасте 18 лет и старше, признаны инвалидами 2818 человек, в 2015 г. – 3346 человек и 2816 человек, в 2014 г. – 4513 человек и 4349 человек, соответственно, из них 58,3 % из общего числа, повторно признанных инва-



лидами, лица трудоспособного возраста.

Уровень повторной инвалидности взрослого населения вследствие БКМС в 2016 г. снизился до 13,7 %, тогда как в 2015 г. был 15,0 %, в 2014 г. – 23,4 % на 10 тыс. населения. Для сравнения в РФ он значительно ниже: в 2015 г. – 11,9 %, в 2014 г. – 13,9 % на 10 тыс. населения.

В нозологической структуре повторной инвалидности в Иркутской области доля БКМС снизилась и составила в 2016 г. – 9,4 % (в 2015 г. – 9,7 %, в 2014 г. – 12,5 %).

Показатель суммарного утяжеления инвалидности при этой патологии увеличился в 2016 г. до 6,1 % с 3,3 % в 2014 г., 3,6 % в 2015 г. Показатель суммарной реабилитации за три года также увеличился с 9,4 % до 12 %. Показатель частичной реабилитации практически остался на уровне 2014 г. и составил 2,8 %. Полная реабилитация в 2016 г. достигла 9,2 %, что значительно превышает аналогичный показатель 2015 г. – 1,7 %, 2014 г. – 6,5 %.

Стабильность инвалидности в 2016 г. снизилась до 81,9 %. Тогда как в 2015 г. (87,2 %), 2014 г. (87,3 %) степень стойких расстройств функций организма и ограничения жизнедеятельности у большинства повторных инвалидов вследствие БКМС оставались без существенной динамики.

Таким образом, в Иркутской области отмечается как увеличение показателя суммарной реабилитации, так и суммарного утяжеления инвалидности вследствие БКМС, снижение ее стабильности, снижение доли БКМС в нозологической структуре повторной инвалидности. Снижение уровня повторной инвалидности вследствие БКМС и умеренное улучшение показателей реабилитации обусловлено повышением доступности качественной и высокотехнологичной медицинской помощи, а также введением в практику медико-социальной экспертизы новых действующих нормативных документов.

В решении проблемы реабилитации инвалидов в последние годы большое значение придается межведомственному взаимодействию, в том числе с медицинскими организациями. В первой редакции Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ, были указаны 4 вида медицинской реабилитации: восстановительные медицинские мероприя-

тия, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение.

Но в последующей редакции закона (от 01.12.2014 г. № 419-ФЗ) упущены восстановительные медицинские мероприятия. А указано, что основные направления реабилитации и абилитации инвалидов включают в себя: медицинскую реабилитацию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение. Понятно, что реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение – это виды медицинской реабилитации. Недостаточная эффективность реабилитации инвалидов вследствие БКМС может быть обусловлена исключением в последних редакциях статьи 9 Федерального закона № 181-ФЗ именно «восстановительных медицинских мероприятий». И, как следствие, отсутствие этого направления реабилитации в индивидуальной программе (ИПРА), утвержденной Приказом Минтруда России от 13.06.2017 г. № 486-н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».

Однако в Федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденных распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 2347-р, указаны восстановительные медицинские мероприятия. Как известно, они включают в себя медикаментозное лечение, массаж, ЛФК, физиолечение. Следует отметить, что именно восстановительные медицинские мероприятия играют при БКМС, в том числе при заболеваниях суставов, основную роль в реабилитации, от их эффективности зависит возможность других ее видов. При отсутствии рекомендаций бюро МСЭ о необходимости данных реабилитационных мероприятий лечебные учреждения не всегда осуществляют их, снижая тем самым реабилитационный потенциал инвалидов, страдающих БКМС. Считаем целесообразным включение в ИПРА рекомендаций по восстановительным медицинским мероприятиям.





ПЛЮХИНА Г.А.

ОПЫТ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ДОМАШНЕГО ВИЗИТИРОВАНИЯ В СЕМЬЯХ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ

*МКУ Социально-реабилитационный центр
для несовершеннолетних «Алые паруса»,
г. Новокузнецк, Россия*

В Новоильинском районе проживает 357 детей-инвалидов, из них 124 – маломобильные. Одна из главных проблем этих детей – ограниченность связи с миром, невозможность посещать детские учреждения, что негативно влияет на психическое развитие ребенка и на его социальную адаптацию и социализацию.

Специалисты социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних «Алые паруса» в 2015 г. внедрили новую форму работы с семьями, воспитывающими детей-инвалидов – домашнее визитирование, – визит в семью для оказания социально-психологической и педагогической помощи.

Внедрение этой новой формы социального обслуживания позволяет проводить коррекционно-развивающую работу с ребенком дома, в привычной для него обстановке. И в тоже время оказать родителям психологическую помощь и поддержку, обучить приемам воспитания и развития ребенка-инвалида, показать способы создания развивающей среды и обстановки для его развития в домашних условиях.

Главная цель первых посещений семьи – установить контакт с семьей, наладить эффективное взаимодействие, выявить индивидуальные особенности развития ребенка, принципы воспитания и родительские установки. Исходя из этого, разрабатывается индивидуальная программа реабилитации, планируются методы работы, доступные виды деятельности.

Продуктивная деятельность – рисование, лепка, аппликация, конструирование, пластилиновая живопись не только хорошо развивает моторику и творчество, но и помогает ребенку поверить в себя, увидев результаты своего труда, тем самым повышая самооценку и самопринятие.

Установить контакт и наладить взаимодействие с «особыми» детьми помогают куклы. Опосредованность общения через куклу помогает преодолевать робость, неуверенность, застенчивость и развивать коммуникативные умения.

Все родители отмечают как положительный и удачный момент, что педагоги приходят на занятия со своим оборудованием, играми и игрушками, потому что домашние игры и игрушки детям уже знакомы и привычны, а с «чужими» играть всегда интересней. Все пособия – различные пирамидки, сортеры, шнуровки, кубики, пазлы и т.д. – не только занимательны, но и обладают большим дидактическим потенциалом.

Очень важным является привлечение родителей к занятиям и развивающим играм – таким образом они получают опыт организации таких занятий дома и в дальнейшем могут проводить их сами. Также специалисты показывают и объясняют родителям, как создать в домашних условиях такую среду, в которой ребенок может развивать и тренировать определенные навыки.

В рамках проведения домашнего визитирования в Центре практикуется акция «Дети к детям». Воспитанники Центра под руководством педагогов готовят театральные постановки, а затем показывают для детей-инвалидов. И это не просто развлечение, но и важные уроки общения, маленькие шаги в большое дело – интеграцию инвалидов в общество, ведь таким образом и те и другие учатся сосуществовать вместе.

Ещё одним маленьким шагом в большой мир является участие детей и семьи в целом в различных конкурсах. Хотя бы дистанционно, через свою поделку или другую творческую работу ребенок заявляет о себе, своем «Я», и



получает грамоту или диплом в собственное портфолио.

За время работы службы домашнего визитирования получены только положительные

отзывы от родителей, отмечается позитивная динамика в развитии детей, что позволяет сделать вывод о востребованности и эффективности данной услуги.



ПОЛКОВНИКОВ И.А.¹, ФЕДОСЕЕВА И.Ф.², КОРНЕЕВА И.А.¹, МИЛЬЧАКОВА К.П.¹

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ДИНАМИЧЕСКОЙ ПРОПРИОЦЕПТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «ФЛАМИНГО» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

*МБУ Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Фламинго»¹,
ГБОУ ВПО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России²,
г. Кемерово, Россия*

В реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями «Фламинго» для лечения спастических парезов применяется метод динамической проприоцептивной коррекции (ДИПРОКОР). Основой метода являются занятия лечебной гимнастикой в костюме «Адели», стимулирующие нервно-мышечные структуры, которые участвуют в вертикализации ребенка.

Цель исследования. Оценить эффективность применения метода ДИПРОКОР в реабилитации детей со спастическими парезами.

Материал и методы. Реабилитация с применением метода динамической проприоцептивной коррекции была проведена 59 детям. В комплекс реабилитации всех детей также были включены физиотерапевтические методы (озокеритовые аппликации, электролечение), массаж, психолого-педагогическая коррекция. По нозологическим формам преобладали дети с детским церебральным параличом – 57 детей

(96,6 %) , из них со спастической диплегией – 29 детей (49,1 %), с двойной гемиплегией – 21 ребенок (35,6 %), с гемипаретической формой – 2 ребенка (3,4%), с атонически-астатической формой – 4 ребенка (6,8 %), с гиперкинетической формой – 1 ребенок (1,7 %). У 2 детей (3,4 %) были последствия черепно-мозговой травмы в виде гемипареза. Больные были распределены по следующим возрастным группам: 3-6 лет – 37 детей , 7-10 лет – 15 детей, 11-17 лет – 7 детей. Курс реабилитации включал в среднем 19 занятий. Один курс лечения получили 33 ребенка, два – 16 детей, три – 10 детей. Для уточнения особенностей патологического двигательного стереотипа перед началом занятий и в конце курса лечения детям проводилось тестирование, включающее оценку способности удержания равновесия тела с анализом позы, времени удержания, расположения центра массы, положения нижних конечностей, измерение длины шага. Для оценки движений рук проводились следующие тесты: поочередная



экстензия кистей в лучезапястных суставах, супинация и пронация предплечий с оценкой качества движений и участия вспомогательной мускулатуры, оценка объема движений пальцев кисти, оценка пространственно-манипулятивной функции и координации.

Результаты. Анализ результатов реабилитации показал, что у 49 детей (83 %), получивших комплексное лечение с применением методики ДИПРОКОР, отмечено улучшение в виде снижения спастического мышечного тонуса в конечностях, коррекции патологических установок конечностей и туловища, увеличения объема активных движений в конечностях, улучшения опороспособности, увеличения длины шага, улучшения способности удержания равновесия тела и координации туловища и конечностей при движении, улучшения мелкой моторики руки, повышения речевой активности. Лучшие результаты реабилитации были отмечены у детей со спастической диплегией в

возрасте от 4 до 7 лет (23 человека, 39 %). Отсутствие эффекта после применения данной методики у 10 детей (17 %) было обусловлено исходно низким реабилитационным потенциалом: наличие контрактур и грубая задержка психоречевого развития затрудняли выполнение активных упражнений во время занятий в костюме. Случаев ухудшения состояния после курса реабилитации с применением методики ДИПРОКОР не отмечено.

Выводы. Включение методики динамической проприоцептивной коррекции в программу комплексной реабилитации больных детским церебральным параличом позволяет снизить спастический мышечный тонус, увеличивает объем движений в конечностях, способствует формированию правильного двигательного стереотипа, облегчает формирование навыков самообслуживания и улучшает психоречевое развитие, расширяя функциональные возможности ребенка.



ПОЛКОВНИКОВ И.А.¹, ФЕДОСЕЕВА И.Ф.², ПОПОННИКОВА Т.В.², КОРНЕЕВА И.А.¹,
ТРОФИМОВА Г.Г.¹, НАУМОВ Л.В.¹

ОЦЕНКА ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

*МБУ Реабилитационный центр для детей и подростков
с ограниченными возможностями «Фламинго»¹,
ГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский
университет» Минздрава России²,
г. Кемерово, Россия*

Основной причиной инвалидизации детей, больных детским церебральным параличом (ДЦП), являются двигательные нарушения в виде центральных парезов различной степени выраженности, препятствующие формированию опороспособности и

функции ходьбы. Указанные изменения приводят к задержке психомоторного развития. Реабилитация детей с ДЦП характеризуется значительной продолжительностью, последовательностью становления двигательных функций, комплексным характером в сочетании с



индивидуальным подходом к каждому больному. Для оценки эффективности этапов реабилитации и определения приоритетов дальнейшего лечения необходим выбор объективных нейроортопедических критериев, позволяющих количественно оценить двигательные возможности больного.

Цель исследования. Объективная оценка двигательной функции у детей с ДЦП методами опорометрии, углометрии и измерения длины шага для определения степени эффективности реабилитации.

Материал и методы исследования.

Обследовано 68 больных ДЦП в возрасте от 3 до 16 лет (средний возраст – $6,2 \pm 3,7$ лет), находящихся на лечении в реабилитационном центре «Фламинго» для детей и подростков с ограниченными возможностями. В обследуемой группе преобладали мальчики – 44 человека (64,7 %). Комплекс реабилитации включал физиотерапевтические методы (синус-модулированные токи, озокеритовые аппликации на парализованные конечности), занятия по методике динамической проприоцептивной коррекции, лечение положением, массаж, лечебную физкультуру с применением тренажеров. Исследование двигательной функции проводилось в 2 этапа с интервалом 3 недели (в начале и при завершении курса реабилитации). Применялись методы опорометрии, углометрии, измерения длины шага.

Результаты. В зависимости от степени развития функции ходьбы было проведено разделение больных на группы: 1 группа – дети, передвигающиеся самостоятельно (28 человек), 2 группа – больные, передвигающиеся с дополнительной опорой (40 человек). По результатам опорометрии выявлено улучшение показателей после курса лечения у больных 2 группы (до лечения опороспособность составляла $7 \pm 0,7$ кг, после лечения – $8 \pm 0,5$ кг). В 1 группе существенных изменений не выявлено. Показатели измерения длины шага улучшились после лечения в 1 группе с $8 \pm 0,2$ см до $9 \pm 0,5$ см, во 2 группе – с $4 \pm 0,2$ см до $5 \pm 0,2$ см. Анализ результатов углометрии выявил увеличение показателей в 1 группе: в голеностопном суставе – на 11° , в локтевом суставе – на 12° ; во 2 группе: в голеностопном суставе – на 18° , в локтевом суставе – на 15° .

Выводы. В качестве объективных критериев оценки двигательных функций при определении эффективности реабилитации больных ДЦП могут быть использованы методы опорометрии, углометрии и измерения длины шага.

Более высокая эффективность реабилитации, проявляющаяся в виде повышения опороспособности, увеличения объема движений в суставах и длины шага, отмечена у больных ДЦП, передвигающихся с дополнительной опорой.



ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТУРАЛЬНОГО БАЛАНСА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ НАЛИЧИИ И ОТСУТСТВИИ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

*ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России,
г. Новосибирск, Россия*

Введение. Хирургическое лечение пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника в настоящее время неразрывно связано с процессом последующей реабилитации таких пациентов. Раннее начало реабилитационных мероприятий предполагает улучшение состояния двигательного стереотипа. Это особенно важно в связи с тем, что в существующих в РФ стандартах лечения после проведенных декомпрессивно-стабилизирующих вмешательств лечебная физкультура и кинезиотерапия с использованием тренажеров с биологически-обратной связью не носит обязательного характера для использования у 100 % пациентов, что может существенно ухудшить результат хирургического вмешательства или даже спровоцировать возврат достигнутого результата к исходным значениям.

Целью настоящего исследования было изучение характеристики постурального баланса у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника в раннем послеоперационном периоде после декомпрессивно-стабилизирующих вмешательств (7 ± 2 дней после хирургического лечения) при проведении реабилитационных мероприятий в сравнении с пациентами, у которых такой реабилитации не проводили.

Материал и методы. Настоящее исследование представляло собой проспективное нерандомизированное продольное контролируемое исследование, направленное на изучение стабилметрических параметров, описыва-

ющих постуральный баланс в сроки раннего послеоперационного периода (7 ± 2 дней после хирургического лечения) у пациентов в возрасте от 26 до 60 лет, которым были проведены декомпрессивно-стабилизирующие операции в связи с компрессионными и рефлекторно-болевыми синдромами дорсопатий поясничного отдела позвоночника. Было сформировано две группы пациентов по 60 человек в каждой: в первой группе пациентам проводили реабилитационные мероприятия, начиная со вторых суток раннего послеоперационного периода (длительность последнего составила 7 ± 2 дней после операции), во второй группе пациентов такого рода мероприятия не проводили. Для реабилитации пациентов использовался специализированный разработанный комплекс мероприятий, сочетающий в себе лечебную физкультуру и кинезиотерапию на стабилметрической платформе с биологически-обратной связью.

Результаты. При сравнении между группами пациентов было отмечено статистически значимое уменьшение в раннем послеоперационном периоде величины параметра площади колебаний в 2,38 и 1,89 раза в ходе постановки проб в позе Ромберга с открытыми и закрытыми глазами, соответственно ($p = 0,0001$) у пациентов, которым проводили реабилитацию, наряду со статистически значимым уменьшением всех прочих контролируемых стабилметрических параметров, что свидетельствует о сенсорной коррекции движений центра давления.



Заключение. Полученные результаты позволяют говорить о том, что комплексное реабилитационное лечение оказывает существенное влияние на улучшение пострального баланса

у пациентов, перенесших декомпрессивно-стабилизирующие операции на поясничном отделе позвоночника.



ТЕЛЬМИНОВА К.В.

ВЛИЯНИЕ АКЦИИ «СИБИРСКАЯ РОБИНЗОНАДА» НА ПРОЦЕСС СОЦИАЛИЗАЦИИ ИНВАЛИДОВ

*МКУ СРЦН «Уютный дом»,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Туристическая акция «Сибирская Робинзонада» Новокузнецкой городской организации ВОИ является мультиреабилитационным проектом, направленным на развитие потенциала человека с ограниченными возможностями. Условия палаточного лагеря, туристический быт и самое главное – приобретение навыков существования и работы в команде, – позволяют человеку расширить диапазон социальных навыков, попробовать себя в различных социальных ролях. Основная социально-психологическая трудность людей с нарушениями ОДА заключается в недостаточном социальном опыте и ограниченном пространстве социального взаимодействия и самовыражения. Отметим, что для инвалидов детства актуальны обе проблемы, тогда как люди, получившие травму, будучи взрослыми, больше нуждаются именно в расширении пространства социального самовыражения и роста, так как при наступлении инвалидности многие общественные институты оказываются недоступными для людей с ограниченными возможностями. Поэтому особую роль в реабилитационном процессе имеют площадки развития социальных навыков. В качестве подобных площадок выступают различные проекты и мероприятия, направленные на социальную реабилитацию инвалида.

Материал и методы. Программа проведения «Сибирской Робинзонады» предполагает формирование команды, в задачи которой входит самостоятельное проживание в туристических условиях, активное участие всей команды в спортивных, интеллектуальных и творческих соревнованиях. В состав команды входят люди от 18 до 35 лет с различными видами инвалидности (исключение – психические заболевания, эпилепсия и диабет), не предусмотрено участие в команде людей, не имеющих инвалидности. Различие в возрасте, диагнозе и моменте его наступления обеспечивает обмен опытом преодоления трудностей, вызванных инвалидностью, а главное – формирует особую среду приобретения и развития коммуникационных навыков в условиях многообразия предлагаемых конкурсных мероприятий. На личностном уровне это означает преодоление внутренних комплексов и страхов через начало активной деятельности в сферах, в которых ранее не предполагалась возможность участия. Интересно отметить, что постоянные участники акции «Сибирская Робинзонада» становятся для новичков своего рода социальными педагогами, помогая им адаптироваться к условиям туристического быта, выразить свои способности в предлагаемых конкурсах. Таким образом, «Сибирская



Робинзонада» становится местом психологического раскрепощения, творческого развития, своего рода учебно-тренировочной базой для формирования социальных навыков, необходимых для результативного вхождения инвалида в общество. Важным моментом является экстраполяция полученного позитивного опыта в условия обычной жизни человека.

Важно отметить, что в обычных условиях инвалид ограничен не только в чисто физическом аспекте, но и в социально-психологическом отношении. Спектр возможных социальных ролей сужен, чаще это пациент, клиент социальной службы, домохозяин, реже учащийся и, к сожалению, еще реже работник. Пространство «Сибирской Робинзонады» дает человеку с ограниченными возможностями вариативность самопроявления. Например, каждая команда выбирает своего капитана, ответственного за распределение функций в команде, тем самым человек может приобрести начальные управленческие навыки. Более того, у каждого члена команды в процессе «Сибирской Робинзонады» есть возможность проявить себя в нескольких социальных ролях соответственно задачам, поставленным перед

командой: так человек может режиссировать выступление команды в творческом конкурсе, быть ответственным за обеспечение лагеря водой и плюс к этому передавать новичкам необходимые знания и опыт.

Если говорить о пространственных условиях проведения акции «Сибирская Робинзонада», то, как уже было отмечено выше, это туристический палаточный лагерь, обустроенном которого инвалиды занимаются самостоятельно. У каждой команды свой палаточный городок, свой быт, в котором, как правило, у каждого члена команды свои обязанности. Этот естественный аспект проведения акции «Сибирская Робинзонада» также содержит в себе реабилитационный потенциал, так как, например, инвалиды с диагнозом ДЦП в большинстве случаев имеют весьма малый опыт самостоятельного ведения хозяйства, в частности приготовления пищи.

Заключение. Таким образом, пространство акции «Сибирская робинзонада» мотивирует личность к актуализации реабилитационного потенциала и адаптационных возможностей, что, в свою очередь, способствует повышению уровня социализации.



ТЕН С.Б., МОЛДАВСКАЯ И.В.

РАННЯЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический кардиологический
диспансер им. академика Л.С. Барбараша»,
г. Кемерово, Россия*

Инсульт — одна из наиболее тяжелых форм сосудистых поражений головного мозга. По данным Национальной ассоциации по борьбе с инсультом, в России ежегодно регистрируется 450 тыс. инсультов. При этом заболеваемость инсультом в Россий-

ской Федерации составляет 2,5-3 случая на 1 тыс. населения в год. В нашей стране расчетная сумма прямых и непрямых затрат на проблему инсульта колеблется от 16,5 до 22 млрд. долларов. Примерно каждые 1,5 минуты у кого-то из россиян впервые развивается



инсульт. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) сокращают длительность предстоящей жизни мужчин на 1,62-3,41, женщин – на 1,07-3,02 года (Гусев Е.И., Скворцова В.И., 2003). Исходы мозгового инсульта: 10-20 % возвращаются к труду, 20-43 % нуждаются в посторонней помощи, 33-45 % имеют гемипарез, 18-27 % – речевые нарушения, 18-30 % – депрессию, 30-47 % – когнитивные нарушения, 25 % к концу первого года имеют деменцию, 55 % доживших до конца 3-го года после инсульта в той или иной мере не удовлетворены качеством. По данным Всемирной организации здравоохранения, за период 2005-2015 гг. потеря валового внутреннего продукта в России из-за преждевременных смертей от сосудистых причин может составить около 8 трлн. руб. Таким образом, сосудистые заболевания оказывают значительное негативное влияние на демографические и экономические показатели нашей страны. В результате перенесенного мозгового инсульта инвалидность в России наблюдается в 80 %, Западной Европе – в 25 %, США – в 20 % случаев.

Одним из наиболее важных факторов снижения инвалидизации пациентов является ранняя комплексная реабилитация в условиях специализированных стационаров (ESO, 2008).

В Региональном сосудистом центре (РСЦ) на базе Кемеровского областного клинического кардиологического диспансера им. академика Л.С. Барбараша проблеме ранней кинезо-респираторной реабилитации уделяется большое значение. Ранняя активизация больных, перенесших инсульт, необходима как для профилактики осложнений (застойные пневмонии, флеботромбозы, пролежни, нарушения функции желудочно-кишечного тракта и

мочеполовой системы и др.), так и для более быстрого и полного функционального восстановления больного (нормализация мышечного тонуса, опорной и двигательной способностей, возможности общения и самообслуживания). Минимальная программа реабилитации проводится начиная с первых суток инсульта и включает в себя лечение положением, укладки паретичных конечностей, лечебную гимнастику, лечебный массаж паретичной руки, дренажный массаж грудной клетки и дыхательную гимнастику. При исключении флотирующих тромбов в сосудах нижних конечностей (проведение ультразвукового триплексного сканирования), стабильности центральной гемодинамики, отсутствии нарастающей очаговой неврологической симптоматики программа реабилитации расширяется: дополнительно проводится присаживание пациента в кровати с опущенными нижними конечностями в компрессионном трикотаже, аппаратная вертикализация, перемежающаяся пневмокомпрессия ног, ручная стимуляция опорных точек стоп, циклические тренировки на аппарате «Motomed-viva» в пассивном и активном режимах. Данную физическую реабилитационную программу выполняют 4 реабилитолога (из которых 3 – физически крепкие мужчины) при активной помощи всех сотрудников РСЦ.

Проведение ранней реабилитации при соблюдении принципов (системность, этапность, мультидисциплинарность, постоянный нейромониторинг) позволит предотвратить возможные осложнения в острейшем периоде тяжелого инсульта, будет способствовать ускорению восстановления двигательных, когнитивных функций, более полному восстановлению функциональных возможностей пациента.





УСТИНОВА О.А.

РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ НА ДЕТСКОЙ ПЛОЩАДКЕ

*Новокузнецкий институт (филиал) ФГБОУ ВПО
«Кемеровский государственный университет»
г. Новокузнецк, Россия*

В современной социокультурной ситуации возникает противоречивое отношение к миру детей. С одной стороны, в обществе производится множество предметов потребления для детей, с другой – жизнь детей особо контролируется ценностями взрослых.

Контроль над детьми со стороны взрослых мешает развитию естественных отношений детей. Из отношений детей выброшены дети с особыми потребностями, поэтому у них часто развиваются такие разрушающие симптомы, как тревожность, депрессии, а иногда у таких детей возникают суицидальные настроения.

Для предупреждения развития нарушений у детей необходимо осуществлять мероприятия по реабилитации и абилитации. Абилитация, понимается как система лечебно-педагогических мероприятий, имеющих целью предупреждение и лечение патологических состояний у детей, неадаптированных к социальной среде. Реабилитация – это процесс, в ходе которого у ребенка восстанавливается положительное отношение к жизни, семье и обществу. Цель реабилитации – не допустить превращение личности ребенка с отклоняющимся развитием в инвалидную личность.

Реабилитация и абилитация детей с ОВЗ, как правило, осуществляется вне системы естественных отношений детей. Вместе с тем в отечественной психологической науке указывается на важность проведения мероприятий по реабилитации и абилитации детей с учетом построения значимых отношений (В.Н. Мясищев), в условиях развития ведущей деятельности (А.Н. Леонтьев), в практике построения новых социальных отношений (Д.Б. Эльконин), в развитии психологических контактов между людьми (С.Л. Рубинштейн), в формах детской субкультуры (В.В. Абраменкова, Н.Я. Большунва, О.А. Устинова).

Мы считаем особенно важным создавать рефлексивное пространство культурального

диалога для интеграции всех детей (с нормальным развитием и с ограниченными возможностями). Профессионалам психологам, педагогам, родителям важно помогать детскому сообществу создавать пространство для объединения. В таком объединении обозначается горизонт социокультурных ценностей. В нашем городе нами разработан и реализуется проект «Корабль детства», основной целью которого является создание интегрированной детской площадки для всех детей. Такая площадка будет учитывать особенности и потребности всех детей, особенно детей с ограниченными возможностями, а также обратит внимание общественности к проблемам детского сообщества, их отношениям, культуре, системе ценностей.

Данная детская площадка выстраивается в пространстве диалогических отношений между детьми (дети с ограниченными возможностями здоровья и с обычным развитием), взрослыми (на площадке будут работать аниматоры, специалисты, волонтеры, показывающие эффективные способы взаимодействия взрослых с детьми). На самой площадке будут представлены образы сказочных героев русской культуры: Иван-царевич, Лисичка, Незнайка, Чебурашка и т.д., а также фигуры человека разных национальностей. На наш взгляд, идентификация ребенка с разными образами будет способствовать, с одной стороны, выделению своей индивидуальности, а с другой – появлению толерантного отношения к человеку других культур.

В организации работы площадки будут участвовать специалисты: психологи, педагоги, дефектологи, волонтеры, аниматоры (студенты, проходящие практику работы с детьми). Такая площадка способствует естественному возрождению отношений детей, объединению (детей разных категорий, национальностей), восстановлению полноценного существования



личности в обществе.

Мы ожидаем, что такие площадки дадут позитивный результат как в отношении развития детской субкультуры, способствуя возрождению естественных отношений детей, так и в отношении воспитания традиционных

ценностей и ценности межкультурных коммуникаций. Мы надеемся также, что еще одним результатом работы таких площадок станет актуализация интереса взрослых к проблемам детской субкультуры и учет ее особенностей в отношениях с детьми.



ХАРИТОНОВА Т.М., ДАВИДЕНКО О.А.

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПРИ ПОМОЩИ АДАПТИРОВАННОГО ВЕЛОСИПЕДА «РИФТОН»

*ГБУЗ КО «Кемеровский детский клинический
психоневрологический санаторий «Искорка»,
г. Кемерово, Россия*

Среди детей, инвалидов с детства по неврологическому профилю, наиболее значительную часть составляют больные, страдающие детским церебральным параличом (ДЦП), распространённость которого не имеет тенденции к уменьшению.

В основе сложной патологии двигательного развития детей с церебральными параличами лежит изменение активности функциональной системы антигравитации и гипокинезия, обусловленные и сопровождающиеся нарушениями проприоцептивной афферентации. Возникает дисбаланс рефлекторной сферы вследствие задержки формирования установочных рефлексов и задержки редукции и нарастания влияния врождённых тонических рефлексов на мышцы туловища и конечностей. В результате формируется патологический двигательный стереотип с характерной позой, нарушением опорности стопы ходьбы и координации движений.

Езда на 3-колёсном велосипеде дает ребёнку как положительные эмоции, так и хорошую физическую подготовку. Является одним из ви-

дов лечебной деятельности, которая позволяет развивать поражённые нижние конечности.

Важное значение в комплексном лечении детей с диагнозом детский церебральный паралич имеют занятия на специализированном велосипеде «Рифтон» (производитель «Rifton Equipment» США).

Положительные технические особенности трехколёсных велосипедов «Рифтон»:

- прочная фиксация конечностей пациента, а при необходимости – шеи, головы и туловища;
- непрокаляемые колеса;
- передаточное число низшей передачи позволяет для начинающих ездить только на безопасной скорости;
- мягкий руль можно приподнимать и закреплять под оптимальным углом;
- легко садиться и спускаться с него;
- низкий центр притяжения делает езду устойчивой и безопасной;
- стояночный тормоз фиксирует оба задних колеса.

В нашем учреждении занятия на 3-колес-



ном велосипеде «Рифтон» проводятся с 2014 года. За три года занимались ездой на велосипеде 196 детей.

По форме ДЦП:

- спастическая диплегия – 133 ребенка (68 %);
- гемипаретическая форма – 25 детей (13 %);
- двойная гемиплегия – 15 детей (7 %);
- атонически-астатическая форма – 15 детей (8 %);
- спастико-астатическая форма – 7 детей (4 %).

Из приведенных данных видно, что наибольший процент детей, получивших занятия на велосипеде, имели спастическую диплегию.

Дети занимались на велосипеде при помощи инструктора ежедневно по 10-20 минут.

В результате занятий:

- укрепились мышцы спины и шеи у 100 % детей;
- увеличился объем движений в суставах конечностей у 95 % детей;
- улучшилось общее самочувствие, равновесие у 100 % детей;
- значительно повысился эмоциональный тонус у 100 % детей.

Эффективность занятий:

- значительное улучшение: у 125 (94 %) де-

тей с диагнозом спастическая диплегия, у 19 (76 %) – с диагнозом гемипаретическая форма;

- улучшение: у 8 (6 %) детей с диагнозом спастическая диплегия, у 15 (7 %) – с диагнозом двойная гемиплегия;

- незначительное улучшение: у 7 (8 %) детей с диагнозом атонически-астатическая форма.

Выводы:

- регулярные занятия детей с детским церебральным параличом на велосипеде «Рифтон» уменьшают риск развития таких состояний, как контрактуры, ортопедические дефекты;

- активизируют развитие чувства равновесия, вертикализацию головы и туловища;

- улучшают согласованность совместной работы глаз, рук и ног;

- улучшают деятельность дыхательной и кровеносной систем;

- активизируют мышцы нижних конечностей по реципрокному образу, схожему с ходьбой;

- значительно улучшают эмоциональный тонус ребенка.

Наиболее эффективны занятия на адаптированном велосипеде у детей с диагнозом «Спастическая диплегия и гемипаретическая форма».



REHABILITATION NEEDS OF PATIENTS AFTER CERVICAL DISC SURGERY FOR NECK PAIN AND RADICULOPATHY

*Department of rehabilitation, 1st faculty of medicine, Medical university of Warsaw¹,
Private medical practice krasuski marek, md, phd, specialist in orthopedic surgery
and traumatology, febrpm²
Warsaw, Republic of Poland*

Although acute neck pain and cervical radiculopathy due to cervical disc degeneration are usually self-limiting conditions, population-based studies show that 5-32 % of patients may experience persistence or gradual worsening with a disability. Surgical indications for cervical degenerative disc disease include severe or progressive neurologic deficit or significant pain that does not respond to appropriate non-operative treatments. There is moderate evidence for the effectiveness of cervical spinal surgery for radicular pain. Differences in pain, disability, and mood between patients treated for arm pain with surgery, collar or physiotherapy containing both active and passive techniques in long follow-up are deniable. The problem of rehabilitation after cervical disc surgery (CDS) is rarely addressed in the scientific literature. The rate of patients after CDS not having postoperative rehabilitation is significantly higher compared to patients after lumbar disc surgery. We aim to analyze the feasibility and the level of evidence of rehabilitation applied after CDS. In our study we concentrate on the problems of rehabilitation of patients after surgery due to a conservative treatment-resistant neck pain and radicular syndromes. Rehabilitation of patients with cervical myelopathy will not be discussed.

Recently used techniques of cervical disc excision for neck pain and radiculopathy include anterior cervical discectomy and fusion (ACDF), cervical disc arthroplasty (CDA) with anterior cervical foraminotomy (ACF). Posterior cervical foraminotomy (PCF) is currently less popular, but this technique appears to offer future advantages with the introduction of newer minimally invasive techniques and the decreased cost and risks due to not needing instrumentation and fusion. The quality of the performed surgery is the prerequisite of the favorable clinical outcome. Disability

presented by patients after CDS is not limited to local symptoms, but affect psychological and social aspects of functioning. Typical CDS related complications include:

- dysphagia, dysphonia, and risk of esophageal injury after anterior approach surgeries;
- respiratory complications;
- surgical site infections;
- urinary tract infections;
- cardiac complications;
- Neurological complications including:
 - Major neurological deficit with an incidence described as being up to 0,2 %, as a result of edema, overzealous intra-operative manipulation of the cord, epidural hematoma, cord ischemia or a reperfusion injury;
 - C5 palsy;
 - brachial plexus neuropathy;
 - death.

Other problems observed after CDS include:

- pain - local and radiating (risk factors for persistence of postsurgical pain include a negative subjective prognosis of gainful employment and depression). A persistent for at least three months, medically intractable pain of the upper extremities and/or neck despite having had at least one prior cervical spine operation for a degenerative disease is referred as failed neck surgery syndrome (FNSS). FNSS after CDS may be associated with stenosis of the spinal canal or an intervertebral foramen, adjacent segment degeneration, recurrent disc herniation, retained disc fragment, epidural or intraneural fibrosis, segmental instability, degenerative disc disease, radiculopathy, radicular pain, facet joint pain, discitis, arachnoiditis, pseudoarthrosis, deconditioning, litigation and others factors;

- decreased cervical range of motion (ROM), that might be attributed to pain, increased neck muscle tension, heterotopic ossification compli-



cating CDA or adjacent spinal segment degeneration, particularly after ACDF after intervertebral fusion, in cases with degenerative changes detectable in adjacent segments preoperatively) but might be seen also after CDA;

- intervertebral nonunion after ACDF observed more frequently in patients who smoke or have diabetes;

- altered activity of muscles of the dorsal and ventral aspect of the neck, contributing to a loss of cervical lordosis;

- new or worsening of coexisting shoulder tendonitis/capsulitis;

- psychiatric problems (affective, anxiety or substance abuse disorder), with the prevalence at the level exceeding 33%, that is far above the prevalence observed in general population and in patients after lumbar disc surgery;

- Unfavorable coping strategies leading to social withdrawal, particularly when symptom intensity is high;

- Kinesiophobia having an impact on postoperative recovery duration, daily life, and return to work;

- not resuming work. Ability to work after CDS is associated with the intensity of pain, neck stiffness, hand weakness, sleeping disturbances and psychological variables as symptom satisfaction, the frequency of feeling anxious or worried about symptoms; coping self-statements, catastrophizing, and ignoring pain sensations; depression, self efficacy, as well as work related factors – eg. physical work load on the neck and the self-perceived chance of being able to work).

To analyze the feasibility of and evidence for rehabilitation after CDS a review of literature was performed. Among 502 articles identified in Pubmed Medline, Embase, PeDRO databases only 8 papers analyzed the efficacy of proceeding typical for rehabilitation after CDS. Anecdotal, unevicenced mentions were found in further 40 papers.

On the base of the review the following concepts have been identified:

Using a cervical orthosis. According to anecdotal reports, restrain of cervical motion after CDA is usually recommended between 0-2 weeks after CDA, and up to 2 after ACDF without plating. Though the number of controlled trials on the efficacy of orthotic treatment versus other treatments is limited, both original controlled studies and reviews did not find evidence supporting better results after application of a cervical surgery.

Activity restrain. Papers on results of CDS in active sportsmen show that majority of rugby or soccer players may return to the field within 6 months after ACDF, with comorbidities and persistent neck pain being negative predictors of this outcome. Return to play is permitted if single anterior cervical fusion (ACF) or posterior cervical fusion occurs with no neck symptoms, a full ROM, no pain, a normal neurologic exam and normal muscle strength, and no instability on a radiograph. Not returning to contact sports is recommended if ACF was made on 2 or 3 levels.

Pharmacotherapy. Therapy with NSAID is advocated after CDA to avoid HO routinely between 2 and 6 weeks. In cases of brachial neuritis involving C5 root after CDS analgetics steroids are used. A double blind randomized study shows significant improvement in pain intensity and disability in 72 % of patients with failed neck surgery FNSS after epidural injections with local anesthetics, with no difference between patients receiving lidocaine and lidocaine mixed with betamethasone.

Therapeutic exercises. The beginning of therapeutic exercises is advocated usually 4-6 weeks After ACDF and immediately after CDA. In anecdotal reports light exercises within range of motion, special techniques (post-isometric relaxation, soft techniques) adjusted individually to patients' conditions, strengthening exercises and mobilization techniques of shoulder girdle focused on pain control, neck relaxation and stabilization, correction of posture and coordination of moving patterns, prophylaxis and treatment of shoulder problems, improving hand dexterity and overall endurance. A 33-week physical therapy post-CDS algorithm was found. Few case reports on active professional sportsmen after CDS show detailed programs of exercises lasting 8-16 weeks aimed at regaining neck and upper limb strength and endurance. In cases of brachial neuritis involving C5 root after CDS passive ROM exercises during the paralytic phase followed by the addition of more active exercises as the weakness improves are advocated.

There is an evidence supported by a single study on 32 patients who had cervical kyphosis accompanying cervical radiculopathy and myelopathy who were randomized either to a single level CDA, or ACDF, that neck strength building and flexibility exercises introduced on 1st day after CDA gave a late effect of regaining of a cervical lordosis.



Passive therapies. Light body massage and application of polarized light are thought to normalize muscular tone. The application of magnetotherapy for improving healing rate after ACDF is supported by a randomized controlled, prospective multicenter clinical trial with the participation of 323 patients after ACDF increasing intervertebral fusion rate in 6 months follow-up, however with no significant difference from a control group 12 month after surgery. Several publications describing series of 3-27 patient with FNSS show the moderate or good effect on pain and quality of life after cervical spinal cord stimulation applied with implantable electrodes in 50-90% of patients observed.

Speech therapy. Application of speech therapy to increase of swallowing abilities in patients with dysphagia after CDS appears to be a logical choice, however, we have not found any evidence on this method. Speech therapist's intervention to alleviate dysphagia is applied in only 0,2% of patients with dysphagia following CDS.

Education, information, psychological therapy and support. Several author advocate application of strategies included education, training in coping with pain, increasing self-efficacy, and stress management, as well as adopting healthy life styles to manage activity limitations and existing symptoms and to regain abilities to work, but no evidence of efficacy of these interventions was found. Early identification of patients with not resuming work risk and introduction social-medical or psychological counseling during rehabilitation are advocated.

Comprehensive interdisciplinary rehabilitation. We found one paper describing an interdisciplinary intervention comprising quantitatively

directed exercise progression with a multimodal disability management using psychological and case management techniques, occupational therapy preceded by drug detoxification, psychotropic medication and aerobic and mobility aimed at improving the work return rate, coping and pain management skills, stress management and maintain a healthy lifestyle in workers compensation chronically disabled patients after ACDF. In those who accomplished the intervention, there were no significant differences in work and physical ability related variables, as compared to workers compensation patients with cervical disk disease who underwent conservative treatment only. The authors admit this results as a success, since the intervention group was according the most vulnerable group, as workers compensation patients who either failed previous forms of preoperative or postoperative rehabilitation or were noncompliant in meeting outcome goals.

Despite finding of the high frequency of psychiatric comorbidities in patients undergoing CDS there are no published suggestion of psychological assistance after surgery in the program of comprehensive rehabilitation.

Conclusions:

Patients after CDS are at risk of a complex disability with a significant psychosocial component. Early detection of persons with a high risk of a poor functional outcome after CDS should be emphasized in a diagnostic presurgical proceeding. Comprehensive rehabilitation, appears to be mandatory in achieving good and long-lasting functional effect of CDS. Rehabilitation is inadequately addressed in the literature on CDS. Rehabilitation after CDS is poorly evidenced and more work on this field is warranted.



PIOTR TEDERKO¹, MAREK KRASUSKI², BEATA TARNACKA¹

ПОТРЕБНОСТЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ НА МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКАХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПО ПОВОДУ БОЛИ В ШЕЕ И РАДИКУЛОПАТИИ

*Отделение реабилитации 1-го медицинского факультета**Варшавского медицинского университета¹,**Частная медицинская практика – Marek Krasuski, доктор медицины,**специалист по ортопедической хирургии и травматологии²,**г. Варшава, Республика Польша*

Хотя острая боль в шее и шейная радикулопатия вследствие дегенерации межпозвоночных дисков шейного отдела позвоночника обычно являются самокупирующимися состояниями, популяционные исследования показывают, что у 5-32 % больных эти состояния могут быть стойкими или постепенно усугубляться, приводя к ограничению возможностей. В число показаний к хирургической операции по поводу дегенеративного заболевания дисков шейного отдела позвоночника входят тяжелый или прогрессирующий неврологический дефицит и значительная боль, не поддающаяся консервативному лечению. Имеется небольшое количество данных, подтверждающих эффективность операций на шейном отделе позвоночника по поводу радикулярной боли. Различия в боли, ограничении возможностей и настроении между пациентами, пролеченными по поводу боли в плече путем операции, корсета или физиотерапии, содержащей как активные, так и пассивные техники, представляются спорными. Проблема реабилитации пациентов, перенесших операцию на дисках шейного отдела позвоночника (ОДШО), редко рассматривается в научной литературе. Процент больных, не получивших послеоперационную реабилитацию после ОДШО, значительно выше, чем соответствующий процент больных, перенесших операцию на дисках поясничного отдела позвоночника. Наша цель заключается в том, чтобы проанализировать осуществимость реабилитации после ОДШО и уровень данных, касающихся этой реабилитации. В нашем исследовании мы концентрируемся на проблемах реабилитации

пациентов, перенесших операцию по поводу боли в шее и радикулярных синдромов, не поддающихся консервативному лечению. Реабилитация пациентов с шейной миелопатией здесь обсуждаться не будет.

В число применяемых в последнее время техник иссечения дисков шейного отдела позвоночника по поводу боли в шее и радикулопатии входят передняя цервикальная дискэктомия и спондилодез (ПЦДС) и артропластика дисков шейного отдела позвоночника (АДШО) с передней цервикальной фораминотомией (ПЦФ). Задняя цервикальная фораминотомия в настоящее время менее популярна, однако представляется, что в будущем этот метод может иметь определенные преимущества в связи с введением новых минимально инвазивных техник и с более низкими затратами и рисками по причине отсутствия необходимости в инструментах и спондилодезе. Необходимым условием благоприятного клинического исхода является качество выполненной операции. Ограничения возможностей у пациентов, перенесших ОДШО, не сводятся к локальным симптомам; они распространяются на психологический и социальный аспекты функционирования. В число типичных осложнений, связанных с ОДШО, входят:

- дисфагия, дисфония и риск повреждения пищевода после операций с передним подходом;
- респираторные осложнения;
- инфекция в месте операции;
- инфекции мочевых путей;
- кардиологические осложнения;
- неврологические осложнения, в том числе:



значительный неврологический дефицит (частота которого составляет до 0,2%) в результате отека, чрезмерно усердной интраоперационной манипуляции спинным мозгом, эпидуральной гематомы, ишемии спинного мозга или реперфузионного повреждения; паралич на уровне С5; невропатия плечевого сплетения;

- летальный исход.

В число других проблем, наблюдаемых после ОДШО, входят:

- боль – локальная или иррадиирующая (в число факторов риска стойкой послеоперационной боли входят отрицательный субъективный прогноз относительно трудоустройства и депрессия). Если имеется боль, персистирующая в течение трех месяцев и более, в верхних конечностях и (или) в шее, несмотря на как минимум одну ранее перенесенную операцию по поводу дегенеративного заболевания, то это называется «синдром неудачной операции на шее» (СНОШ). СНОШ после ОДШО может быть связан со стенозом позвоночного канала или межпозвоночного отверстия, дегенерацией прилегающего сегмента, рецидивом грыжи межпозвоночного диска, эпидуральным или интраневральным фиброзом, сегментной нестабильностью, дегенеративным заболеванием межпозвоночных дисков, радикулопатией, радикулярной болью, болью в суставных поверхностях, дисцитом, арахноидитом, ложным артрозом, ухудшением физического состояния и другими факторами;

- ограниченный диапазон движений в шее, который может быть вызван болью, повышенным напряжением шейных мышц, гетеротопической оссификацией после АДШО или дегенерацией прилегающего спинального сегмента, особенно после ПЦДС после межпозвоночного артродеза, в случаях дегенеративных изменений, наблюдаемых в прилегающих сегментах до операции, но также и после АДШО;

- незаращение дужек позвонков после ПЦДС – чаще наблюдается у пациентов, которые курят или страдают диабетом;

- изменение активности мышц дорсальной и вентральной областей шеи, способствующее выпрямлению шейного лордоза;

- вновь приобретенный тендинит или капсулит плечевого сустава или прогрессирование уже существующего тендинита или капсулита плечевого сустава;

- психиатрические проблемы (аффективное

расстройство, тревога или злоупотребление алкоголем или наркотиками); их распространенность превышает 33%, что значительно выше распространенности среди населения в целом и среди пациентов, перенесших операцию на дисках поясничного отдела позвоночника;

- неблагоприятные копинг-стратегии, ведущие к социальной изоляции, особенно в тех случаях, когда симптомы имеют высокую интенсивность;

- кинезиофобия, влияющая на продолжительность восстановления после операции, на повседневную жизнь и возвращение к работе;

- невозобновление трудовой деятельности. Работоспособность после ОДШО связана с интенсивностью боли, с ригидностью мышц шеи, со слабостью кистей рук, с нарушениями сна, с психологическими переменными, такими как удовлетворенность симптомами, частота тревоги или беспокойства по поводу симптомов, катастрофизация, игнорирование болевых ощущений, депрессия, самоэффективность, а также с факторами, связанными с работой – например, с физической нагрузкой на шею и с самооценкой вероятности того, что пациент сможет работать.

Чтобы проанализировать осуществимость реабилитации после ОДШО и данные, касающиеся этой реабилитации, мы выполнили обзор литературы. Из 502 статей, найденных в базах данных Pubmed Medline, Embase, и PeDRO, только 8 статей содержали анализ эффективности процедур, типичных для реабилитации после ОДШО. Еще в 40 статьях были обнаружены упоминания, не подтвержденные доказательствами.

На основании проведенного обзора были идентифицированы следующие концепции.

Применение шейного ортеза. Согласно сообщениям, не подтвержденным доказательствами, после ОДШО и после ПЦДС без фиксации пластиной обычно рекомендуется ограничение движений в шее до 2 недель. Хотя число контролируемых исследований эффективности ортезов в сравнении с другими методами лечения ограничено – ни в оригинальных контролируемых исследованиях, ни в обзорах не было обнаружено данных, подтверждающих более хорошие результаты после выполнения операции на шейном отделе позвоночника.

Ограничение активности. Статьи о результатах ОДШО у спортсменов показывают, что большинство регбистов и футболистов



возвращаются на поле игры в течение 6 месяцев после ПЦДС; негативными предикторами этого исхода являются сопутствующие патологии и стойкая боль в шее. Возвращение к спорту позволяет, если имеет место передний цервикальный спондилодез (ПЦС) или задний цервикальный спондилодез и при этом нет симптомов в шее, диапазон движений полный, нет боли, результаты неврологического обследования и мышечная сила нормальны и нет нестабильности на рентгенограмме. Если ПЦС был выполнен на 2 или 3 уровнях, рекомендуется не возвращаться в контактные виды спорта.

Фармакотерапия. После АДШО рекомендуется терапия нестероидными противовоспалительными средствами в течение 2-6 недель. В случаях неврита плечевого нерва с поражением корешка С5 после ОДШО применяются анальгетики. Имеется двойное слепое рандомизированное исследование, которое показало значительное улучшение в плане интенсивности боли и ограничения возможностей у 72 % больных со СНОШ после эпидуральных инъекций локальных анестетиков; при этом не наблюдалось различия между пациентами, получавшими лидокаин, и пациентами, получавшими лидокаин, смешанный с бетаметазоном.

Лечебная физкультура. Рекомендуется начинать лечебную физкультуру через 4-6 недель после ПЦДС и сразу же после АДШО. В сообщениях, неподтвержденных доказательствами, говорится о легких упражнениях в рамках диапазона движений, о специальных техниках (постизометрическая релаксация, мягкие техники), индивидуально приспособленных к состояниям пациентов, об упражнениях на развитие силы и техниках мобилизации плечевого пояса, сфокусированных на снятии боли, о расслаблении и стабилизации шеи, о коррекции поз и координации паттернов движения, о развитии ловкости кистей рук и повышении общей выносливости. Нами был найден алгоритм 33-недельной физической терапии после ОДШО. В немногочисленных описаниях случаев, посвященных профессиональным спортсменам, перенесшим ОДШО, говорится о детальных программах упражнений продолжительностью от 8 до 16 недель, направленных на восстановление силы и выносливости мышц шеи и верхних конечностей. В случаях неврита плечевого нерва с поражением корешка С5 после ОДШО – рекомендуются пас-

сивные упражнения на диапазон движений в паралитической фазе, к которым по мере уменьшения слабости добавляются более активные упражнения.

Имеется исследование, в котором 32 пациента с шейным кифозом, сопровождающим шейную радикулопатию и миелопатию, были рандомизированы либо на АДШО на одном уровне, либо на ПЦДС. Это исследование показало, что упражнения на увеличение силы мышц и гибкости шеи, начатые на 1-й день после АДШО, давали поздний эффект в плане восстановления шейного лордоза.

Пассивная терапия. Считается, что легкий массаж и применение поляризованного света нормализуют мышечный тонус. В пользу применения магнитотерапии для повышения частоты излечения после ПЦДС говорит одно рандомизированное контролируемое проспективное многоцентровое исследование с участием 323 пациентов, перенесших ПЦДС; в нем наблюдалось повышение частоты межпозвонкового артродеза через 6 месяцев после операции, однако через 12 месяцев не было значительного различия по сравнению с контрольной группой. Несколько статей, описывающих серии от 3 до 27 пациентов со СНОШ, показывают, что стимуляция шейного отдела спинного мозга при помощи имплантируемых электродов имела умеренный или хороший эффект в плане боли и качества жизни у 50-90 % больных.

Речевая терапия. Представляется, что логично применять речевую терапию для улучшения глотания у пациентов с дисфагией после ОДШО, однако мы не нашли никаких данных по этому методу. Вмешательство речевого терапевта для облегчения дисфагии применяется только у 0,2 % больных с дисфагией после ОДШО.

Обучение, информация, психологическая терапия и поддержка. Несколько авторов выступают за применение таких стратегий, как обучение, тренировка преодоления боли, повышение самоэффективности и преодоление стресса, а также усвоение здорового образа жизни с целью преодоления ограничений активности и существующих симптомов и восстановления работоспособности; однако мы не нашли данных по эффективности этих вмешательств. Рекомендуются раннее выявление больных с риском невозобновления трудовой деятельности и применение социально-меди-



цинского или психологического консультирования во время реабилитации.

Комплексная междисциплинарная реабилитация. Мы нашли одну статью, в которой описывается междисциплинарное вмешательство, включающее программу упражнений, мультимодальное управление инвалидностью (disability management) с использованием психологических техник и техники кейс-менеджмента (социального сопровождения), оккупационную терапию с предшествующим устранением лекарственной интоксикации, психотропные препараты и аэробику; это вмешательство было направлено на повышение частоты возвращения к работе, развитие навыков копинга и снятия боли, преодоление стресса и поддержание здорового образа жизни среди пациентов с инвалидностью после ПЦДС. В этом исследовании не наблюдалось значительных различий в переменных, связанных с работой и физическими способностями, между пациентами, подвергшимися указанному вмешательству, и пациентами с заболеванием дисков шейного отдела позвоночника, которые прошли только консервативное лечение. Авторы рассматривают этот результат как успех, поскольку группа вмешательства была со-

ставлена как наиболее уязвимая группа, в нее были включены пациенты, которые не получили пользы от предыдущей предоперационной или послеоперационной реабилитации.

Хотя сопутствующие психические патологии достаточно распространены среди пациентов, перенесших ОДШО, мы не нашли никаких опубликованных указаний на психологическую помощь после операции в программе комплексной реабилитации.

Выводы. Пациенты, перенесшие ОДШО, подвержены риску разнопланового ограничения возможностей со значительным психосоциальным компонентом. На этапе предоперационной диагностики следует уделять особое внимание раннему выявлению больных с высоким риском плохого функционального исхода после ОДШО. Представляется, что для достижения хорошего и длительного функционального эффекта ОДШО обязательна комплексная реабилитация. Реабилитация после ОДШО мало рассматривается в литературе, относительно нее имеется мало данных, и поэтому оправданы дальнейшие исследования в этой области.

Перевод В.В. Кострова





ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ



ЗОЛОЕВ Д.Г.¹, КОВАЛЬ О.А.¹, ЗОЛОЕВ Г.К.²

РЕЗУЛЬТАТЫ АРТЕРИАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ У БОЛЬНЫХ С КУЛЬТЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России¹,
ООО «Гранд Медика»²,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Ампутация конечности ведет к перераспределению регионарных потоков крови. Последнее, как показали предыдущие исследования, проведенные в нашей клинике, может оказывать существенное влияние как на выбор метода хирургического лечения, так и на его результат.

Материал и методы. Проведен анализ 832 случаев проведения артериальных реконструкций, в том числе 62 с ампутационной культей бедра со стороны контралатеральной ишизированной конечности, 21 – с ишемией культы голени и 6 – с ишемией культы бедра.

Результаты. Анализ результатов артериальных реконструкций при ишемии единственной нижней конечности показал следующее: у больных с бифуркационным или линейным аортобедренным шунтированием частота выскоты ампутации нижней конечности в послеоперационном периоде составила 9,1 % (1 из 11) при наличии культы бедра с контралатеральной стороны и 2,2 % (4 из 185) – без культы бедра с контралатеральной стороны. При подвздошно-бедренном шунтировании – соответственно 25,0 % (2 из 8) и 0 % (0 из 29); при полузакрытой эндартерэктомии из подвздошных артерий – 28,6 % (4 из 14) и 11,7 % (8 из 154); при эндартерэктомии из бедренных артерий – 38,9 % (7 из 18) и 9,9 % (12 из 121); при бедренно-подколенном шунтировании – 25,0 % (2 из 8) и

8,5 % (11 из 130); при реконструкции артерий голени – 25,0 % (2 из 8) и 2,5 % (1 из 39).

Анализ артериальных реконструкций у 6 больных с ишемией культы бедра показал, что проведение эндартерэктомии из подвздошных артерий с пластикой внутренней подвздошной артерии позволило добиться заживления трофических ран у больных (33,0 %). У больных с ишемией культы голени в 13 случаях проведены операции на аортоподвздошном сегменте: во всех случаях кровоток запущен через глубокую бедренную артерию, реампутация на уровне бедра последовала только в 1 случае (7,7 %); в 8 случаях выполнена изолированная профундопластика, реампутация бедра – в 50 % (4 из 8).

Заключение. Наличие постампутационной культы бедра с контралатеральной стороны существенно ухудшает результаты как проксимальных реваскуляризаций, так и инфраингвинальных артериальных реконструкций, что видимо, связано с изменениями регионарной гемодинамики вследствие высокой ампутации.

При ишемии культы голени проведение той или иной проксимальной реконструкции с восстановлением кровотока через глубокую бедренную артерию дает хороший клинический эффект. Результаты изолированной профундопластики значительно хуже.



НЕЙРОГЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Актуальность. Очень часто травматическая болезнь спинного мозга приводит к возникновению нейрогенной дисфункции мочевого пузыря (НДМП). Нейрогенная дисфункция при отсутствии наблюдения уролога может вызвать ряд вторичных урологических осложнений и резко снизить уровень жизни больного.

Цель. Анализ, характеристика и оценка нейрогенной дисфункции у пациентов с травматической болезнью спинного мозга

Материал и методы. Исследование проведено в отделении нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Проанализированы истории болезни 140 пациентов с травматической болезнью спинного мозга, проходивших лечение в 2016 году. Из них мужчины составили 76 % (106 человек), женщины – 24 % (34 пациентки). Средний возраст больных составил 34 года: у мужчин – 33,8 года, у женщин – 34,4 года.

На каждого пациента заполнялся протокол неврологического и урологического осмотра, разработанный в ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Для оценки нейрогенной дисфункции мочевого пузыря применялась классификация Мадерсбахера.

Из исследования были исключены пациенты с эпистостомой и постоянным уретральным катетером.

Результаты. Повреждение позвоночника на шейном уровне было у 50 человек (36 %), грудной уровень травмы у 70 больных (50 %) и повреждение позвоночника на поясничном уровне у 20 пациентов (14 %). Неврологические нарушения типа «А» по ASIA имелись у 59 пациентов (42 %), тип «В» – у 38 больных (27 %), тип «С» нарушений – у 34 человек (24 %) и

тип «D» – у 9 пациентов (7 %).

Статистически чаще встречалось повреждение позвоночника на грудном уровне и неврологические нарушения типа «А», $p < 0,05$.

Все пациенты имели нейрогенную дисфункцию нижних мочевыводящих путей. Гипоактивный детрузор был у 42 пациентов (30 %), гиперактивный детрузор – у 94 больных (67 %), нормоактивный – у 4 человек (3 %). Гипоактивный уретральный сфинктер был у 4 больных (3 %), гиперактивный уретральный сфинктер – у 100 пациентов (71 %) и нормоактивный – у 36 человек (26 %). Сочетание гипоактивного детрузора и гипоактивного уретрального сфинктера было у 1 пациента (0,7 %), гипоактивного детрузора с гиперактивным уретральным сфинктером – у 14 больных (10 %), гипоактивного детрузора и нормоактивного уретрального сфинктера – у 27 человек (19,3 %), гиперактивного детрузора и гипоактивного уретрального сфинктера – у 3 больных (2 %), гиперактивного детрузора и гиперактивного уретрального сфинктера – у 86 пациентов (61 %), гиперактивного детрузора с нормоактивным уретральным сфинктером – у 5 человек (4 %), нормоактивный детрузор с нормоактивным уретральным сфинктером выявлен у 4 пациентов (3 %).

При изолированной оценке функции детрузора и уретрального сфинктера чаще встречались гиперактивный детрузор и гиперактивный уретральный сфинктер, $p < 0,05$. При совокупной оценке функции детрузора и уретрального сфинктера достоверно чаще встречалось сочетание гиперактивного детрузора с гиперактивным уретральным сфинктером, $p < 0,05$

Выводы. У всех анализируемых пациентов выявлена НДМП. Чаще встречалось повреж-



дение позвоночника на грудном уровне и неврологические нарушения типа «А», $p < 0,05$. При оценки функции детрузора и уретраль-

ного сфинктера чаще встречалось сочетание гиперактивного детрузора с гиперактивным уретральным сфинктером, $p < 0,05$.



ПЬЯНКОВ П.А., КОВАЛЬ О.А., ТРУХАНОВ А.Г., ЗОЛОЕВ Д.Г.,
БАТИСКИН С.А., БАТРАКОВ А.М.

ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной
экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Острые нарушения мозгового кровообращения – одна из основных причин смертности и инвалидизации пациентов во всем мире. При наличии хирургических показаний каротидная эндартерэктомия является надежным средством профилактики ишемического инсульта. Несмотря на несомненные успехи современной ангиохирургии, результаты хирургического лечения нельзя признать вполне удовлетворительными из-за большого числа послеоперационных, в том числе неврологических, осложнений и расстройств высших психических функций.

Цель исследования. Изучить вид и частоту встречаемости осложнений после проведения каротидной эндартерэктомии при поражении брахиоцефальных артерий.

Материал и методы. Проанализировано 130 больных, которым выполнены каротидные эндартерэктомии (109 – мужчин, 21 – женщина; средний возраст – 61,4 года) в период с 2010 г. по 2017 г. в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России двумя методами: классическая каротидная эндартерэктомия с применением различных видов заплат и эверсионная каротидная эндартерэктомия по стан-

дартной методике.

Исследование носило ретроспективный анализ сведений базы данных отделения сосудистой хирургии, включающих возраст и пол больных, вид и исход осложнений послеоперационного периода, таких как острый тромбоз оперированного сегмента, неврологические и общехирургические осложнения. С целью верификации тромбоза оперированного сегмента, гематом и нагноения зон хирургического вмешательства всем пациентам проводили ультразвуковое сканирование брахиоцефальных артерий до и после каротидной эндартерэктомии. Оценивали геометрию бифуркации общей сонной артерии, наличие внутрисосудистых образований, параметры гемодинамики, наличие жидкостных скоплений в зоне вмешательства. Неврологические нарушения фиксировались осмотром невролога.

Среди 130 прооперированных больных в 14 (10,7 %) случаях отмечены остаточные стенозы в области оперированного сегмента не более 30 % диаметра, которые были представлены тромботическими наслоениями в зоне дезоблитерации артерий. Ранние тромботические осложнения с клинической картиной



ишемии головного мозга имелись в 4 (3,5 %) случаях (после классической – 3 случая, после эверсионной – 1). Все больные были прооперированы в экстренном порядке – проведены тромбоэктомии с восстановлением проходимости сонных артерий. Явления нарушения мозгового кровообращения полностью регрессировали. У 2 больных отмечены напряженные гематомы в области послеоперационной раны, потребовавшие повторного хирургического вмешательства – эвакуации гематомы. В 3 случаях (3,9 %) после окончания анестезиологического пособия отмечены транзиторные нарушения мозгового кровообращения в виде общемозговой недостаточности, которые были купированы на фоне консервативной терапии. Нагноений и диастаза послеоперационных ран

у пациентов не наблюдалось.

Выводы. Применение каротидной эндалтерэктомии при поражении брахиоцефальных артерий имели положительные результаты во всех случаях. В послеоперационном периоде (по ультразвуковому исследованию брахиоцефальных артерий) минимальный уровень развития рестенозов наблюдался у незначительного числа больных. Тромботические осложнения раннего послеоперационного периода купировались без неврологических нарушений.

Таким образом, осложнения каротидной эндалтерэктомии встречались у 4 % больных, а своевременное их устранение не привело к развитию неврологических нарушений.



ТРУБИН В.В.

ПЛАСТИКА СУРАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ ПРИ СУБТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ У БОЛЬНОГО С КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ КУЛЬТЕЙ ГОЛЕНИ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Дефекты кожных покровов, сочетающиеся с повреждением ахиллова сухожилия, представляют собой серьезную проблему, для решения которой, в первую очередь, необходимо восстановление целостности кожи.

Кожа в данной области достаточно толстая, испытывает на себе механическое воздействие при ходьбе и имеет ограниченное кровоснабжение, поэтому существующие традиционные методики пластики ограничены в выборе и проблематичны в исходе.

В сравнительно недавнее время, в 1992 г., A.C. Masquelet et al. предложил использовать

кожно-фасциальный лоскут, кровоснабжаемый за счет артериальной сети кожных нервов.

Изучая роль сосудов, сопровождающих чувствительные нервы, A.C. Masquelet разработал так называемый «суральный лоскут». Это несвободный островковый кожно-фасциальный лоскут на основе n.suralis. Преимущество предложенной методики исходит из относительной простоты забора лоскута, одномоментного этапа операции и отсутствия микрохирургического этапа.

Клинический пример. Больной К., 39 лет, поступил в отделение медицинской реабилитации ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда



России на первичное протезирование культы правой голени в средней трети. Ампутация голени выполнена по месту жительства по поводу тромбангиита. Во время нахождения в реабилитации в области ахиллова сухожилия слева сформировался пролежень.

При поступлении в отделение: по задней поверхности дистальной трети левой голени – трофическая рана размером 6х8 см, дно раны некротизированное, ахиллово сухожилие с дефектом около S части его толщины. Отделяемое скудное. В течение трех недель больной протезирован, обучен ходьбе на протезе с подвижной опорой – тростью.

Существенной динамики со стороны раны при ее местном лечении не было. В плановом порядке больной оперирован, выполнено иссечение некротизированного ахиллова сухожилия, краев раны, после чего дефект составил 8х10 см.

По методике А.С. Masquelet осуществлен забор лоскута, соответствующего размеру дефекта, выполнена пластика. Донорский дефект проксимальной трети голени ушит за счет пластики местными тканями. Исход операции – около 40 % лоскута некротизировано.

После местного лечения раны выполне-

на пластика дефекта кожных покровов расщепленными лоскутами бедра. Приживление лоскутов 100 %. К моменту выписки больной передвигается с полной опорой на левую нижнюю конечность на протезе с подвижной опорой – тростью.

В обувь левой стопы смоделированы разгрузочные вставки с целью предотвращения механического воздействия на область ахиллова сухожилия.

Заключение. Данная методика при обширных дефектах дистальной трети голени позволяет восстановить полноценные кожные покровы.

Преимущество сурального лоскута состоит в относительно простой методике забора лоскута, одномоментного вмешательства и отсутствия необходимости использовать микрохирургический этап операции.

Анатомические предпосылки лоскута позволяют теоретически использовать его при дефектах кожных покровов культы голени, а наличие «здоровой» кожи культы значительно повышает реабилитационный прогноз при протезировании.



ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТРАКЦИОННОГО АППАРАТА ПРИ ПЛАСТИКЕ ПОРОЧНЫХ РУБЦОВ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ КОРОТКОЙ КУЛЬТИ ГОЛЕНИ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Пороки культы – стойкое анатомо-морфологическое изменение усеченной конечности, выходящее за пределы вариантов ее строения, формы и функции.

По данным разных авторов, до 51 % культей после первичной ампутации имеют те или иные дефекты и пороки, что подтверждает, что проблема ампутации продолжает быть актуальной.

Болезненные и порочные рубцы встречаются у 20,7 % инвалидов с культей бедра и у 26 % с культей голени [Кондрашин Н.И., 1976 г.].

Известно, что вследствие дефекта кожных покровов культы нередко предпринимают реампутации, при этом повторное усечение культы не всегда предотвращает от рецидива и может ухудшить результат протезирования.

Материал и методы. За 2016 г. в отделении медицинской реабилитации ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России выполнена пластика порочных рубцов задней и задне-латеральной поверхности короткой культы голени (от 8 до 12 см) у 3 больных.

Результаты. Порочные рубцы у пациентов явились следствием термического ожога.

Все больные были протезированы, длительно пользоваться протезом не могли из-за постоянного изъязвления рубцовых поверхностей.

После комплексной оценки состояния культы – характер микроциркуляции, наличие пластического материала – интактных близко расположенных участков кожи, а также на ре-

зультаты первичного протезирования – выполнено иссечение порочных рубцов, пластика дефекта перемещенными лоскутами и местными тканями.

Для создания благоприятных условий для заживления раны – стабильной фиксации, обеспечения свободного, нетравматического доступа к месту операции, отсутствия натяжения швов – больным накладывался дистракционный аппарат из 2 колец в положении сгибания в коленном суставе под углом 90°.

Во всех случаях удалось добиться первичного заживления. Аппарат демонтировали спустя три недели после операции, после чего проводили курс физиолечения и разработки постиммобилизационной контрактуры в коленном суставе.

Пользоваться протезом можно было только через 2 месяца.

В течение года после операции состояние кожных покровов культы голени удовлетворительное, повторных изъязвлений не было.

Заключение. Создание здоровой культы повышает реабилитационный потенциал больного и качество жизни.

Показания к реконструкции культы с использованием различных способов кожной пластики базируется на комплексной оценке культы, а также на результатах первичного протезирования.

Применение дистракционного аппарата позволяет жестко фиксировать культю голени, избегать нагрузки на лоскуты и швы, что приводит к положительному результату.





ТРУХАНОВ А.Г., ЗОЛОЕВ Д.Г., БАТИСКИН С.А., КОВАЛЬ О.А., ПЬЯНКОВ П.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Одним из сложных разделов реконструктивной хирургии сосудов является поражение дистального артериального русла. Результаты открытых реконструктивных операций остаются неудовлетворительными. Значительная часть их заканчивается ампутациями при критической ишемии конечностей. Реваскуляризация так или иначе влияет на результаты усечения конечности. В настоящее время активно развивается эндоваскулярная хирургия, результаты которой при периферических поражениях могут снизить риск утраты ампутации конечности.

Цель исследования. Оценить результаты эндоваскулярных вмешательств у больных при дистальном поражении артериального русла до и после хирургического лечения.

Материал и методы. Объектом исследования служили оперированные в отделении сосудистой хирургии (ОСХ) ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период с 2014 г. по 2016 г. больные с периферическим поражением артериального русла на фоне атеросклероза, диабетической ангиопатии, облитерирующего тромбангиита, которым была выполнена баллонная ангиопластика берцовых артерий при критической ишемии нижних конечностей.

Исследование носило ретроспективный анализ сведений базы данных ОСХ ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России, включающей: возраст, пол больных, код диагноза, сведения о показателях гемодинамики и тяжести ишемии конечности. Критериями включения служили: баллонная ангиопластика берцовых артерий, наличие измерения показателей лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) до операции и после операции.

Эндоваскулярные вмешательства на берцовых артериях проводились в 42 случаях, всем

больным была выполнена баллонная ангиопластика при ишемии нижних конечностей IV степени по классификации А.В. Покровского. Из них диабетическая ангиопатия имела у 87,5 % больных, атеросклероз артерий нижних конечностей – у 6,25 % больных, облитерирующий тромбангиит – у 6,25 % больных. У всех пациентов были трофические нарушения на нижних конечностях в виде язв либо больших ран, локализующихся на стопе. Показатели ЛПИ до операции были низкими и в среднем составляли 0,5-0,6. Однако при атеросклеротическом поражении показатели ЛПИ были 0,2-0,3, а при облитерирующем тромбангиите и диабетической ангиопатии превышали от 0,5 до 0,7. После выполнения баллонной ангиопластики ЛПИ увеличился в среднем до 1,02. При этом наибольшее увеличение отмечено у пациентов с диабетической ангиопатией, а у пациентов с облитерирующим тромбангиитом, напротив, ЛПИ был минимальным. Ампутаций на уровне голени и бедра после баллонной ангиопластики не было. У части больных 43,8 % после операции, учитывая большую площадь некробиоза диабетической стопы, были выполнены малые ампутации с сохранением опороспособности стопы. В остальных случаях малые ампутации не потребовались, отмечена тенденция вторичного заживления трофических язв.

Выводы. Применение высокотехнологичного рентгенэндоваскулярного метода лечения – баллонная ангиопластика берцовых артерий при поражении периферического артериального русла – имело положительные результаты во всех случаях. После эндоваскулярного вмешательства в послеоперационном периоде ЛПИ увеличился в среднем от 0,5 до 1,02. Менее половины больным были проведены малые



ампутации на уровне стопы, что позволило сохранить нижнюю конечность и опороспособность стопы. Таким образом, по нашему мнению, баллонная ангиопластика значительно

улучшает результаты хирургического лечения у больных с поражением дистального артериального русла.



ФИЛАТОВ Е.В.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РАЗВИТИЕ СПАСТИЧЕСКОГО И БОЛЕВОГО СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Актуальность. Ежегодно более 10 тыс. человек в РФ получают позвоночно-спинномозговую травму, в основном – лица молодого трудоспособного возраста. Спинальная травма вызывает стойкие соматические и вегетативные нейрогенные расстройства, что является причиной инвалидизации 80-95 % больных. Восстановление или компенсацию утраченных функций зачастую ограничивает не только снижение силы мышц, но и такие проявления последствий позвоночно-спинномозговой травмы, как спастический и болевой синдромы.

Цель – оценить половозрастные и временные особенности формирования спастического и болевого синдромов.

Материал и методы. Материалом исследования являлись истории болезни 645 пациентов с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ). Критерии включения: пациенты обоего пола, поступившие на лечение с ТБСМ.

В обследовании применялись современные международные стандарты. Определение типа неврологических нарушений проводилось в соответствии с рекомендациями Американской Ассоциации спинальной травмы (ASIA). Для классификации выраженности спастическо-

го синдрома применялась модифицированная шкала Ашфорта. Для оценки болевого синдрома применялась визуально-аналоговая шкала. Для уточнения генеза спастического синдрома и степени его выраженности использовались дополнительные методы обследования: рентгенография, МРТ, МСКТ, УЗИ, ЭМГ, исследование статодинамических функций.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ «STATISTICA 10.0».

Результаты. Из числа обследованных пациентов мужчин было 500 (77,52 %) человек, женщин – 145 (22,48 %). Средний возраст больных составил 34,5 (95 % ДИ 33,6-35,4) года. Средний срок травмы на момент госпитализации составил 5,1 года (95 % ДИ 4,6-5,6 лет).

ТБСМ в 33,8 % случаев развивалась в связи с повреждением на шейном уровне (С2-С7), в 48,5 % – вследствие переломов тел грудных позвонков (Th1-Th12). У 17,6 % пациентов имело место поражение поясничных позвонков (L1-S3). Нарушение проводимости по типу А имели 356 пациентов (54,8 %). Остальные 289 (45,2 %) пациентов имели частичное нарушение проводимости по спинному мозгу. В



232 (36 %) случаях верифицирован тип «С» и «D», а в 56 (8,7 %) случаях – тип «В».

Спастический синдром выявлен у 410 (63,6 %) пациентов; у 228 (35 %) симптомы спастики отсутствовали; у 7 (1,1 %) человек в истории болезни не было данных о наличии либо отсутствии спастичности. Удельный вес пациентов с наличием спастического синдрома в общих выборках пациентов соответствующего пола – 65,2 % мужчин, 57,9 % женщин, то есть различий в частоте проявления спастического синдрома между группами мужчин и женщин не обнаружено.

Сопутствующие заболевания почек и мочевыводящих путей выявлены у 454 (70 %) человек, пролежни – у 155 (24 %), клинически значимой ортопедической патологии в данной группе больных не отмечено.

Наличие болевого синдрома выявлено в 181 случае, в том числе: у 141 мужчины и 40 женщин. С повреждением шейного отдела позвоночника отмечено 33,9 % случаев. Доля пациентов с болевым синдромом при травме грудного отдела позвоночника была в среднем на 20 % меньше, чем при повреждении шейных позвонков, и составила 26,2 % от числа больных с этим уровнем повреждения ($p = 0,047$). У пациентов с поясничным уровнем повреждения болевой синдром выявлялся в 21,9 % случаев.

Чаще всего болевой синдром встречался в группе больных с неврологическим дефицитом типа «В» – в 41 % случаев; при наличии «А» и «С» типов доля лиц, у которых выявили болевой синдром, составила 28 % для каждой группы; наименее часто клинику боли выявляли при типа «D» – 14 %.

Болевой синдром сочетался со спастическим в 146 (80 %) случаев. У мужчин болевой синдром сочетался со спастическим в 88 % случаев, тогда как у женщин в 55 % ($p < 0,001$).

Выявлена отчетливая зависимость: чем выше уровень повреждения, тем больше вероятность формирования спастического синдрома. Коэффициент корреляции (r) между этими показателями был равен $-0,69$ ($p < 0,001$). Вероятность формирования спастического син-

дрома у пациентов с неврологическим дефицитом типа «А» и «В» была в 1,5 раза выше ($p < 0,001$), чем у больных с типом «С» и «D».

Встречаемость спастического синдрома на фоне заболеваний мочевыводящей системы варьировала от 55 до 69 %. Статистически значимых различий в группах выявлено не было. Среди больных с трофическими нарушениями спастический синдром встречался в 58,1 % случаев, симптомы спастики выявлены у 66,1 % пациентов, не имеющих пролежней ($p = 0,074$).

Удельный вес пациентов, имеющих спастический синдром, с течением времени снижается. Можно выделить 3 временных периода, отражающих динамику спастического синдрома. Первый период – от 1 года до 8 лет после травмы: средний показатель доли пациентов, имеющих спастический синдром, составил 64 % (95 % ДИ 56-72 %). Второй – 9-10 лет после травмы: удельный вес больных со спастическим синдромом – 85 % (95 % ДИ 81-89 %). Третий период – от 11 до 20 лет и более после травмы: спастический синдром выявляли у 44 % (95 % ДИ 30-58 %) пациентов. Изучаемый показатель достигал максимума через 9-10 лет (II период) после травмы, по сравнению с таковым в I ($p = 0,022$) и III периодах ($p < 0,001$).

Выводы.

1. Более 60 % госпитальной популяции пациентов с ТБСМ имеют клинические проявления спастического синдрома. Частота встречаемости спастического синдрома зависит от уровня повреждения позвоночника, типа неврологических нарушений, возраста пациентов, времени, прошедшего травмы.

2. Вероятность формирования спастического синдрома наиболее высока в первое десятилетие после травмы, связана с уровнем и степенью повреждения спинного мозга, далее частота этого синдрома снижается в 1,5-2 раза.

3. Клинически значимый болевой синдром выявляли почти у 30 % больных ТБСМ, и в большинстве случаев в сочетании со спастическим.



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ ОССИФИКАЦИИ ОБЛАСТИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ В КОМПЛЕКСЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Актуальность. Процесс гетеротопической оссификации при травмах позвоночника имеет хронический характер, так как происходит постоянная травматизация мышечного и капсульно-связочного аппарата сильными произвольными мышечными сокращениями. Процесс лечения оссификатов достаточно сложный, а также продолжительный и болезненный. Большинство врачей применяют методы медикаментозного лечения и лечебной физкультуры.

Цель: оценить эффективность хирургического лечения гетеротопических оссификатов области тазобедренных суставов в двигательной реабилитации пациентов с травматической болезнью спинного мозга.

Материалы и методы. По поводу гетеротопических оссификатов прооперировано 72 пациента с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ), которым было выполнено 113 операций на тазобедренных суставах (42 пациентам более одного оперативного вмешательства в связи с двусторонним поражением суставов). Пациенты распределились следующим образом: 66 мужчин в возрасте от 23 до 56 лет, 6 женщин в возрасте от 24 до 54 лет. Все пациенты имели шейный или грудной уровень повреждения, степень неврологического дефицита тип «А» и «В» по шкале ASIA. Локомоторный балл у всей группы больных не превышал 1-3 баллов.

Обследование пациентов включало: ортопедический и неврологический осмотры, рентгенлучевую диагностику (рентгенография сустава в 2-х проекциях, а при наличии массивной оссификации проводится компьютерная томография с 3D реконструкцией), оценка оссификации по классификации Brooker, локо-

моторные возможности изучались по уровню компенсации функции поддержания положения сидя, стояния и ходьбы.

Результаты и обсуждение. Приоритетным методом лечения гетеротопических оссификатов выбран хирургический, так как он позволяет пациентам улучшить качество жизни за счет их активизации, дает возможность самостоятельно себя обслуживать, передвигаться в кресле-коляске.

У пациентов с ТБСМ при поражении тазобедренных суставов оперативное лечение проводится даже при отсутствии произвольных движений в нижних конечностях, так как наличие выраженных контрактур полностью обездвигивает пациентов, делает их зависимыми от посторонней помощи. Целью оперативного лечения является мобилизация пациента с возможностью использования кресла-коляски. При наличии гетеротопической оссификации в области разных отделов тазобедренного сустава (передний и задний) оперативное вмешательство проводится в два этапа. В первую очередь выполняется декомпрессия задних отделов тазобедренного сустава, а через 2,5-3 недели после операции при первичном заживлении раны, отсутствии экссудативного процесса в области резекции оссификатов проводится второй этап – передняя декомпрессия тазобедренного сустава. Через 2,5-3 недели после полной декомпрессии сустава начинается дозированная пассивная разработка тазобедренного сустава при помощи развесок, укладок и аппарата «Кинетек». Во время разработки сустава необходимо следить за состоянием послеоперационного рубца, наличием признаков экссудации в области резекции оссификатов и дозированной нагрузкой. По



достижении удовлетворительного объема движений (сгибание 80-90°) пациент усаживается в кресло-коляску.

При наличии анкилоза тазобедренного и коленного суставов одноименной конечности одновременно выполняется операция на обоих суставах. При двустороннем характере поражения оперативное лечение контрлатеральной конечности проводится после нормализации общего состояния пациента и достижения приемлемого объема движений оперированной конечности.

У большинства пациентов после операции по поводу гетеротопической оссификации области тазобедренных суставов отмечено улучшение качества жизни и повышение реабилитационного потенциала за счет увеличения локомоторного балла. Так, после лечения у 67 % пациентов локомоторный балл увеличился на 3 балла, у 30 % больных локомоторный балл

увеличился на 4-5 баллов и лишь у 3 % больных локомоторный балл не изменился. В 97 % случаев результаты оперативного лечения признаны удовлетворительными за счет улучшения функции поддержания положения сидя и стоя.

Выводы. Образование параартикулярных гетеротопических оссификатов области тазобедренных суставов у пациентов с травматической болезнью спинного мозга усугубляет двигательные нарушения, связанные с неврологическим дефицитом.

Данный вид лечения является единственным эффективным методом восстановления движений в пораженных суставах и позволяет повысить реабилитационный потенциал данного контингента больных, улучшить социальную адаптацию за счет увеличения локомоторного балла.



ФИЛАТОВ Е.В., УРЮПИН В.Ю., УЛЬЯНИЧ А.Г.

ВЛИЯНИЕ СПАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ДВИГАТЕЛЬНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Актуальность. Ежегодно более 10 тыс. человек в Российской Федерации получают позвоночно-спинномозговую травму. Вследствие травматической болезни спинного мозга (ТБСМ) нарушаются функции многих органов и систем. Наиболее грубо нарушаются локомоторная, мочеполовая и нейротрофическая функции.

Восстановление или компенсацию утраченных функций зачастую ограничивает не только снижение силы мышц, но и такое проявление

течения позвоночно-спинномозговой травмы, как спастический синдром. Спастический синдром делает невозможным реализовать сохранившийся двигательный потенциал.

Цель исследования. Изучить встречаемость спастического синдрома, влияние его на двигательную реабилитацию у пациентов с травматической болезнью спинного мозга.

Материал и методы. Объектом изучения являлись пациенты с ТБСМ, поступившие в отделение нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ



и РИ Минтруда России в период с 01.01.2012 г. по 25.12.2013 г. (всего 884 госпитализации). Мужчин было 699 человек, женщин – 185. Обследование пациентов включало: неврологический, ортопедический осмотр, рентгенолучевую диагностику. Спастический синдром оценивался по шкале Ashworth. Уровень неврологических нарушений оценивался по шкале ASIA. Локомоторные возможности изучались по уровню компенсации функции поддержания положения сидя, стояния и ходьбы.

В коррекции спастического синдрома применялись консервативные и хирургические методы. Консервативные методы включали в себя фармакологическое лечение, физиотерапию, ЛФК, кинезотерапию. Медикаментозные препараты использовались как в качестве монотерапии, так и в комплексе общего реабилитационного лечения. При отсутствии эффекта от консервативного лечения применялось нейрохирургическое лечение спастичности или хирургическое лечение осложнений течения ТБСМ, вызывающих усиление спастического синдрома.

Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывалось абсолютное число и относительная величина в процентах (%). Для проверки статистических гипотез о различиях абсолютных и относительных частот, долей и отношений в двух независимых выборках использовались критерии χ^2 Пирсона. Нулевую гипотезу отвергали в случае $p < 0,05$.

Статистические вычисления проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica (версия 10.0).

Результаты. Среди 884 пациентов с уровнем травмы в шейном отделе позвоночника (ШОП) составили – 312 человек, в верхнегрудном отделе (ВГОП) – 211 пациентов, в нижнегрудном (НГОП) – 236 человек, в поясничном отделе позвоночника (ПОП) – 125 больных. Неврологические нарушения типа «А» имели 437 пациентов, типа «В» отмечены у 119 пациентов, типа «С» – у 214 больных, типа «D» – у 114 больных.

С клиникой спастического синдрома было 656 случаев наблюдений и 228 случаев – без спастического синдрома.

При спастическом синдроме инвазивные

методы лечения применены у 280 больных, консервативные методы реабилитации – у 376 пациентов.

В группе больных со спастическим синдромом средний показатель двигательного и локомоторного баллов до лечения составил 47,0 и 5,4 балла соответственно. После лечения – 48,4 и 5,6 балла ($p > 0,05$).

В группе больных без спастического синдрома средний показатель двигательного и локомоторного баллов до лечения составил 59,1 и 6,9 балла соответственно. После лечения – 59,5 и 7,0 балла. После лечения отмечено увеличение двигательного балла у 22 пациентов (9,6 %) и локомоторного балла у 28 больных (12,3 %, $p < 0,01$). В работе выявлено, что средние показатели локомоторного и двигательного баллов достоверно выше у пациентов без спастического синдрома как до лечения, так и после ($p < 0,00002$).

При консервативном ($N = 376$) лечении средние показатели спастического синдрома, двигательного и локомоторного баллов до/после лечения составили соответственно: 2,7/2,5 балла; 50,5/52,0 балла; 6,7/7,0 балла. После лечения отмечено снижение спастичности у 58 человек (15,4 %), повышение двигательного балла – у 55 (14,6 %), локомоторного балла – у 76 (20,2 %).

При инвазивных методах лечения ($N = 280$) средние показатели спастического синдрома, двигательного и локомоторного баллов до/после лечения составили: 2,8/2,5 балла; 42,3/42,9 и 3,4/3,5 балла. После проведенного лечения выявлено снижение спастичности у 77 человек (27,5 %), повышение двигательного балла – у 9 (3,2 %), локомоторного балла – у 39 (13,9 %).

Заключение. Спастичность в 1-2 балла не осложняет течение ТБСМ, а зачастую даже помогает пациентам в выполнении тех или иных движений. Снижение балла спастичности приводит в ряде случаев к увеличению двигательного и локомоторного баллов.

При консервативном лечении больных без спастического синдрома отмечается значимое увеличение двигательного и локомоторного баллов и снижение этих показателей при проведении каких-либо инвазивных методов лечения в отличие больных со спастическим синдромом.





АМПУТАЦИЯ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОНЕЧНОСТИ



АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОСУДОВ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г. Новокузнецк, Россия*

Ампутация конечности остается одним из видов хирургического лечения при гангрене нижней конечности. Доказано, что продолжительность и качество жизни больных значительно выше при транстибиальных ампутациях конечности в отличие от трансфеморальных. До сих пор выбор уровня ампутации зависит от опыта и привычки хирурга, отсутствует единое представление о возможных перспективах двигательной реабилитации у врачей общехирургических отделений.

Цель исследования. Провести анализ ампутаций нижних конечностей при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей (ОЗАНК).

Материал и методы. В исследование включены пациенты с ОЗАНК, которым выполнены ампутации нижних конечностей в различных стационарах города Новокузнецка за период 2012-2016 годов. Анализ проводился ретроспективно на основании данных регистра ампутаций ГБУЗ КО НМИАЦ города Новокузнецка. Ампутации конечностей выполнены 970 больным с патологией сосудов. Оценивали уровень ампутации конечности, летальность и соотношение ампутаций на уровне голени к ампутации на уровне бедра. При дальнейшем анализе проводили сравнение ампутаций, выполняемых в общехирургических отделениях и хирургами центра реабилитации инвалидов.

Результаты. Уровень проведенных ампута-

Таблица 1 – Количество ампутаций на уровне бедра и голени, летальность в период 2012-2016 гг. в г Новокузнецке

	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Всего
Голень	69	76	34	51	24	254
Из них умерло	13 (18,9%)	6 (7,9%)	3 (8,8%)	8 (15,7%)	6 (25%)	36 (14,2%)
Бедро	146	156	141	147	126	716
Из них умерло	62 (42,7%)	55 (35,3%)	48 (34,1%)	63 (42,9%)	69 (54,8%)	69 (41,5%)
Всего	215	232	175	198	150	970
Из них умерло	75 (34,9%)	61 (26,3%)	51 (29,1%)	71 (35,9%)	75 (50,0%)	333(34,3%)
Коэффициент голень/бедро	47,3	48,7	24,1	34,7	19,1	35,5

Таблица 2 – Количество ампутаций на уровне бедра и голени, летальность в период 2012-2016 гг. в г Новокузнецке отделениями общей хирургии и ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России

	2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.		2016 г.	
	ОХО	ОСХ	ОХО	ОСХ	ОХО	ОСХ	ОХО	ОСХ	ОХО	ОСХ
Голень	44	25	42	34	18	16	28	23	15	9
Из них умерло	10 (22,7%)	3 (12,0%)	4 (9,5%)	2 (5,9%)	1 (5,6%)	2 (12,5%)	6 (21,4%)	2 (8,7%)	3 (20,0%)	3 (33,3%)
Бедро	128	18	149	7	136	5	137	10	123	3
Из них умерло	58 (45,3%)	5 (27,8%)	53 (35,6%)	2 (28,5%)	48 (35,3%)	0 (0,0%)	55 (40,2%)	8 (80%)	67 (54,5%)	2 (66,7%)
Всего	172	43	191	41	154	21	165	33	138	12
Из них умерло	67 (39,0%)	8 (18,6%)	57 (29,8%)	4 (9,6%)	49 (31,8%)	2 (9,5%)	61 (37,0%)	10 (30,3%)	70 (50,7%)	5 (41,7%)
Голень/ бедро	0,34	1,39	0,28	4,9	0,13	3,2	0,21	2,3	0,12	3,0



ций конечности и летальность в 2012-2016 гг. представлены в таблице 1.

Среди оперированных больных за 5-летний период наиболее высокий процент сохранения коленного сустава отмечен в 2012, 2013 и 2015 годах. Однако он остается катастрофично низким и не превышает 50 %. Высокими остаются и показатели летальности при высоких ампутациях конечности, притом что после ампутации конечности на уровне голени показатели летальности не превышают 25%.

Далее проведен анализ выполненных ампутаций конечности в ОХО и ОСХ ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России, который представлен в таблице 2.

При сравнительном анализе показатели со-

хранения коленного сустава в отделении сосудистой хирургии значительно превышают показатели лечения в отделениях клинических больниц города.

Выводы. На основании полученных данных можно сказать, что выживаемость пациентов при трансфеморальных ампутациях значительно выше, чем при ампутациях нижних конечностей на уровне бедра. В специализированных отделениях ампутации конечности выполняются в основном на уровне голени, а в хирургических отделениях городских больниц – на уровне бедра.

Таким образом, необходимо провести обучение хирургов методикам выбора уровня и методов ампутации конечности.



КОВАЛЬ О.А.¹, ЗОЛОЕВ Г.К.², БАТИСКИН С.А.¹

ТРАНСТИБИАЛЬНЫЕ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ОККЛЮЗИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России¹,
ООО «Гранд Медика»²
г. Новокузнецк, Россия*

Введение. Преимущества транстибиального усечения конечности перед трансфеморальным очевидны. Однако по-прежнему практически повсеместно значительное число ампутаций выполняется на уровне бедра. Это объясняется стремлением хирургов к достижению максимально благоприятных условий для заживления раны первичным натяжением.

Цель исследования. Изучить результаты транстибиальных ампутаций при наличии окклюзионного поражения подвздошных артерий.

Материал и методы. Объектом исследования служили больные с облитерирующими заболеваниями магистральных сосудов, которым выполнены «большие» ампутации конечности на уровне голени в период 1998-2013 годов в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России по поводу критической ишемии нижних конечностей. Критериями включения являлись: наличие облитерирующего заболевания сосудов, документально подтвержденное наличие или отсутствие пальпаторно определяемой пульсации на бедренной артерии. Для более точного подтверждения окклюзии



или стеноза артериального русла нижних конечностей больному выполнялась контрастная ангиография или дуплексное сканирование.

В исследование вошли 573 случая ампутаций нижних конечностей на уровне голени. В основную группу были включены 83 случая ампутаций с наличием доказанного окклюзионного поражения подвздошных артерий. В группу сравнения вошли 490 случаев ампутаций с сохраненной проходимостью подвздошных артерий. По виду нозологии превалировали пациенты с атеросклерозом, как в основной, так и в контрольных группах, – 72 и 200 случаев; с синдромом диабетической стопы – 10 и 247 случаев; с облитерирующим тромбангиитом – 1 и 43 соответственно. Возрастные показатели в основной и контрольных группах были идентичными и в среднем составляли $62,8 \pm 1,1$ и $63,6 \pm 1,1$.

Методика транстибиального усечения конечности во всех случаях первично проводилась на границе верхней и средней трети голени с формированием кожно-фасциальных лоскутов и длины опилов берцовых костей 9-12 см. Положительным результатом считали отсутствие факта ампутации на уровне бедра.

Результаты исследований. Наиболее наглядным является показатель сохранения коленного сустава в течение 5 лет. Так, количество ампутаций на уровне бедра у этих больных в период 60 месяцев в основной и контрольных группах были следующими: в основной группе – 36 (43,4 %), у пациентов с атеросклеротическим поражением 34 случая (47,2 %), синдромом диабетической стопы и облитерирующего тромбангиита по 1 случаю; в контрольной группе ампутации бедра проведены 87 больным (17,7 %), с атеросклерозом – 51 (25,5 %), диабетической ангиопатией – 27 (10,9 %), тромбангиитом сосудов нижних конечностей – 9 (20,9 %).

Выводы. В отдаленном пятилетнем периоде наблюдений процент сохранения коленного сустава при окклюзии подвздошных артерий составил более 50 %, а при дистальном поражении артериального русла – менее 30 %. Тем не менее даже сохранение колена в половине случаев подтверждает целесообразность проведения первичных ампутаций на уровне голени, даже при отсутствии пальпаторно определяемой пульсации на бедренной артерии.



ОБРАЩАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА ПЕРВИЧНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО РАЙОНАМ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Пациенты с ампутационными дефектами нижних конечностей вследствие различных травм и заболеваний, являющиеся жителями Кемеровской области, чаще всего направляются для первичного, сложного и атипичного протезирования в клинику ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России, где на базе коечных отделений проводится обследование и подготовка к первичному протезированию, обучение пользованию изготовленными протезами. Само изготовление протезно-ортопедических изделий по индивидуальным параметрам каждого конкретного пациента осуществляется в лаборатории сложного и атипичного протезирования (ЛСАП).

По информации территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Кемеровской области на конец 2016 года, общая численность населения области составила 2709 тыс. человек. Наиболее крупными городами области являются Кемерово (557 тыс. человек), Новокузнецк (552,5 тыс. человек), Прокопьевск (196 тыс. человек) и Белово (128 тыс. человек).

Условно Кемеровскую область можно разграничить на северные, центральные и южные районы.

В период 2014-2016 гг. на первичное протезирование конечностей всего обратились 532 человека, из которых только 37 (6,9 %) из северных районов, 226 (42,5 %) из центральных и 269 (50,6 %) из южных районов. По годам обращаемость выглядит следующим образом: 2014 г. – всего 190 человек. Из них 13 (6,8 %) из северных районов, 85 (44,7 %) из центральных, 92 (48,4 %) из южных районов; 2015 г. – всего 177 человек. Из них 18 (10,2 %) из северных районов, 73 (41,2 %) из центральных, 86

(48,6 %) из южных районов; 2016 г. – всего 165 человек. Из них 6 (3,6 %) из северных районов, 68 (41,2 %) из центральных, 91 (55,2 %) из южных районов.

В 2014 году наибольшее количество пациентов из северных районов составили жители Яшкинского района (4 человека), г. Анжеро-Судженска и г. Юрга (по 2 человека). Среди центральных районов преобладали жители Кемерова (28 человек) и Белова (20 человек); южные районы в подавляющем большинстве представляли жители Новокузнецка (48 человек), Киселевска (11 человек) и Прокопьевска (8 человек).

В 2015 году северные районы в основном представляли жители Анжеро-Судженска и Мариинска (по 4 человека), Мариинского (3 человека), Тисульского и Чебулинского районов (по 2 человека). Из центральной части 28 человек являлись жителями г. Кемерово, 12 человек – Белова и Беловского района, 9 человек – Ленинска-Кузнецкого; по югу преобладали жители Новокузнецка (34 человека) и Прокопьевска (18 человек).

В 2016 году из северных районов было самое наименьшее количество пациентов, двое из которых жители Яшкинского района; центральные районы уже традиционно представляли в основном жители Кемерова (21 человек) и Белова (13 человек). Из южных районов, как и в предыдущие годы, было наибольшее количество пациентов – преобладали новокузнецкие (32 человека), жителей Прокопьевска было 15 человек, Киселевска – 13 человек.

Таким образом, обращаемость на первичное протезирование конечностей жителей разных административных территорий Кемеровской области могут быть обусловлены

как демографической структурой населения, социально-экономическими условиями проживания, доступностью учреждений медико-

социальной экспертизы и реабилитации, так и развитостью транспортной инфраструктуры.



КОСАРЕВ В.А.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДВИГАТЕЛЬНЫЙ СТАТУС ИНВАЛИДОВ, ПОСТУПАЮЩИХ НА ПЕРВИЧНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

По статистике последних 10 лет в России выполняется ежегодно 28-30 ампутаций на 100 тыс. человек. Реабилитация данной категории пациентов до сих пор является сложной методической и методологической задачей, требующей дифференцированного подхода.

Цель работы. Медико-демографическая характеристика и оценка двигательного статуса инвалидов с постампутационными дефектами нижних конечностей (ПДНК) в ходе первичного протезирования.

Материал и методы. Проведено обследование 71 пациента с ПДНК, поступивших в ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России для первичного протезирования в период с 20.02.2017 г. по 24.07.2017 г.

Изучались медико-демографические характеристики пациентов: пол, возраст, тяжесть ин-

валидности, тяжесть анатомического дефекта.

Оценка двигательного статуса проводилась с помощью теста ETGUG и измерительного инструмента «Предиктор мобильности ампутантов» (АМР) в 2 этапа: до (I этап) и после протезирования (II этап).

Статистический анализ различий относительных величин проводился с использованием критерия Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В зависимости от причины ампутации получено следующее распределение: 23 (17 мужчин и 6 женщин) пациента имели ПДНК после перенесенной травмы и 50 (39 мужчин и 11 женщин) пациентов перенесли ампутацию как следствие заболевания периферических артерий (ЗПА).

Средний возраст пациентов, поступивших на первичное протезирование, составил 45,7

Таблица 1 – Гендерные соотношения в зависимости от причины ампутации

Пол	Пациенты с ПДНК вследствие травмы	Пациенты с ПДНК вследствие облитерирующих заболеваний сосудов
Мужчины	73,9 %	78 %
Женщины	26,1 %	22 %

Таблица 2 – Распределение пациентов с ПДНК по тяжести анатомического дефекта и причине ампутации

Пациенты с ПДНК вследствие травмы		Пациенты с ПДНК вследствие облитерирующих заболеваний сосудов	
Культи голени	36,36 %	Культи голени	31,2 %
Культи бедра	27,27 %	Культи бедра	58,3 %
Парные культи	22,72 %	Парные культи	10,4 %

$\pm 3,3$ года для пациентов, перенесших ампутацию вследствие травмы, и $63,7 \pm 1,5$ года – для пациентов с ПДНК вследствие ЗПА нижних конечностей.

Сравнительный анализ показал, что существенных различий по гендерному признаку в обеих группах не выявлено (Табл. 1).

составил 60 %.

Анализ тяжести инвалидности у данного контингента показал, что процент больных с I группой инвалидности в группе с ПДНК вследствие травмы составил 26 %, что в 2,6 раза выше, чем в группе больных с ПДНК вследствие ЗПА (Табл. 3). Однако достигну-

Таблица 3 – Распределение больных по группам инвалидности и причине ампутации

	Пациенты с ПДНК вследствие травмы	Пациенты с ПДНК вследствие ЗПА
1 группа	26,09 %	10,0 %
2 группа	43,48 %	76,0 %
3 группа	21,74 %	14,0 %
без группы	8,70 %	0 %

В зависимости от уровня ампутации пациенты распределились следующим образом (Табл. 2).

Установлено, что в случае сосудистого заболевания чаще всего проводились односторонние ампутации на уровне бедра; в случае травмы операции проводились на различных уровнях одинаково часто.

У пациентов с ПДНК вследствие травмы связь потери конечности с приемом алкоголя была выявлена в 48 % случаев, причем в случае обморожения этот показатель

тый уровень статистической значимости составил $p = 0,08$.

Результаты измерения двигательной активности пациентов до и после проведения протезирования отражены в таблицах 4 и 5.

Выявлено, что средний балл по ПМА в случае одностороннего поражения для больных с ПДНК вследствие травмы был выше, а среднее время выполнения теста ETGUG на 10 м меньше, чем для пациентов с ПДНК вследствие заболеваний сосудов. В случае двустороннего дефекта конечности никто из пациен-

Таблица 4 – Двигательная активность пациентов с утратой конечности вследствие ЗПА и травмы с одно- и двусторонними ПАД на этапах протезирования

Группы	Уровень ампутации	Односторонние поражения		Двусторонние поражения	
		Балл по результатам ПМА (M ± mх)			
		I этап	II этап	I этап	II этап
Пациенты с ПДНК вследствие травмы		25,5 ± 2,6	35,5 ± 1,7	5,8 ± 0,2	17,2 ± 2,4
Пациенты с ПДНК вследствие ЗПА		20,0 ± 1,3	29,1 ± 1,1	6,7 ± 0,7	15,3 ± 2,7

Примечание: M – средняя арифметическая, m_x – ошибка средней арифметической.

Таблица 5 – Результаты теста ETGUG на 10 м у пациентов с утратой конечности вследствие ЗПА и травмы с одно- и двусторонними ПАД на этапах протезирования

Группы \ Уровень ампутации	Односторонние поражения		Двусторонние поражения	
	Среднее время по результатам теста ETGUG на 10 м (М ± mх)			
	I этап	II этап	I этап	II этап
Пациенты с ПДНК вследствие травмы	41,7 ± 8,6	58,1 ± 6,2	0	63,7 ± 8,4
Пациенты с ПДНК вследствие ЗПА	42,7 ± 3,6	70,8 ± 4,3	0	0

тов с ПДНК вследствие заболеваний сосудов не смог выполнить тест ETGUG на 10 м после проведения протезирования (4 больных), для пациентов с ПДНК вследствие травмы тест смогли выполнить лишь 4 из 7 пациентов с двусторонними поражениями. Время, затраченное на выполнение теста у больных с двусторонними ПДНК, было выше, чем в случае одностороннего поражения.

Выводы:

1. Среди больных с ПАД нижних конечностей травматического генеза преобладают люди трудоспособного (наиболее социально значимая часть населения) возраста ($45,7 \pm 3,3$ года). Пациенты с ПДНК вследствие ЗПА были старше 60 лет ($63,7 \pm 1,5$ года).

2. Для группы пациентов с ПАД нижних конечностей вследствие травмы характерен больший процент инвалидов с I группой инвалидности (26,09 % против 10 %) в сравнении с пациентами с ЗПА, что можно объяснить боль-

шей встречаемостью двусторонних поражений (22,72 % и 10,4 % соответственно).

3. В случае двустороннего поражения конечностей возможности функционально протезирования сомнительны, особенно это касается больных с ПДНК вследствие заболеваний сосудов.

4. Учитывая больший средний балл в ПМА и меньшее время выполнения теста ETGUG на 10 м, а также меньший средний возраст для травматологических больных, данную группу пациентов можно считать более перспективной для протезирования.

5. Частая связь потери нижней конечности вследствие травмы с приемом алкоголя может свидетельствовать о низком социальном статусе этой категории пациентов и возможном возникновении проблем в ходе проведения их реабилитации (к сожалению, мы неоднократно отмечали нарушение режима среди пациентов вышеуказанной группы).



БИОХИМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ КРОВИ КАК ПРЕДИКТОРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Социальная значимость проблемы критической ишемии конечности определяется не только распространенностью данной патологии, но и значительным числом среди этих пациентов людей трудоспособного возраста, их инвалидизацией и высокой смертностью. В европейской популяции число ампутаций нижней конечности у пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий составляет 20-25 случаев на 100 тыс. населения. Послеоперационная летальность достигает 26 %, а в течение первого года после ампутации умирают до 40 % больных.

Пациенты с облитерирующими заболеваниями артерий – это, как правило, пациенты с выраженной сопутствующей патологией (сердечно-сосудистой, почечной, печеночной, легочной). Лабораторные биохимические показатели крови отражают состояние тех или иных жизненно важных функций организма, то есть состояние гомеостаза. Изучение связи между дооперационным уровнем биохимических показателей крови и исходом ампутации конечности перспективно в плане прогноза результата оперативного лечения и своевременного начала коррекции нарушенных функций позволит улучшить качество оказываемой лечебной помощи и, возможно, снизит послеоперационную летальность.

Цель работы. Изучить взаимосвязь между исходными биохимическими показателями крови и госпитальной летальностью при ампутации конечности у пациентов с заболеваниями периферических артерий.

тации конечности у пациентов с заболеваниями периферических артерий.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 656 историй болезни пациентов, которым в период с 1 января 1998 года по 31 декабря 2011 года была выполнена ампутация голени или бедра в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Идентификация независимых факторов, влияющих на уровень госпитальной летальности, проводилась с использованием метода бинарной логистической регрессии.

Результаты. По данным однофакторного регрессионного анализа госпитальная летальность ассоциировалась с повышенным уровнем глюкозы крови, креатинина крови и миоглобина крови. У пациентов с исходным уровнем глюкозы крови выше 8 ммоль/л риск госпитальной летальности увеличивался в 2 раза, у больных с исходным уровнем креатинина крови выше 100 мкмоль/л – в 3 раза, а исходный уровень миоглобина крови выше 320 нг/мл увеличивал вероятность летального исхода в 7 раз.

Вывод. Лабораторными биохимическими предикторами госпитальной летальности при ампутации конечности у пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий являются: исходный уровень глюкозы крови выше 8 ммоль/л, креатинина крови выше 100 мкмоль/л, миоглобина крови выше 320 нг/мл.



СУСЛЯЕВ В.Г., ЯНКОВСКИЙ В.М., ЩЕРБИНА К.К.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ГОЛЕНИ И БЕДРА

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов
им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Протезирование после ампутаций конечностей является составной неотъемлемой частью медико-социальной реабилитации, соответственно задачи первичного протезирования сравнимы с задачами оказания первичной медицинской специализированной помощи. Количество ампутаций нижних конечностей у инвалидов пожилого возраста вследствие осложнений облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей и сахарного диабета неуклонно растет. Вопросы восстановления способности к самостоятельному передвижению, протезирование данного контингента пациентов имеют особую актуальность и остроту на фоне полиморбидного состояния лиц пожилого возраста, осложнений основного и сопутствующих заболеваний, снижения толерантности к физическим нагрузкам при освоении ходьбы на протезах, общей физической слабости, ишемии культи и сохранной конечности, психоэмоциональной лабильности, угнетения когнитивных функций и др. Для оказания протезно-ортопедической помощи требуется наличие разработанной структурой бюро МСЭ индивидуальной программы реабилитации и абилитации, включая лиц, имеющих инвалидность. Потребность повторного обращения инвалидов для оформления ИПРА, а также конкурсные механизмы с определением исполнителя протезно-ортопедической помощи и другие проблемы организационного характера делают невозможным протезирование на ранних этапах, через 2-3 месяца после ампутации, даже при отсутствии противопоказаний и заживлении раны на культе. Поэтому часто сроки до начала протезирования удлиняются до 12 месяцев и более после ампутаций нижних конечностей. Тяжесть психосоматического состояния пациентов после

перенесенной ампутации усугубляется и отсутствием протеза из-за несвоевременной протезно-ортопедической помощи, в том числе со снижением компенсаторных физических ресурсов, детренированности при вынужденной гиподинамии. Отсутствие дозированных двигательных нагрузок, в том числе при обучении ходьбе с костылями, на протезах еще больше повышают риск тромбозов и других тяжелых осложнений основного заболевания.

В нашем Центре используются разработанные нами и внедряемые в других реабилитационных центрах, на протезно-ортопедических предприятиях безгипсовые технологии первичного лечебно-тренировочного протезирования после ампутаций голени и бедра для лиц пожилого возраста. Данные конструкции регулируемых приемных гильз для модульных протезов голени и бедра отличаются удобством индивидуальной настройки для пациента формы культеприемника из термопластов с эластичными элементами, а также креплений протеза. В течение нескольких лет успешно используются изготовленные нами приемные гильзы в виде типоразмерного ряда. Наш опыт первичного лечебно-тренировочного протезирования пожилых пациентов показал целесообразность и эффективность протезно-ортопедической помощи на ранних сроках после ампутаций при отсутствии противопоказаний и заживлении культи для благоприятного прогноза восстановления способности к передвижению и самообслуживанию. Данные изделия могут быть использованы многократно различными пациентами по принципу «временного проката», как, например, кресла-коляски. Таким образом, новые медицинские технологии и предложенные лечебно-тренировочные протезы бедра и голени являются важным этапом



оказания ранней специализированной помощи в условиях реабилитационных центров, кото-

рые возможно применять до освидетельствования на МСЭ и формирования ИПРА.



Суляев В.Г., Смирнова Л. М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ГОЛЕНИ И БЕДРА

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов
им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

После ампутации нижней конечности на уровне голени и бедра, даже при хорошем заживлении культи и отсутствии противопоказаний к первичному протезированию, проблемы оказания протезно-ортопедической помощи часто связаны с необоснованно длительным периодом задержки протезирования и обучения инвалида ходьбе на протезе. Причинами этого обычно бывают многоэтапность и большая продолжительность периода до получения пациентом индивидуальной программы реабилитации и абилитации.

Для практического решения проблем раннего протезирования мы предлагаем разработанные в нашем Центре и внедряемые на протезно-ортопедических предприятиях, в реабилитационных центрах новые медицинские технологии индивидуального безгипсового лечебно-тренировочного протезирования. Такие технологии раннего протезирования предназначены для использования не только в стационарах, но и амбулаторно (выездными бригадами на дому, при посещении инвалидами реабилитационных центров, медицинских отделов протезно-ортопедических предприятий, в условиях дневных стационаров лечебно-профилактических учреждений и т.п.).

Внедряются 2 варианта безгипсовых технологий раннего протезирования. Первый из них

заключается в изготовлении полноконтактной приёмной гильзы протеза из влагоотверждаемых пластиковых бинтов с использованием полимерного чехла (например, силиконового), подобранного для пациента. Если же для пациента невозможно применение полимерных чехлов или полноконтактной гильзы (например, при булавовидной форме культи, при неспособности самостоятельного правильного надевания чехла и ухода за ним и культей, воспалительных поражениях и аллергических реакциях кожи культи, и др.), мы рекомендуем применять вторую технологию лечебно-тренировочного протезирования. Такая технология заключается в использовании разработанных нами разъёмных регулируемых приёмных гильз протезов голени и бедра из термопластов с учётом правосторонних и левосторонних дефектов по типоразмерному ряду.

Инструментальная биомеханическая оценка результатов раннего лечебно-тренировочного протезирования по этим технологиям проводилась на программно-аппаратных диагностических комплексах «ДиаСлед-Скан» и «ПОЗА». Обследования пациентов на протезах проводились при ходьбе и в статической позе (стоя). Сопоставление данных, полученных в начале пользования протезом и после его освоения, показали повышение опороспо-



способности протезированной конечности за этот период. Кроме того, была объективно подтверждена эффективность этих технологий в виде ускорения формирования двигательного стереотипа ходьбы на протезе с постепенным снижением вынужденного опоропредпочтения на сохранную конечность и её перегрузок по мере приобретения пациентом соответствующего опыта. На это указывали уменьшение дисбаланса нагрузок в опорном контуре стоп и в биокинематической цепи опорно-двигательного аппарата, нормализация других биомеханических параметров.

Клиническая оценка результатов протезирования, с учётом опроса пациентов, показала увеличение продолжительности и дистанции ходьбы на протезе, замедление нарастания болевых ощущений вследствие ишемии из-за перегрузок сохранной конечности, особенно у пациентов пожилого возраста, страдающих заболеваниями сосудов.

Для положительных результатов раннего протезирования лиц пожилого возраста большое значение имел предварительный опыт ходьбы с костылями без утраты навыков локомоций в вертикальном положении. Пациенты, которые до протезирования были вынуждены

длительно пользоваться только креслом-коляской, имели проблемы с освоением ходьбы на протезе и даже отказывались от протезирования из-за физической слабости, усугубления сопутствующих соматических заболеваний, ухудшения координации позы и движений в вертикальном положении.

Выводы. Использование предложенных медицинских технологий позволяет у большинства пациентов, особенно у лиц пожилого возраста, в ранние сроки после ампутации восстановить способность к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, повысить их качество жизни и улучшить реабилитационный прогноз.

Данные технологии раннего протезирования разработаны в Федеральном научном центре реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта и внедрены в Новокузнецком научно-практическом центре медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, в Научно-производственной фирме «Орто-Космос» г. Москвы, на протезно-ортопедических предприятиях в гг. Брянск, Нижний Новгород, Новокузнецк, Самара, Санкт-Петербург, Улан-Удэ, Уфа.



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПИВШИХ НА ПЕРВИЧНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО И СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Цель исследования. Оценка основных биохимических и гематологических параметров крови пациентов с постампутационными дефектами нижних конечностей (ПДНК) в ходе первичного протезирования.

Материал и методы. Объектом исследования служили пациенты отделения медицинской реабилитации ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Всего обследовано 33 пациента. Критериями включения в исследование было наличие культи конечности вследствие травмы или облитерирующих заболеваний сосудов. На основании этого больные были разделены на две группы: 9 пациентов (2 женщины и 7 мужчин) имели ПДНК после перенесенной травмы и 25 (23 мужчины и 2 женщины) перенесли ампутацию вследствие облитерирующего заболевания артерий (ОЗА).

Для оценки биохимического статуса пациентов определялись такие показатели, как глюкоза (глюкозооксидазный метод, набор ООО «Бектор-Бест»), щелочная фосфатаза (колориметрический кинетический метод, набор ООО «Бектор-Бест»), фибриноген (гравиметрический метод по Рутбергу). На аппарате Hemolux 19 определялся уровень гемоглобина и гематокрит. Измерение уробилиногена в моче производилось при помощи тест-полосок UroColor 10 на мочеовом анализаторе UroMeter 120. По каждому показателю высчитывался процент пациентов, имеющих отклонения от референсного значения нормы.

Результаты. Согласно полученным данным повышение гемоглобина в группе с травматическим генезом утраты конечности выявлено у 55,6 % пациентов, в то время как у больных с ОЗА этот показатель составил 37,5 %. Также

было выявлено отклонение от нормы по уровню гематокрита в группе пациентов с ОЗА как в сторону повышения (16,7 %), так и понижения (4,2 %).

Повышение активности фермента щелочной фосфатазы было выявлено в обеих группах: у 44,4 % пациентов с травматическим генезом ампутации и у 12,5 % пациентов с ОЗА.

У больных в группе с ОЗА отмечалось в 37,5 % случаев увеличение уробилиногена в моче.

Наряду с гипергликемией, у больных в группе с ОЗА (29,2 %) была выявлена гипогликемия в 8,3 % случаев. У 22,2 % больных с травматическим постампутационным дефектом также была отмечена гипергликемия.

В обеих группах была диагностирована гиперфибриногенемия: в 20,8 % у пациентов с ОЗА и в 11,1 % в группе с несосудистым генезом травмы. В 11,1 % у пациентов с травматическим генезом ампутации была диагностирована гипофибриногенемия.

Выводы:

1. В группе пациентов, перенесших ампутацию вследствие ОЗА, более выражены нарушения углеводного обмена, процесса резорбции костной ткани и системы гомеостаза.

2. Гиперфосфатаземия у обеих групп пациентов, по-видимому, следует рассматривать как компенсаторный механизм в ходе репаративных постампутационных процессов, происходящих в костной ткани.

3. Пациенты с культи конечностей нуждаются в медикаментозной коррекции сопутствующих заболеваний и сосудистых осложнений на стационарном этапе реабилитации.





ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. ТРУДОУСТРОЙСТВО





АГАРКОВ Н.Н., ЛЕБЕДЕВА И.П.

СОЦИАЛЬНАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В СВЕТЕ РЕШЕНИЯ ЗАДАЧ ОПЕРЕЖАЮЩЕГО РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ С УЧЕТОМ АКТУАЛЬНЫХ МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТОВ. ОПЫТ, ПЕРСПЕКТИВЫ, РИСКИ

*ФКПОУ «Новокузнецкий государственный гуманитарно-технический колледж-интернат» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Социальная и профессиональная реабилитация являются основными факторами независимости и социальной интеграции инвалидов в обществе. Государственные программы, направленные на обеспечение доступности профессионального образования и повышение эффективности реализации мероприятий по содействию трудоустройству инвалидов, реализуемые сегодня в России, дают положительные результаты. А именно:

- образовательные организации профессионального образования создают условия для беспрепятственного доступа инвалидов в здания и помещения;
- улучшается материальная база для проведения коррекционной работы с обучающимися из числа инвалидов;
- проводится работа по комплектованию штатов квалифицированными педагогическими кадрами, обладающими необходимыми знаниями для организации обучения инвалидов;
- применяются различные формы организации профессионального образования инвалидов (инклюзия, дистанционные формы);
- в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС) разрабатываются адаптированные программы для обучения инвалидов: вводятся адаптационные дисциплины, создаются специальные условия для обучения инвалидов с различными нарушениями здоровья и прохождения ими аттестации, рассматривается возможность увеличения срока обучения до 1 года;
- организуется медицинское и социально-

психологическое сопровождение обучающихся-инвалидов;

- выполняются мероприятия по социальной поддержке обучающихся-инвалидов.

Сегодня среднее профессиональное образование выходит на новый уровень, основываясь на следующие документы:

- Поручения Президента Российской Федерации (от 05.12.2014 г., Пр-2821, п.1, 9; от 22.09.2015 г., Пр-1921, п.1д, от 26.12.2017 г.);
- стратегия развития системы подготовки рабочих кадров и формирования прикладных квалификаций в РФ на период до 2020 года (одобрена Коллегией Минобрнауки России, протокол от 18.07.2013 г. № ПК-5вн);
- комплекс мер, направленных на совершенствование системы среднего профессионального образования (СПО), на 2015-2020 годы (утвержден распоряжением Правительства РФ от 03.03.2015 г. № 349-р).

В соответствии с принятыми мерами сегодня активно реализуется приоритетный проект «Образование» по направлению «Подготовка высококвалифицированных специалистов и рабочих кадров с учетом современных стандартов и передовых технологий».

Цель: создание к концу 2020 года конкурентоспособной системы СПО и увеличение числа выпускников СПО, продемонстрировавших уровень подготовки, соответствующий стандартам Ворлдскиллс Россия – до 50 тыс. чел.

Задачи:

- обеспечение соответствия квалификации выпускников требованиям современной экономики;
- консолидация ресурсов бизнеса, государс-



тва и сферы образования в развитии СПО;

- возможности на протяжении трудовой деятельности для различных категорий населения в приобретении прикладных квалификаций;

- успешная социализация и самореализации молодежи.

Совершенствование системы СПО на государственном уровне является необходимым условием для развития экономики и промышленности в целом. Стране нужны высококвалифицированные профессиональные кадры, способные учиться и работать в сложных условиях, на современном оборудовании, используя отечественные и зарубежные технологии. Кадры, способные брать на себя ответственность за качество выпускаемой продукции.

Колледж-интернат – это образовательное учреждение для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, где предусмотрены и созданы все условия для обеспечения доступности профессионального образования: безбарьерная архитектура, материально-техническая база, обеспечивающая специальные условия для обучения инвалидов с различными нарушениями здоровья, возможность проживания в общежитии, полное государственное обеспечение в течение всего периода обучения с предоставлением социальной поддержки. Для оценки профессиональных потенциальных способностей и возможностей абитуриента-инвалида с учетом имеющихся у него функциональных нарушений в колледже-интернате работает Отделение выбора профессий. Перечень образовательных программ, реализуемых в колледже-интернате, достаточно широк – 7 программ подготовки квалифицированных рабочих и 4 программы подготовки специалистов среднего звена, выбор которых основывается на потребностях регионального рынка труда.

Главным результатом работы педагогического коллектива колледжа-интерната является рациональное трудоустройство выпускников-инвалидов. Важно, чтобы инвалиды были конкурентоспособными на рынке труда, получили такую квалификацию, которая дала бы возможность реализовать свои способности и таланты, занять ниши в дефицитных сферах производства и конкурировать с другими гражданами. Главным условием для накопления опыта молодого специалиста является практика на производстве. Практика, которая

должна закрепить те знания, которые студент получил в стенах учебного заведения.

Наши выпускники при вступлении во взрослую профессиональную жизнь сталкиваются с рядом сложных и многогранных проблем. Одной из таких проблем является отсутствие необходимого взаимодействия, подкрепленного законодательной базой со стороны государства, работодателя с учебными заведениями СПО. Например, ФГОС СПО обязывает организацию производственной практики на предприятиях, направление деятельности которых соответствует профилю подготовки обучающихся, привлекать работодателя к разработке учебных планов, совместное с работодателем формирование содержания спецдисциплин, фондов оценочных средств. Но на практике отсутствуют механизмы, которые бы стимулировали производителей работать в этом направлении с учебными заведениями. Более того, для того чтобы выпускник-инвалид мог конкурировать с другими претендентами при соискании вакансий, уровень его квалификации и имеющиеся профессиональные навыки должны быть не ниже, чем у выпускника, не имеющего ограничений в здоровье, а даже выше. Ведь работодатель предлагает вакансии с целью получения прибыли, повышения качества работы предприятия. Нужно доказать работодателю, что все мероприятия и затраты на организацию рабочего места для инвалида будут оправданы.

Еще одним наиболее важным вопросом являются растущие противоречия между требованиями профессиональных стандартов и личными интеллектуальными способностями и возможностями студента-инвалида. В соответствии с законом «Об образовании в Российской Федерации» среднее профессиональное образование доступно каждому, имеющему среднее основное или среднее общее образование. Родители выпускников и сами выпускники-инвалиды выбирают профессии и специальности по принципу: «попробую, если не получится, пойду на другое направление». Мы говорим о необходимости определения потенциальных возможностей инвалида. Эту задачу в колледже-интернате выполняет Отделение выбора профессий (ОВП). Определение профессиональной пригодности по конкретной профессии (специальности), оценка профессиональных качеств, изучение социального анамнеза и особенностей личности абитури-



ента, в результате которого разрабатываются рекомендации для коррекции в процессе обучения и индивидуальный маршрут реабилитации (с учетом ИПРА). Сегодня услуги ОВП предоставляются по желанию абитуриента (количество абитуриентов, поступивших на обучение в колледж-интернат по рекомендациям ОВП с 2013 года, значительно уменьшилось), и это одна из причин потери контингента и слабой успеваемости.

Колледж-интернат принимает активное участие в реализации приоритетного проекта «Рабочие кадры для передовых технологий», включая в перечень реализуемых образовательных программ профессии и специальности из списка ТОП-50, наиболее востребованные на рынке труда, новые и перспективные профессии, требующие среднего профессионального образования. Педагогический коллектив колледжа-интерната ведет аналитическую работу по изучению рынка труда с целью обновления перечня образовательных программ, для того

чтобы у абитуриента была возможность выбрать профессию (специальность), которая не только подошла бы ему, но и была актуальна и востребована.

Выполнение мероприятий приоритетного проекта «Образование», определяющих новые подходы к разработке образовательных программ, механизмам оценки и мониторинга качества подготовки рабочих кадров с учетом актуальных международных стандартов, устанавливает высокую планку для молодых людей, стоящих на пороге профессиональной жизни. Поэтому ежегодно студенты колледжа-интерната принимают активное участие в конкурсах профессионального мастерства Абилимпикс-Россия, показывая хорошие результаты. Педагоги нацеливают студентов на участие в конкурсе Ворлдскиллз, ведь именно по стандартам Ворлдскиллз планируется организация итоговой государственной аттестации по ФГОС ТОП-50.



БАШАРОВА А.В., МУСТАФИНА Э.Д., БАКИЕВА Р.М.

СОЦИАЛЬНАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ОПОРЫ И ДВИЖЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Башкортостан» Минтруда России,
г. Уфа, Россия*

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» «Реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного

восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности». Качественное формирование индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА) включает



комплекс мероприятий, технические средства и услуги, позволяющие инвалиду восстановить или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной и профессиональной деятельности, что является одной из главных задач специалистов федеральных учреждений медико-социальной экспертизы. Программа должна учитывать социальный статус инвалида, круг его интересов и потребностей, предусматривать необходимые технические средства реабилитации. При решении этих задач особое внимание следует уделить инвалидам трудоспособного возраста. Вопросы содействия их занятости, трудоустройства среди мероприятий по реабилитации являются первостепенными и приобретают важное социально-экономическое значение. В Республике Башкортостан в 2016 г. среди всех освидетельствованных и признанных инвалидами граждан почти половину составили лица трудоспособного возраста (50503 человека). Среди них 44,5 % первично признанные и 49,4 % – повторно признанные инвалиды. Каждый пятый из них инвалид с нарушением функции опоры и движения – контингент, нуждающийся в большем, чем другие объеме реабилитационных и абилитационных мероприятий.

Целью работы явилось определение объема социальной и профессиональной значимости реабилитационных и абилитационных мер инвалидам трудоспособного возраста с нейромышечными, скелетными и связанными с движением (статодинамическими) нарушениями.

Нами проведен анализ медико-социальных данных из индивидуальных программ реабилитации и абилитации, разработанных для инвалидов с нарушением функции опоры и движения, обратившихся в 2016 г. в медико-социальную комиссию, всех бюро МСЭ по Республике Башкортостан. В течение 2016 г. инвалидами с нарушением функции опоры и движения признаны всего 11250 человек, из них 5367 – лица трудоспособного возраста, что составило 47,7 % (первичных – 1628 (30,3%), повторных – 3739 (69,6 %)). Первичная инвалидность у лиц с нарушением статодинамических функций составила 7,2 случая на 10 тыс. населения трудоспособного возраста. Из них к I группе отнесены 14,3 %, ко II – 26,3 %, к III группе – 59,4 % инвалидов; среди повтор-

ных инвалидов к I группе отнесены 10,2 %, ко II – 23,2 %, к III группе – 66,6 %.

Каждому инвалиду с данными нарушениями были разработаны и выданы ИПРА, включающие лечебно-оздоровительные медицинские услуги, санаторно-курортное лечение, профессиональную ориентацию, содействие в трудоустройстве, в том числе в обычных условиях производства, на дому, на специально оборудованных рабочих местах, технические средства реабилитации, помогающие улучшить качество жизни человека. Профессиональная реабилитация инвалидов включала комплекс мер, направленных на восстановление трудоспособности инвалида и/или приобретение им новых профессиональных навыков в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда.

Анализ выполнения индивидуальных программ реабилитации и абилитации показал, что положительный результат отмечен у 69,8 % инвалидов. Среди них достигнута полная компенсация утраченных функций у 42,2 % и частичная – у 25,4 %; полностью восстановлены нарушенные функции – у 5,3 %, частично – у 21,0 %. Получена профессия – 2,0 %, трудоустроены – 8,8 %; достигнута производственная адаптация – 11,2 %. Восстановлены способности к самообслуживанию частично – 61,5 %, полностью – 18,3 %; сформированы навыки бытовой деятельности частично – 51,6 %, полностью – 23,1 %; социально-средовой статус восстановлен частично – 68,5 % и полностью у 17,1 %.

В целом по Республике Башкортостан полная реабилитация среди инвалидов с нарушением функции опоры и движения достигнута у 9,0 % прошедших переосвидетельствование, определена более легкая группа инвалидности у 16,5 %, осталась группа без изменений у 17,7 % и у 13,7 % определена более тяжелая группа инвалидности. Среди I группы инвалидов полная реабилитация единична, а частичная достигнута у 20 %; у инвалидов II группы полная реабилитация составила 1,2 %, частичная – 16,1 %, утяжеление группы – у 15,0 %. В третьей группе полная реабилитация достигнута у 13,1 %, утяжеление – у 11,1 % инвалидов.

Таким образом, восстановление социального статуса, трудоспособности и повышения



качества жизни инвалидов обеспечивается их комплексной реабилитацией и абилитацией, строящихся на принципах межведомственного взаимодействия структурных организаций Республики Башкортостан. Для полноценной интеграции инвалида в общество необходим

контроль за полнотой выполнения реабилитационных мероприятий, а также разработка и совершенствование критериев и механизмов оценки эффективности реабилитации инвалидов трудоспособного возраста.



ГРОМОВ В.Н.

РЕАЛИЗАЦИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ТРАЕКТОРИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ-ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ОПОРЫ И ДВИЖЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМЕ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

*ФКПОУ «Кинешемский технологический техникум-интернат» Минтруда России,
г. Кинешма, Россия*

Для инвалидов молодого возраста с нарушением функции опоры и движения важнейшим элементом реабилитации является их профессиональная ориентация и профессиональное обучение. В последние годы актуальными становятся проблемы, с которыми сталкиваются инвалиды данной категории при получении ими профессионального образования. Это связано как с ростом понимания необходимости поднятия социально-экономического статуса инвалидов в российском обществе, так и с обострением проблемы нехватки трудовых ресурсов в стране, а также ростом числа самих инвалидов и их доли среди населения.

Несмотря на активное проведение государственной политики содействия занятости инвалидов, без профессионального образования их уделом становятся лишь малоквалифицированные и низкооплачиваемые работы, которые зачастую по своему качеству намного отстают от потенциальных возможностей этой

категории населения.

В результате проигрывают и сами инвалиды, и все общество. Для инвалидов это – явное сужение горизонтов самореализации, для общества и государства – неэффективное использование столь дефицитных в нашей стране трудовых ресурсов.

Инвалиды имеют право выбора индивидуальной программы профессиональной реабилитации: обучаться в специализированном учреждении или профессиональном образовательном учреждении общего типа.

Профессиональная подготовка и профессиональное образование инвалидов в специальных профессиональных образовательных учреждениях для инвалидов осуществляются в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами на основе образовательных программ, адаптированных для обучения инвалидов.

Инвалиды с полностью сохранным интеллектом при нарушениях функций опорно-



двигательного аппарата в плане профессионального обучения наиболее перспективная группа, имеющая высокую мотивацию получения специальности и повышенный интерес к трудовой реализации, но – нередко – и особые способности как в форме компенсаторных личностных данных, так и в форме ярко выраженного таланта к определенным видам деятельности. Для обеспечения необходимых условий обучения данной группы требуются не столько особые образовательные технологии, сколько обеспечение доступности учебной среды (оборудование пандусов, широких дверных проемов, туалетных комнат, установка лифтов).

Здесь уместно говорить и о дистанционном обучении. В системе образования дистанционное обучение отвечает гуманистическому принципу, согласно которому никто не должен быть лишен возможности учиться по причине пространственной или временной изолированности, социальной незащищенности или невозможности посещать образовательные учреждения в силу физических недостатков. Данная форма обучения представляется наиболее оптимальным способом организации учебного процесса лиц с ограниченными возможностями здоровья, поскольку, учась дистанционно, инвалид перестает быть ограниченным пространственными и временными рамками – у него появляется связь фактически со всем миром. Он может учиться не выходя из дома, по индивидуальному расписанию и в удобном для себя темпе.

При определении индивидуальной образо-

вательной траектории выбору подлежат:

- форма освоения профессиональной образовательной программы;
- предметное поле, включающее программы дисциплин и профессиональных модулей вариативной части, а также выбор программ дополнительного образования;
- методы и формы самостоятельной работы студентов;
- формы контроля результатов обучения;
- темп обучения;
- количество и содержание профессиональных проб, предлагаемых в рамках обучения (участие в конкурсах, олимпиадах и т.д.);
- информационные ресурсы, отражающие содержание осваиваемой основной профессиональной образовательной программы (ОПОП);
- место прохождения практик;
- тематика исследовательских и проектных работ;
- тематика итоговой квалификационной работы и др.

Кинешемский технологический техникум-интернат имеет положительный опыт организационно-педагогической деятельности по построению и реализации индивидуальной образовательной траектории для студентов-инвалидов с нарушением функции опоры и движения. Результатом этой работы является удовлетворение индивидуальных образовательных потребностей инвалидов и получение ими качественного образования с использованием технологий дистанционного обучения.



ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Омской области» Минтруда России,
г. Омск, Россия*

Согласно данным отечественных и зарубежных литературных источников, под профессиональной реабилитацией инвалидов подразумевается система и процесс восстановления конкурентоспособности инвалида на рынке труда.

Цель исследования. Изучение контингента пострадавших на производстве вследствие травм опорно-двигательного аппарата в Омской области и особенностей их профессиональной реабилитации за период 2013-2016 гг.

Материал и методы. Акты освидетельствования в бюро МСЭ, программы реабилитации пострадавших на производстве (ПРП), сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше по форме 7-собес за 2013-2016 гг.

Результаты. Профессиональная реабилитация инвалидов включает: профориентацию, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве и рекомендации о показанных и противопоказанных условиях труда. Согласно действующему законодательству Фонд социального страхования финансирует профессиональное обучение пострадавших, включенное как мера реабилитации в ПРП. Между тем трудовая деятельность – как обеспечение профессиональной реабилитации пострадавшего – является центральной и важнейшей фазой реабилитации, предотвращая потери профессиональной трудоспособности.

При изучении общего контингента пострадавших (1552 чел.) вследствие производственных травм 8,6 % (133 чел.) были признаны инвалидами впервые и 23,6 % (367 чел.) – повторно, а пострадавшие без группы инвалидности составили 67,8 % (1052 чел.).

Среди впервые признанных инвалидами преобладают лица трудоспособного возраста – 88,7 % (118 чел.), на долю лиц пенсионно-

го возраста приходится всего 11,3 % (15 чел.). Среди городских жителей удельный вес лиц трудоспособного возраста составил 86,7 %, среди сельских жителей – все пострадавшие (100 %) трудоспособного возраста; 78,2 % из общего контингента пострадавших на производстве составляют мужчины.

Удельный вес инвалидов III группы среди пострадавших на производстве составил 27,4 %, а среди признанных инвалидами впервые вследствие травм на производстве данный показатель был равен 81,9 % случаев. Наибольший удельный вес инвалидов III группы был зарегистрирован среди лиц 3-й возрастной категории (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) – 87,7 % случаев. В 1-й возрастной категории (женщины и мужчины до 44 лет) этот показатель составил 87,5 %, во 2-й (женщины от 45 до 54 лет, мужчины от 45 до 59 лет) – 83,1 % случаев. Удельный вес инвалидов II группы составил в 1-й возрастной категории 10,6 %, во 2-й – 15,8 % и в 3-й – 10,8 %; доля инвалидов I группы – 1,8 %, 1,1 % и 1,5 % случаев соответственно. При изучении образовательного уровня в общем контингенте пострадавших доля лиц с неполным высшим и высшим образованием составила 3,4 %, на втором месте доля лиц со средним специальным и средним техническим образованием (21,1 %); наибольший процент пострадавших – 39,4 % – составили лица с полным средним образованием.

Анализ последствий травм опорно-двигательного аппарата в зависимости от тяжести инвалидности позволяет планировать преимущественные направления профессиональной реабилитации. Так среди инвалидов II группы на первом месте по локализации травм (46,3 %) находятся пострадавшие с последствиями травм нижних конечностей. Основные



направления реабилитации данной группы – оборудование рабочего места специальными средствами технической реабилитации (специальные стулья, столы, подставки для ног), производственная адаптация, содействие в трудоустройстве с использованием имеющихся профессиональных знаний и умений. Среди инвалидов III группы и без группы инвалидности большую часть составляют лица с последствиями травм верхних конечностей (39,2 % и 78,6 % соответственно). При последствиях травм верхних конечностей, а это преимущественно ампутационные культы пальцев кистей, исключается труд во многих рабочих профессиях, требующих выполнения мелких точных движений с использованием в производственном процессе обеих рук. Для этой группы пострадавших необходима преимущественно профориентация, подбор новой профессии, переобучение и обучение новой профессии.

Заключение. Таким образом, в структуре общего контингента пострадавших на производстве вследствие травм опорно-двигательного аппарата в Омской области преобладают мужчины, лица трудоспособного возраста, пострадавшие с незначительными и умеренными

нарушениями функций организма, с преимущественными последствиями травм нижних и верхних конечностей, с полным средним и средним специальным образованием. Учитывая высокий трудовой потенциал изучаемой категории граждан, возможна более эффективная профессиональная реабилитация, при условии оказания государственной помощи пострадавшим на производстве в профориентации, трудоустройстве и возможности получения новой профессии за счёт средств Фонда социального страхования. Своевременное и рациональное трудоустройство этих лиц будет способствовать сохранению трудовых ресурсов, что требует единых подходов, уточнения порядка межведомственного взаимодействия, преимущества в деятельности реабилитационных учреждений.

Единый подход, преимущество в реализации реабилитационных мероприятий пострадавшим позволит существенно снизить показатели первичной инвалидности от травм и изменить её структуру в сторону снижения степени стойкой утраты профессиональной трудоспособности.



АНАЛИЗ РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России¹,
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Минздрава России²,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. В современных социально-экономических условиях эффективность и адресность мер, направленных на реабилитацию инвалидов, является одной из приоритетных задач государства.

Профессиональная реабилитация инвалидов – важнейшая составная часть комплексной реабилитации инвалидов, которая направлена прежде всего на возвращение или включение инвалидов в общественно – полезный труд в соответствии с состоянием их здоровья, трудоспособностью, личными склонностями и желаниями.

Цель работы. Изучение потребности инвалидов в мероприятиях по профессиональной реабилитации, включая количественные показатели рекомендаций по профессиональной реабилитации в индивидуальных программах реабилитации инвалидов (ИПР) и оценки их эффективности по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Санкт-Петербурга.

Материал и методы. Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-собес) о результатах первичного и повторного освидетельствования граждан старше 18 лет в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Санкт-Петербурга, сведения, предоставленные Комитетом по труду и занятости Санкт-Петербурга. Методы исследования: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез; выкопировка данных, экспертных оценок, аналитический, статистический.

Результаты. По данным Комитета по труду и занятости Санкт-Петербурга, в 2017 г. по городу установлен самый высокий среди субъектов Российской Федерации целевой пока-

затель «Численность работающих инвалидов трудоспособного возраста в общей численности инвалидов трудоспособного возраста» 41770 человек (42 %), а к 2020 году уровень должен составить 50 % от общей численности инвалидов трудоспособного возраста.

По сведениям Пенсионного фонда Российской Федерации в Санкт-Петербурге, на 01.07.2017 г., в городе проживает 96112 инвалидов трудоспособного возраста, из них трудоустроено 34673 человека (36,1 %).

Мероприятия по профессиональной ориентации, включая профессиональное обучение, переобучение, повышение квалификации, становятся все более востребованными. Необходимость в их рекомендациях за последние 5 лет увеличилась по отдельным видам в 10 раз.

Так, потребность в профессиональной реабилитации инвалидов г. Санкт-Петербурга старше 18 лет за 2012-2016 гг. от 4,1 % в 2012 г. до 41 % в 2016 г.

Анализ результатов переосвидетельствования инвалидов за 2012-2016 гг. свидетельствует о том, что число трудоустроенных инвалидов по-прежнему составляет лишь 25-30 %. В 2016 году этот показатель увеличился до 31 %. В том числе работающих на момент переосвидетельствования в бюро МСЭ инвалидов 1 группы – 1,5 %; 2 группы – 37 %; 3 группы – 61 %.

Эффективность реализации ИПР у взрослых и детей оценивалась специалистами бюро МСЭ при переосвидетельствовании инвалидов. В 2016 году проведена оценка 37039 ИПР взрослых, разработанных в 2015 году. Положительный эффект реабилитации достигнут у 19599 инвалидов – 53 %.

Программа профессиональной реабили-



тации выполнена полностью или частично у 5570 инвалидов (в 28 % случаев): обеспечена занятость, подобрано подходящее рабочее место – 3,2 %, созданы необходимые условия и достигнута производственная адаптация – 23,2 %, получили новую профессию, повышена квалификация – 0,6 %, созданы специальные рабочие места – 0,3 %, повышен уровень общего, профессионального образования – 1 %.

В результате выполнения мероприятий ИПР, в том числе по разделу профессиональной реабилитации, в 2016 году не признаны инвалидами при переосвидетельствовании 1502 взрослых гражданина (показатель полной реабилитации составил 4 % от переосвидетельствованных для установления группы инвалидности), частично реабилитированы 1652 человека (9,2 %); в 2015 году соответственно 5,5 % и 13,2 %.

Заключение. По результатам анализа отмечается увеличение потребности инвалидов

в мероприятиях по профессиональной реабилитации и постепенный рост трудоустроенных инвалидов. Такая динамика во многом достигнута благодаря реализации соглашений о сотрудничестве и межведомственному взаимодействию между Учреждением, Комитетом по труду и занятости Санкт-Петербурга и Агентствами занятости города, выработки единых подходов и «понятийного аппарата» при решении вопросов по разработке и реализации мероприятий по профессиональной реабилитации (абилитации) инвалидов.

Вместе с тем по-прежнему остаются актуальными вопросы информационного обмена данными по разработке и реализации программ реабилитации (абилитации) инвалидов, информирования последних о возможностях профессиональной реабилитации, а также создания законодательных и экономических условий для повышения уровня мотивации к трудоустройству у инвалидов и их работодателей.



РАЗЕНКОВА Н.Е.

ПОДГОТОВКА ПЕДАГОГОВ ДЛЯ РАБОТЫ С ИНВАЛИДАМИ

*Новокузнецкий институт (филиал) ФГБОУ ВО «Кемеровский
государственный университет»,
г. Новокузнецк, Россия*

Актуальность исследуемой проблемы обосновывается рядом государственных документов:

- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО), предусматривающим подготовку специалистов в области оказания психолого-педагогической помощи поддержки с позиции компетентностного подхода;

- профессиональным стандартом «Педагог», также определяющим требования к подготовке педагогов, работающих с инвалидами;
- рядом документов Минобрнауки по работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья.

Названные аспекты проблемы позволили нам выделить некоторые особенности, касающиеся расширения области профессиональной



деятельности выпускников данного направления подготовки. Расширение «профессионального поля» будущих бакалавров – дефектологов за счет включения разнонаправленных практических учреждений образования, здравоохранения и социальной защиты, в которых предоставляется помощь и образовательные услуги детям с ограниченными возможностями здоровья и их семьям, предполагает подготовку высококвалифицированных кадров, способных осуществлять свою профессиональную деятельность в соответствии со спецификой деятельности учреждений. В связи с вышесказанным возникает необходимость поиска путей подготовки педагогов-дефектологов в контексте будущей профессиональной деятельности.

Целью исследования стал поиск концептуального подхода в подготовке будущего бакалавра специального (дефектологического) направления.

Весь путь профессионального становления студентов разделен на четыре этапа, каждый из которых реализует определенную цель, имеет свою направленность в подготовке студента и свой промежуточный результат, достижение которого обеспечивает возможность перехода на следующий этап.

Целью первого этапа подготовки специалиста на факультете является адаптация студента к высшему учебному заведению и формирование позиции «Я – студент». Реализуется данная цель через формирование общекультурных компетенций и начало становления общепрофессиональных компетенций. Прохождение данного этапа совпадает с первым курсом обучения на факультете и поддерживается практикумом по профессиональной самоактуализации студентов и работой трехдневной выездной школы «Я – студент».

На втором этапе закладывается фундамент профессиональной подготовки студента, формируется ориентировочная основа будущей профессиональной деятельности, поэтому цель этого этапа определяется как формирование общепрофессиональных компетенций через становление профессиональной направленности личности. Реализации поставленных задач способствует включение в учебный план практикума по организации педагогического процесса в образовательном учреждении по профилю подготовки студента (в специальном образовательном учреждении).

На третьем этапе происходит профессиональное становление будущего педагога в соответствии с профилем его подготовки, поэтому данный этап имеет практико-ориентированную направленность. Целью данного этапа является формирование профессиональных компетенций, реализуемое через подготовку студента по выбранному профилю. Особенностью обучения студентов на данном этапе становится организация всех видов его деятельности в контексте будущей профессиональной деятельности. Особую роль в реализации поставленных целей на данном этапе играет организация учебной и педагогической практики, включение студентов в социально значимую общественную деятельность (волонтерскую, педагогическую, научную), интеграция учебной и внеучебной деятельности студентов, создание на факультете творческих коллективов студентов и воспитанников специальных (коррекционных) образовательных учреждений.

Четвертый этап профессионального становления направлен на формирование творческого профессионального потенциала будущего педагога и его готовности к инновационной деятельности. Данный этап профессионального становления в большей мере связан с расширением функций студента в научной, творческой и социально значимой деятельности. Переход от пассивного участия на первом этапе профессионального становления к участию в качестве исполнителя или организатора отдельных элементов проекта или организуемого творческого дела на втором этапе, к выполнению функций организатора небольших творческих проектов – на третьем, до организатора творческого коллектива, социально значимого проекта. На данном этапе профессионального становления происходит завершение формирования профессиональных компетенций и профессионально-значимых личностных качеств (ПЗЛК). Особое место в подготовке студентов в этот период играет педагогическая практика и научно-исследовательская деятельность.

Результатом разработки и внедрения концепции профессионального становления стало, с одной стороны, изменение позиции студента: расширение тьюторской и волонтерской деятельности студентов, формирование глубокого научного интереса в области коррекционной педагогики и психологии, включение студентов во всероссийские и международные конкурсы.



С другой стороны, внедрение Концепции потребовало изменения позиции педагогического коллектива факультета: расширение активных и интерактивных форм обучения, разработки

и внедрения новых технологий обучения, углубление практической ориентированности содержания образования, увеличения исследовательской составляющей.



РАЗЕНКОВА Н.Е., РУКАВИЦИНА Е.Д.

ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОЙ И ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

*Новокузнецкий институт (филиал) ФГБОУ ВО «Кемеровский
государственный университет»,
г. Новокузнецк, Россия*

Сегодня изменяется социальный заказ общества, а соответственно и политика государства по отношению к детям с ограниченными возможностями здоровья. В связи с этим расширяется круг профессиональных задач, решаемых педагогами-дефектологами и психологами различных специализированных заведений, а значит, усложняются задачи профессиональной подготовки специалистов-дефектологов, выпускников педагогических университетов, что требует совершенствования программы профессиональной подготовки студентов. Поэтому возникает необходимость выделения и теоретического обоснования подготовки дефектологов, способных к ведению образовательной деятельности в области специальной педагогики и психологии, обладающих профессиональной компетентностью в применении современных технологий, в том числе информационных, психодиагностических, психокоррекционных и консультативных. Решению данной проблемы в значительной мере способствует более глубокая интеграция теоретических знаний и педагогической практики в различных типах образовательных

учреждений. Производственная практика в системе высшего профессионального образования является отдельным направлением, которое предоставляет будущему бакалавру возможность моделировать собственную профессиональную деятельность, развивать новое, проблемное видение системы обучения и психолого-педагогического сопровождения лиц с ограниченными возможностями. В настоящее время деятельность студента в процессе педагогических практик все больше и больше становится инновационной. Существенно сужается круг репродуктивной деятельности, связанной с использованием традиционных технологий. В связи этим возникла необходимость изменения не только задач и содержания, но и структуры самой профессиональной практики. Что, в свою очередь, обосновывает актуальность разработки технологии профессиональной практики будущих дефектологов на основе субъектно-деятельностного подхода.

Субъектно-деятельностный подход в подготовке специалистов в системе высшего образования потребовал смены парадигмы,



строящейся на реализации, с одной стороны, личностно-ориентированного подхода в организации практики, позволяющего удовлетворять потребностям и интересам студента, с другой – деятельностного подхода, требующего от высшей школы создания условий для максимальной активности и самостоятельности студента.

При определении подходов к организации педагогической практики и разработке содержания мы основывались на следующих теоретических положениях:

необходимости включения студентов в практическую деятельность на протяжении всех лет обучения в вузе, через включение в рабочий учебный план практикумов, учебной и производственной практики;

структура и содержание практической деятельности на каждом курсе должна соответствовать формируемым компетенциям и базироваться на изученных дисциплинах;

система педагогической практики должна строиться на постепенном усложнении деятельности студентов от одного вида практики к другому, от курса к курсу, исходя из целей и задач обучения на каждом этапе профессиональной подготовки;

педагогическая практика организуется в соответствии с принципами, определяющими субъектно-деятельностный подход и технологичности в ее организации.

Анализ существующих технологий высшего профессионального образования позволил нам рассматривать модульную технологию как наиболее приемлемую в организации педагогических практик. Выбор данной технологии обоснован рядом факторов: модульная технология позволяет организовать практику по укрупненным блокам как законченный педагогический процесс; данная технология максимально, на наш взгляд, позволяет реализовать субъектно-деятельностный подход. Вся практика по содержанию и времени прохождения разделена на модули. Каждый модуль является целостным и законченным этапом профессиональной деятельности студента-практиканта. Весь период практики в соответствии с задачами разделен нами на пять модулей: подготовительный, ознакомительно-адаптационный, проектировочно-диагностический, деятельностно-экспериментальный, рефлексивный. Каждый модуль проходит по следующим этапам: целеполагание, деятельностный или экспериментально-деятельностный, рефлексия, итоговый.

В процессе апробации технологии подтвердилась мысль о необходимости и возможности достижения единства в формировании компетенций и удовлетворении индивидуальных потребностей студентов.



РОЛЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Красноярскому краю» Минтруда России,
г. Красноярск, Россия*

Новые подходы и социальные требования к реабилитации детей-инвалидов выделяют и повышают значимость роли мероприятий по реабилитации, отраженных в индивидуальной программе реабилитации или абилитации (ИПРА) ребенка-инвалида. Ведущее место в общей системе реабилитации детей, наряду с медицинской, занимают психолого-педагогические мероприятия по реабилитации, включающие в себя восстановление, коррекцию и компенсацию нарушенных функций в процессе образования.

Целью настоящей работы являлась оценка роли медико-социальной экспертизы (МСЭ) в реализации прав детей-инвалидов на получение образования в Красноярском крае. Анализ проведен по результатам освидетельствования детей в возрасте до 18 лет на всей территории края на основе статистической формы отчетности – формы № 7-д (собес).

Ключевые слова: ребенок-инвалид, получение достойного и адекватного образования, интеграция в общество, социальная адаптация, психолого-педагогическая реабилитация или абилитация, профессиональная реабилитация.

Дети, имеющие нарушения здоровья, являются одной из наиболее уязвимых категорий населения, нуждающейся в социальной помощи. От своевременности и качества ее оказания зависит, сможет ли ребенок, подрастая, реализовать свои права на независимую и самостоятельную жизнь, получить образование и затем профессию, произойдет ли его полное и эффективное включение в общество.

Немаловажная роль в достижении этих целей отведена учреждениям медико-социальной экспертизы, основной деятельностью которых является определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабили-

тацию или абилитацию.

Реабилитационно-экспертная диагностика при освидетельствовании детей осуществляется в соответствии с Классификациями и критериями, утвержденными Приказом Минтруда России № 1024 н от 17.12.2015 г. и включает: клинико-функциональную, психологическую, социальную, педагогическую, а при достижении ребенком определенного возраста – профессионально-трудовую и психофизиологическую диагностику.

Особенностью проведения реабилитационно-экспертной диагностики детей в отличие от взрослых является необходимость учета возрастных норм в физическом и психическом (умственном) развитии детей.

По результатам экспертизы выносятся решения о степени выраженности ограничений категорий жизнедеятельности, в том числе и по категории способности к обучению.

Способность к обучению – это способность к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности (в том числе профессионального, социального, культурного, бытового характера), развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию мотивации получения образования в течение всей жизни.

Получение достойного и адекватного образования ребенком-инвалидом является важным этапом в психолого-педагогической реабилитации или абилитации и направлено на развитие личности, на ее социальную адаптацию и интеграцию в общество.

Механизм реализации права ребенка на обучение закреплен статьей 5 Федерального закона от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Он устано-



вил государственные гарантии прав граждан с ограниченными возможностями здоровья в области образования, закрепив в качестве основной гарантии обязанность Государства создавать «гражданам с отклонениями в развитии условия для получения ими образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов».

Согласно статье 79 указанного Закона, «содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья определяются адаптированной образовательной программой, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида».

Таким образом, в качестве инструмента реализации права ребенка-инвалида на обучение выступает индивидуальная программа реабилитации или абилитации, которая разрабатывается учреждением медико-социальной экспертизы и включает разделы медицинской, психолого-педагогической, социальной реабилитации или абилитации и обеспечение необходимыми техническими средствами реабилитации.

Координирующая роль выбора образовательного маршрута обучающегося, в том числе определение формы и степени его инклюзии (интеграции) в образовательную среду, при этом отводится психолого-медико-педагогической комиссии, где специалисты определяют уровень психомоторного и физического развития ребенка. В зависимости от состояния интеллектуальных, физических и личностных особенностей комиссия определяет и координирует педагогический маршрут по реабилитации и обучению ребенка с отклонениями в развитии.

Оказание содействия психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) Учреждениям МСЭ в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида закреплено пунктом 10 Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 г. № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии». В соответствии с пунктами 14 и 15 указанного Положения о ПМПК, лечебная организация направляет детей для получения заключения психолого-медико-педагогической комиссии с подробной выпиской из исто-

рии развития ребенка, с заключениями врачей, наблюдающих их в медицинской организации по месту жительства, так как программа и условия обучения разрабатываются вследствие имеющихся заболеваний. Федеральным казенным учреждением «Главное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации всем детям до 18 лет при установлении категории «ребенок-инвалид» в обязательном порядке разрабатываются ИПРА, где мероприятия психолого-педагогической реабилитации и абилитации определяются с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии о результатах проведенного обследования ребенка.

По данным статистической отчетности по форме государственного федерального наблюдения № 7-Д (собес) в 2016 году признаны инвалидами 7403 ребенка, разработано ИПРА для 7830 детей, что составляет 105,8 %. В общей структуре реабилитационных мероприятий Мероприятия по психолого-педагогической реабилитации или абилитации разработаны в 100 %. Из них в 100 % случаев определена нуждаемость в рекомендациях по условиям организации обучения и психологической помощи в образовательной организации; в 7,4 % случаев определена нуждаемость в профессиональной ориентации, оказываемой в образовательной организации (это дети с 14 до 18 лет).

Для оптимизации процедуры получения детьми, которые проходят медико-социальную экспертизу, заключения ПМПК нашим Учреждением совместно с Министерством здравоохранения Красноярского края проведена организационная работа, и сейчас перед направлением на медико-социальную экспертизу лечебное учреждение в обязательном порядке направляет ребенка для получения заключения психолого-медико-педагогической комиссии. Таким образом, на освидетельствование в бюро МСЭ дети обращаются уже с наличием данного заключения. Это способствует своевременному и качественному предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, по результатам которой разрабатывается ИПРА ребенка-инвалида с оптимальным комплексом мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации.

Нашим Учреждением регулярно прово-



дятся совещания с участием представителей ПМПК на территории Красноярского края и г. Красноярска с обсуждением актуальных рабочих вопросов в данном направлении.

В настоящее время подписано соглашение между ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю», Министерством здравоохранения, Министерством образования и Центральной психолого-медико-педагогической комиссией Красноярского края с целью оптимизации взаимодействия этих ведомств для своевременного и качественного предоставления государственной услуги по медико-социальной экспертизе детям-инвалидам и обеспечения качественного выполнения мероприятий их комплексной реабилитации.

Также ведется работа по межведомственному взаимодействию в рамках реализации вступивших в силу с 1 января 2016 года приказа Минтруда России от 31.07.2015 г. № 528н и приказа Минтруда от 15.10.2015 г. № 723н, в соответствии с которыми учреждение медико-социальной экспертизы направляет в орган исполнительной власти, определенный исполнителем реабилитационных и абилитационных мероприятий, выписку из ИПРА, с использованием единой системы межведомственного электронного взаимодействия и подключаемых к ней региональных систем межведомственного электронного взаимодействия.

Органы исполнительной власти (в данном случае – Министерство образования) в 3-дневный срок с даты поступления выписки

организуют работу по разработке перечня мероприятий (в том числе и по обучению ребенка-инвалида) и определяют исполнителей – образовательные организации. Предусмотрена и «обратная связь» - органом исполнительной власти должны предоставляться в учреждение медико-социальной экспертизы сведения о выполнении мероприятий реабилитации и абилитации.

Такой механизм реализации ИПРА, разработанный Министерством труда и социальной защиты РФ, позволит эффективно осуществлять контроль за своевременностью и полнотой предоставления ребенку-инвалиду рекомендованных ему услуг, в т.ч. в сфере образования.

В настоящее время данные о разработанных ИПРА из всех бюро МСЭ Красноярского края оперативно поступают на общую базу данных «Витрина», разработанную Федеральным бюро медико-социальной экспертизы, г. Москва. Министерство образования и другие краевые ведомства – исполнители реабилитационных мероприятий подключены к этой базе данных, что позволяет им отслеживать установленную нуждаемость каждого инвалида в мерах реабилитации.

Планируется продолжение тесного сотрудничества в целях реализации прав детей-инвалидов на получение образования в соответствии с нормативно-правовой базой по медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов.



USING ICF-BASED WORQ TO UNDERSTAND FUNCTIONING AND PREDICTING RETURN TO WORK OF PEOPLE WHO UNDERGO VOCATIONAL REHABILITATION

*Swiss Paraplegic Research¹,
Nottwil, Switzerland,
University of Vermont²,
Burlington VT USA*

Introduction. Vocational rehabilitation (VR) aims to facilitate early and sustained return to work. A carefully planned and comprehensive vocational assessment can optimize the timing and selection of VR interventions. A comprehensive framework is essential to our understanding of work disability. The ICF Core Sets for VR was used to develop the Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ) to assess work functioning. The aim of this study was (1) to determine the psychometric properties of WORQ, (2) to evaluate change in work functioning over time, and (3) to examine if WORQ-SR can predict return-to-work.

Methods. Data were collected longitudinally on people with predominantly musculoskeletal conditions: admission to VR program (T0), 7 days after admission (T1), discharge from VR program (T2), 3 months after discharge (T3), and 6-months after discharge (T4). We conducted three studies—the first of which is cross-cultural adaption of WORQ and will not be discussed here.

In the second study, a Rasch analysis was performed to confirm the WORQ sum score. Four sub-scores were developed and evaluated. First a calibration sample was constructed, meaning that the WORQ calibration data set contained data from each participant, i.e. from only one participant at a time, was randomly selected at a specific time point (T0-T4). The 40 items of WORQ were summed for each participant into a single summary score.

In the third study, data from all study participants who completed the case report form (CRF) at T0 or T2 with available information on work status for T3 or T4 were included in this study. To estimate the contribution of work functioning at admission or discharge to predict work status (1 = “at work” and 0 = “not working”) at 3 months and

6 months, we used a model-building approach. In a first step, potential predictor variables at T0 for work status at T3 (dependent variable) were identified using Spearman correlation. Next, all significant variables ($p < 0.50$) were considered for logistic regression. Variables were examined for collinearity ($\rho > 0.80$). If collinearity was found, the variable with the smallest p-value was considered for additional testing. The significant variables ($p < 0.10$) were entered in a logistic regression model according to their level of significance to perform a forward elimination process.

To investigate the developmental pathways of the participants concerning return to work, we applied a group-based trajectory model. A developmental trajectory maps the course of symptoms and/or outcomes and assesses heterogeneity in response to clinical interventions, e.g. VR interventions. To apply trajectory models, at least 4 measurement time points are needed. We based our analysis on WORQ-interval sum scores that were calculated for T0, T2, T3 and T4 based on the transformation table from the Rasch analysis.

Results. The final calibration dataset contained 221 records. A Rasch analysis was performed first for the entire WORQ, 40 items, to test its dimensionality as a whole. Unidimensionality and fit to the Rasch model of the summary score were proven based on a testlet solution. For research purpose, a body function sub-score with 18 items and an activity and participation sub-score with 22 items were also able to be confirmed. In addition to the summary score, a body function score and an activity & participation score and 4 clinical sub-scores for cognition, emotion, dexterity and mobility were developed. Finally, a transformation table was created, so ordinal scores of WORQ are able to be transformed into interval scores.

In total, we were able to include 217 partici-



pants at baseline (T0). However, only 80 participants provided final information on T4. The socio-demographic characteristics remained mostly stable over the 4 time points. Although indicators of functioning changed significantly over time, the amount of change in functioning or self-reported health was small. Due to the small number of participants at T4 (n=80), we decided to limit the statistical analysis for prediction of work status to T3. Data on work status were retrieved from WORQ at T3 for 110 participants. In addition, the study center provided work status at T3 for another 14 participants of T0 or T2, based on a data collection for routine quality improvement.

Overall, significant correlations of predictor variables with work status were low (0.385 to - 0.286). Based on the correlations, we decided to only include functioning information from T2. The final model included three predictor variables: work contract, patient expectation of return-to-work within 6 months and the WORQ sum score. The final model explained 42.8% of the variance in the data and predicted 77.1 % of the patients correctly.

To estimate the group trajectory model we estimated a separate censored normal trajectory model for the WORQ sum score using Stata plug in "traj". Four groups were detected, in which the majority of participants, group 2 and 3, (intercept 42.9 and 46.39) showed a stable situation of work-related problems as measured by WORQ. Trajectory 4 (increase of problems in the follow-up period; intercept 49.6) contained only one person and trajectory 1 (constant improvement

of work-related functioning over time; intercept 39.01) contained only 6 persons.

Discussion. Although the attrition rate at T3 and T4 was high, the data allowed to psychometrically evaluate WORQ and to develop a psychometrically sound sum score as well as four subscores as planned. The results are promising, but they need to be further evaluated in other populations or VR settings. WORQ proved to be able to capture small changes in functioning over time, which would support its use throughout rehabilitation and gauge VR effectiveness. The predictive model for work status at T3 could not be confirmed at T4 because of the lack of data. The confirmation of the model is being planned for 12-month post discharge (T5) using data routinely collected for quality assurance in the study center. Data will be available in January 2018. Nevertheless, the data revealed that patients assigned to our study remained mostly stable in terms of functioning over time. This may confirm their primary need for vocational rehabilitation instead of traditional medical rehabilitation.

Conclusion. WORQ is a reliable, valid, and easy to administer questionnaire to assess work-related functioning. We provided evidence that work-related functioning may provide an added value when predicting future work status and could inform ways on how to optimize VR interventions over time. A simple way to assess work-related functioning based on patient perspective may help to guide rehabilitation management and the timing and planning of VR interventions.



ПРИМЕНЕНИЕ ОПРОСНИКА WORQ, ОСНОВАННОГО НА МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ДЛЯ ПОНИМАНИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВОЗВРАЩЕНИЯ К РАБОТЕ ЛЮДЕЙ, ПРОХОДЯЩИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ

*Швейцарская группа исследований парализованных¹,
г. Ноттвиль, Швейцария
Вермонтский университет²,
г. Берлингтон, Вермонт, США*

Введение. Профессиональная реабилитация (ПР) направлена на то, чтобы способствовать раннему возвращению людей к работе и сохранению ими этой работы. Тщательно запланированная и всесторонняя оценка человека как работника позволяет оптимизировать выбор конкретных мероприятий ПР и время их осуществления. Очень важное значение для нашего понимания нетрудоспособности имеет наличие всесторонней системы. На основе базового набора МКФ для ПР был разработан Опросник по профессиональной реабилитации (WORQ), позволяющий оценивать профессиональное функционирование. Целью данного исследования было: (1) определить психометрические свойства WORQ; (2) оценить изменения в профессиональном функционировании с течением времени; (3) установить, способен ли WORQ прогнозировать возвращение к работе.

Методы. Мы собрали данные по пациентам преимущественно со скелетно-мышечными состояниями; сбор данных производился несколько раз: при поступлении в программу ПР (M0), через 7 дней после поступления (M1), при выписке из программы ПР (M2), через 3 месяца после выписки (M3) и через 6 месяцев после выписки (M4). Мы провели три исследования; первое из них представляет собой кросс-культурную адаптацию WORQ и здесь обсуждаться не будет.

Во втором исследовании был выполнен Раш-анализ с целью подтверждения суммарного показателя WORQ. Были разработаны и

оценены четыре субпоказателя. Сначала была создана калибровочная выборка; это значит, что калибровочный набор данных содержал данные от каждого участника, т. е. только от одного участника в один момент времени, был выбран случайно в конкретный момент времени (от M0 до M4). Все 40 пунктов WORQ были суммированы для каждого участника в один суммарный показатель.

В третье исследование были включены данные от всех участников исследования, которые в момент M0 или M2 внесли в индивидуальную регистрационную карту имеющуюся информацию касательно статуса занятости на момент M3 или M4. Чтобы оценить вклад профессионального функционирования при поступлении или выписке в плане прогнозирования статуса занятости (1 = «работаю», 0 = «не работаю») через 3 месяца и 6 месяцев после выписки, мы применили метод построения модели. Сначала при помощи коэффициента корреляции Спирмена были установлены переменные на момент M0, являющиеся потенциальными предикторами статуса занятости в момент M3 (зависимая переменная). Затем все значительные переменные ($p < 0,50$) были рассмотрены на предмет включения в логистическую регрессию. Переменные были изучены на предмет коллинеарности ($\rho > 0,80$). Если обнаруживалась коллинеарность, переменная с наименьшим значением r рассматривалась для дополнительного тестирования. Значительные переменные ($p < 0,10$) были введены в логистическую регрессионную модель в со-

ответствии с их уровнем значимости, чтобы выполнить процесс прямого исключения.

Чтобы исследовать пути развития участников в плане возвращения к работе, мы использовали модель групповых различий в траекториях развития. Траектория развития отображает течение симптомов и (или) исходов и оценивает гетерогенность ответов на клинические вмешательства, напр., мероприятия ПР. Для применения моделей траекторий требуется не менее 4 моментов измерения. В нашем анализе мы опирались на суммарные показатели WORQ, которые были подсчитаны для моментов M0, M2, M3 и M4, исходя из трансформационной таблицы из Раш-анализа.

Результаты. Окончательный калибровочный набор данных содержал 221 запись. Раш-анализ был выполнен сначала для всего опросника WORQ (40 пунктов), чтобы протестировать его размерность как единого целого. На основании решения секции теста были доказаны одномерность суммарного показателя и его соответствие модели Раша. Также удалось подтвердить субпоказатель функций организма с 18 пунктами и субпоказатель активности и участия с 22 пунктами. В добавление к суммарному показателю, были разработаны показатель функций организма, показатель активности и участия и 4 клинических субпоказателя для познавательной способности, эмоций, ловкости и мобильности. Наконец, была создана трансформационная таблица, так чтобы порядковые показатели WORQ можно было трансформировать в интервальные показатели.

В исходный момент (M0) мы смогли включить в исследование 217 участников. Однако окончательную информацию в момент M4 предоставили только 80 участников. Социально-демографические характеристики оставались по большей части постоянными во все 4 момента времени. Хотя индикаторы функционирования с течением времени значительно изменились, объем изменений в функционировании и в здоровье (по оценкам самих участников) был небольшим. В связи с небольшим числом участников в момент M4 (80 человек) мы решили ограничить статистический анализ для прогнозирования статуса занятости моментом M3. Данные по статусу занятости были взяты из WORQ на момент M3 для 110 участников. Кроме того, учреждение, где проводилось исследование, сообщило о статусе

занятости на момент M3 еще 14 участников момента M0 или M2, основываясь на сборе данных для рутинного повышения качества.

В целом значительные корреляции переменных-предикторов со статусом занятости были низкими (от 0,385 до -0,286). Исходя из этих корреляций, мы решили включить только информацию по функционированию на момент M2. Окончательная модель включала три переменных-предиктора: наличие трудового договора, надежды пациента на возвращение к работе в течение 6 месяцев и суммарный показатель WORQ. Окончательная модель объяснила 42,8 % расхождений в данных и дала верный прогноз относительно 77,1 % пациентов.

Чтобы оценить модель групповых различий в траекториях развития, мы оценили отдельную нормальную модель траекторий для суммарного показателя WORQ. Были выявлены 4 группы, из которых группы с наибольшим числом участников – группы 2 и 3 (пересечение 42,9 и 46,39 соответственно) – продемонстрировали стабильную ситуацию в плане связанных с работой проблем, измеренных при помощи WORQ. Траектория 4 (усиление проблем в период наблюдения; пересечение 49,6) содержала только одного человека, а траектория 1 (постоянное улучшение профессионального функционирования с течением времени; пересечение 39,01) содержала только 6 человек.

Обсуждение. Хотя коэффициент отсева участников в моменты M3 и M4 был высоким, полученные данные все же позволили выполнить психометрическую оценку WORQ и разработать психометрически приемлемый суммарный показатель и четыре субпоказателя, как и планировалось. Результаты выглядят многообещающими, но необходима дальнейшая оценка WORQ в других популяциях или в других контекстах ПР. Выяснилось, что WORQ способен фиксировать небольшие изменения в функционировании с течением времени, что говорит в пользу его применения на всем протяжении реабилитации для оценки эффективности ПР. Прогностическую модель статуса занятости на момент M3 не удалось подтвердить в момент M4 в связи с недостатком данных. В настоящее время планируется подтверждение модели через 12 месяцев после выписки (M5) с использованием данных, рутинно собираемых для обеспечения качества в учреждении, где проводится исследование. Данные будут доступны в январе 2018 г. Тем



не менее, полученные данные показали, что пациенты, включенные в наше исследование, оставались по большей части стабильными в плане функционирования с течением времени. Возможно, это подтверждает, что им в первую очередь нужна профессиональная реабилитация вместо традиционной медицинской реабилитации.

Вывод. WORQ является надежным, валидным и легким в применении опросником для оценки профессионального функционирования. Мы представили доказательства того, что

профессиональное функционирование может быть дополнительной величиной при прогнозировании статуса занятости и что оно может подсказывать, как оптимизировать мероприятия ПР с течением времени. Простой способ оценки профессионального функционирования на основе точки зрения пациента, каким является WORQ, может быть полезен в деле организации реабилитации и планирования мероприятий ПР.

Перевод В.В. Кострова



СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ	
Бабичук Л.Д., Окунев М.И., Кравченко С.Н., Колмогоров А.Г., Резникова Г.В. Трудоустройство пострадавших от несчастных случаев на производстве – конечная цель комплексной реабилитации г. Кемерово, Россия	5
Березина Г.В., Барковская О.С., Сафонова А.А., Примакова М.В., Гриценко Т.В. Модель межведомственного взаимодействия при разработке и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида с нарушением функции опоры и движения. Вопросы маршрутизации в реабилитации и абилитации инвалидов. Организационные решения г. Новосибирск, Россия	8
Берман А.М. Вопросы организации эндопротезирования крупных суставов г. Новокузнецк, Россия	10
Васильченко Е.М. Актуальные вопросы реабилитации инвалидов с утратой конечности. Значение протезирования и альтернативных способов восстановления мобильности г. Новокузнецк, Россия	11
Васильченко Е.М. Клинико-организационная модель лечения и реабилитации инвалидов с утратой конечности вследствие заболеваний периферических артерий г. Новокузнецк, Россия	13
Васильченко Е.М., Карапетян К.К. Подготовка и внедрение международных инструментов оценки статуса пациентов с ограниченными возможностями в практику медицинской реабилитации г. Новокузнецк, Россия	15
Волобоева Т.В., Бобряшев С.А., Смагина Т.Н. Региональные аспекты организации социальной реабилитации инвалидов (на примере Оренбургской области) г. Оренбург, Россия	17
Золотов Г.К., Цой В. К., Васильченко Е.М. Пути совершенствования хирургической и реабилитационной помощи больным с ампутацией нижних конечностей г. Новокузнецк, г. Кемерово, Россия	19
Кускова С.П. Система экспертно-реабилитационной помощи пациентам, перенесшим трансплантацию печени пос. Городище, Республика Беларусь	21
Львова Н.Л. Использование международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в практике медицинской реабилитации пациентов с сахарным диабетом 2 типа пос. Городище, Республика Беларусь	23
Махов В.А. Организация информационного обеспечения реабилитации и абилитации инвалидов на региональном уровне г. Новокузнецк, Россия	25
Мухаметгалеева Е.Д., Муравцева Т.М., Семенова Е. В., Дьяконова Ю.А. Модель межведомственного взаимодействия при разработке и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации детей-инвалидов в Удмуртской Республике в 2016 году г. Ижевск, Россия	26
Сытин Л.В., Жестикова М.Г. Формирование отечественной системы комплексной реабилитации больных и инвалидов: проблемы и перспективы г. Новокузнецк, Россия	28
Хорькова О.В., Карасаева Л.А. Вопросы совершенствования межведомственного взаимодействия в рамках разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидам пожилого возраста г. Санкт-Петербург, Россия	31



Шестаков В.П., Свинцов А.А. Достижения института реабилитации и абилитации инвалидов г. Санкт-Петербург, Россия	32
Шошмин А.В., Бесстрашнова Я.К. Оценка системы реабилитации и абилитации в субъекте Российской Федерации г. Санкт-Петербург, Россия	34
ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ. СТАТИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ	
Андрейчук Е.Л., Карпова Л.В. Анализ инвалидности взрослого населения вследствие травм, отравлений и других воздействий внешних причин в Иркутской области в 2014-2016 годах г. Иркутск, Россия	39
Баишева А.А., Неустроева М.А. Анализ показателей первичной инвалидности, первичной и общей заболеваемости среди детского и взрослого населения по болезням костно-мышечной системы в Республике Саха (Якутия) г. Якутск, Россия	41
Безменова А.С., Васильева В.Н., Яковлева А.Е. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при ампутированных культях конечностей вследствие отморожений в динамике за 2014-2016 годы по Республике Саха (Якутия) г. Якутск, Россия	44
Власова-Розанская Е.В. Алгоритм экспертно-реабилитационной диагностики при основной инвалидизирующей патологии нефрологического профиля с позиции международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья пос. Городище, Республика Беларусь	46
Гичкун Л.П., Чухнина Е.М., Литвинова М.В. Структура первичной инвалидности взрослого населения Волгоградской области в динамике 2014-2016 годов г. Волгоград, Россия	48
Доронина О.Е., Рябоконь А.Г. Структура инвалидности при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани. Потребность инвалидов в технических средствах реабилитации г. Санкт-Петербург, Россия	49
Захарова Г.Н., Лугинова Л.Д., Самсонова И.И. Опыт применения аппаратно-программного комплекса в исследовании психического функционирования в Главном бюро медико-социальной экспертизы по Республике Саха (Якутия) г. Якутск, Россия	51
Калашников А.И., Шамшева Е.В., Саликова С.И. Анализ первичной инвалидности вследствие травм опорно-двигательного аппарата взрослого населения Омской области в 2014-2016 годах г. Омск, Россия	53
Карицкая Ю.О., Шамшева Е.В., Саликова С.И. Анализ первичной, повторной инвалидности и потребность в технических средствах реабилитации при злокачественных новообразованиях г. Омск, Россия	55
Копыток А.В. Показатели первичной инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани в Республике Беларусь пос. Городище, Республика Беларусь	57
Кулькина Н.М., Зубарь О.И., Алиманова Т.Ю., Саликова С.И., Юревич Л.В. Особенности установления инвалидности лицам с психическими расстройствами на основании количественной системы оценки степени выраженности нарушений функций организма человека г. Омск, Россия	58
Кускова С.П. Технология медицинской реабилитации в свете международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья пос. Городище, Республика Беларусь	61
Лыхина Л.В., Мезенцева М.Ю. Анализ занятости инвалидов трудоспособного возраста, находившихся на стационарном лечении в период 2014-2016 годов г. Новокузнецк, Россия	62



Низамов Р.Х., Пузанова О.В., Абдразакова Р.А., Сабирова Э.Р. Показатели инвалидизации граждан трудоспособного возраста и вопросы их профессиональной реабилитации в Республике Татарстан г. Казань, Россия	64
Петрунько И.Л., Сергеева Н.В., Емельянова Э.Г., Тумурова С.П., Соклакова В.И. Инвалидность взрослого населения Иркутской области вследствие заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани в 2014-2016 годах г. Иркутск, Россия	66
Плотникова О.А., Мавликаева Ю.А. Особенности формирования инвалидности и потребность в реабилитации у лиц молодого возраста (на примере Пермского края) г. Пермь, Россия	68
Савельева Л.М., Семенова В.Э., Горчакова Г.Т., Саликова С.И. Анализ первичной инвалидности последствий переломов нижних конечностей в 2014-2016 годах по данным бюро № 5 г. Омск, Россия	70
Саликова С.И., Карицкая Ю.О., Жукова А.М. Анализ первичной, повторной инвалидности взрослого населения вследствие сахарного диабета и их потребности в ортопедической обуви г. Омск, Россия	72
Сергеева О.В., Рушанян А.А. Исследование возможностей специального диагностического оборудования для объективизации степени нарушения функций организма у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата г. Воронеж, Россия	74
Спиридонова Л.Ч., Сат У.К., Ондар Ч.А. Состояние первичной детской инвалидности по Республике Тыва вследствие врожденных аномалий развития за 2014-2016 годы г. Кызыл, Россия	76
ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Гаркуша Л.Г., Баранова Л.Ю., Рыбченко Н.В., Сасси Н.Ю., Бормоткина Е.Ю., Архинчеева Д.А., Шулунова Т.В. Об анализе и контроле назначения технических средств реабилитации инвалидов в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области» Минтруда России г. Иркутск, Россия	81
Кароль Е.В., Ломоносова О.В., Шилов П.Б., Старковская Н.Ю., Гетманцев Е.А. Динамика показателей рекомендаций по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации для компенсации нарушения опоры и движения в Санкт-Петербурге в 2015-2016 годах г. Санкт-Петербург, Россия	83
Низамов Р.Х., Пузанова О.В., Сабирова Э.Р., Абдразакова Р.А. Оценка нуждаемости инвалидов с нарушением функции опоры и движения в обеспечении специальным транспортным средством при разработке им индивидуальной программы реабилитации и абилитации и программы реабилитации пострадавшего г. Казань, Россия	85
Перминов В.А., Хохлов В.Е. О результатах совместного анализа рекомендаций отдельных видов технических средств реабилитации в индивидуальных программах реабилитации или абилитации инвалидов Томской области за 2015-2016 годы г. Томск, Россия	87
Усенкова И.В., Рычкова Н.М., Кулешова Т.И. Реабилитация инвалидов на территории Красноярского края. Обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации по региональному перечню Красноярского края г. Красноярск, Россия	89
ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ	
Медицинская и социальная реабилитация инвалидов	
Басалай И.А., Власова-Розанская Е.В. Программы реабилитации пациентов с коморбидными состояниями: онкологические заболевания и болезни сердечно-сосудистой системы пос. Городище, Республика Беларусь	97



Васильченко Е.М., Дорофеева Л.В., Коваль О.А. Доступность реабилитационных мероприятий для инвалидов с утратой конечности в раннем периоде после ампутации г. Новокузнецк, Россия	99
Васильченко Е.М., Карапетян К.К. Инструмент описания и предварительный анализ социального и профессионального статуса пациентов с травматической болезнью спинного мозга г. Новокузнецк, Россия	101
Васильченко Е.М., Карапетян К.К. Факторы, влияющие на социальную вовлечённость и профессиональную активность пациентов с параличом г. Новокузнецк, Россия	102
Воронина Е.Н., Куприянова Т.Л. Влияние специально созданных условий для детей-инвалидов с нарушением функции опоры и движения на процесс реабилитации г. Кемерово, Россия	104
Гайдук А.А. Нелучевые методы диагностики в оценке реабилитационного лечения функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата у детей и подростков г. Санкт-Петербург, Россия	105
Гордеева Р.В., Кузьменко О.В., Киреева Л.Н., Анищенкова Т.И. Механокинезотерапия в ранней реабилитации производственной травмы г. Сорск, г. Новокузнецк, Россия	106
Гордеева Р.В., Кузьменко О.В., Киреева Л.Н. Реабилитация больных с профессиональной хронической обструктивной болезнью лёгких г. Сорск, г. Новокузнецк, Россия	108
Дедикова Т.Н., Коновалова Н.Г., Ляховецкая В.В. Динамика электрической активности мышц брюшного пресса у пациентов с патологией спинного мозга на шейном уровне под влиянием занятий на тренажере «ЭКЗАРТА» г. Новокузнецк, Россия	110
Ильясова О.В., Попонникова Т.В., Федосеева И.Ф., Галиева Г.Ю., Глебова И.В. Эффективность применения ботулинотерапии в реабилитации больных детским церебральным параличом г. Кемерово, Россия	112
Кароль Е.В., Кантемирова Р.К., Ломоносова О.В., Иванов О.В., Хандрикова Я.Н., Царахова Н.М. Анализ эффективности реабилитации инвалидов пожилого возраста вследствие цереброваскулярных болезней с двигательными нарушениями г. Санкт-Петербург, Россия	114
Коваленко А.В. Особенности реализации программы по снижению смертности от инсульта в Кемеровской области г. Кемерово, Россия	116
Коновалова Н.Г., Ляховецкая В.В. Гидрокинезотерапия в реабилитации пациентов с последствиями тяжелой позвоночно-спинномозговой травмы на шейном уровне г. Новокузнецк, Россия	117
Коновалова Н.Г., Ляховецкая В.В., Деева И.В. Формирование постральной регуляции пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы на шейном уровне с использованием тренажера «БАЛАНС-МАСТЕР» г. Новокузнецк, Россия	119
Короткевич А. А., Рыбалко Е. И., Жестикова М.Г. Клинико-социальные аспекты реабилитации пациентов с цереброваскулярной болезнью в условиях первичного сосудистого отделения г. Новокузнецк, Россия	121
Кузнецов В.В., Зайцев Н.М. Опыт реабилитации на II и III этапах после травм и эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов в ПАО Санаторий «Прокопьевский» г. Прокопьевск, Россия	123
Кулемзина Т.В. Саногенетическая терапия детей с синдромом дисплазии соединительной ткани г. Донецк	125
Куликов А.Г., Воронина Д.Д. Ранняя реабилитация пациентов после дискэктомии как профилактика инвалидности г. Москва, Россия	127



Куликов А.Г., Зайцева Т.Н. Сколиоз у детей. Возможности реабилитационно-образовательных центров в профилактике инвалидизации г. Москва, Россия	129
Михайлов С.Н., Артемова Н.Э., Чернов В.А., Елфимова О.А. Физическое и психотерапевтическое лечение пациентов, перенесших инфаркт миокарда и имеющих в анамнезе ишемический инсульт на II этапе медицинской реабилитации г. Оренбург, Россия	130
Михайлов С.Н., Чернов В.А., Белов В.В., Зацепина Н.В. Применение стабелографии в диагностике и лечении больных, перенесших инфаркт миокарда и имеющих в анамнезе ишемический инсульт г. Оренбург, Россия	132
Паршутина Е.В., Мариупольская Т.Г., Вальчик Т.А., Мищенко О.Б., Давыдова Т.В. Особенности разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации детей-инвалидов с психическими расстройствами в Алтайском крае г. Барнаул, Россия	134
Петров К.Б. Задачи лечебной гимнастики у больных остеохондрозом позвоночника г. Новокузнецк, Россия	137
Петрунько И.Л., Сергеева Н.В., Емельянова Э.Г., Тумурова С.П., Миненкова М.Е. Реабилитация инвалидов в возрасте 18 лет и старше вследствие заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани в Иркутской области в 2014-2016 годах г. Иркутск, Россия	139
Плюхина Г.А. Опыт работы службы домашнего визитирования в семьях с детьми-инвалидами г. Новокузнецк, Россия	141
Полковников И.А., Федосеева И.Ф., Корнеева И.А., Милячакова К.П. Применение метода динамической проприоцептивной коррекции в условиях реабилитационного центра «Фламинго» при лечении двигательных нарушений у детей г. Кемерово, Россия	142
Полковников И.А., Федосеева И.Ф., Попонникова Т.В., Корнеева И.А., Трофимова Г.Г., Наумов Л.В. Оценка двигательной функции для определения эффективности реабилитации больных детским церебральным параличом г. Кемерово, Россия	143
Стрельникова А.В., Садовой М.А., Самохин А.Г. Характеристика постурального баланса после хирургического лечения у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника при наличии и отсутствии проведения реабилитационных мероприятий в раннем послеоперационном периоде г. Новосибирск, Россия	145
Тельминова К.В. Влияние акции «Сибирская Робинзонада» на процесс социализации инвалидов г. Новокузнецк, Россия	146
Тен С.Б., Молдавская И.В. Ранняя физическая реабилитация инвалидов с острым нарушением мозгового кровообращения г. Кемерово, Россия	147
Устинова О.А. Реабилитация и абилитация детей с ограниченными возможностями здоровья на детской площадке г. Новокузнецк, Россия	149
Харитонов Т.М., Давиденко О.А. Опыт реабилитации детей с детским церебральным параличом при помощи адаптированного велосипеда «РИФТОН» г. Кемерово, Россия	150
Piotr Tederko, Marek Krasuski, Beata Tarnacka Rehabilitation needs of patients after cervical disc surgery for neck pain and radiculopathy Warsawa, Polish Republic	152
Piotr Tederko, Marek Krasuski, Beata Tarnacka Потребность в реабилитации пациентов, перенесших хирургическую операцию на межпозвоночных дисках шейного отдела позвоночника по поводу боли в шее и радикулопатии г. Варшава, Республика Польша	155



Реконструктивная хирургия	
Золоев Д.Г., Коваль О.А., Золоев Г.К. Результаты артериальных реконструкций при критической ишемии у больных с культями нижних конечностей г. Новокузнецк, Россия	161
Палаткин П.П., Филатов Е.В. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря у пациентов с травматической болезнью спинного мозга г. Новокузнецк, Россия	162
Пьянков П.А., Коваль О.А., Труханов А.Г., Золоев Д.Г., Батискин С.А., Батраков А.М. Осложнения раннего послеоперационного периода каротидной эндартерэктомии при поражении брахиоцефальных артерий г. Новокузнецк, Россия	163
Трубин В.В. Пластика суральным лоскутом при субтотальном дефекте ахиллова сухожилия у больного с контрлатеральной культей голени. Первый опыт г. Новокузнецк, Россия	164
Трубин В.В., Дусматов Т.Д. Применение дистракционного аппарата при пластике порочных рубцов задней поверхности короткой культы голени г. Новокузнецк, Россия	166
Труханов А.Г., Золоев Д.Г., Батискин С.А., Коваль О.А., Пьянков П.А. Результаты эндоваскулярных вмешательств у пациентов с дистальным поражением артериального русла г. Новокузнецк, Россия	167
Филатов Е.В. Факторы, определяющие развитие спастического и болевого синдромов у пациентов с травматической болезнью спинного мозга г. Новокузнецк, Россия	168
Филатов Е.В., Овчинников О.Д., Баранников А.А. Хирургическое лечение гетеротопической оссификации области тазобедренных суставов в комплексе двигательной реабилитации при травматической болезни спинного мозга г. Новокузнецк, Россия	170
Филатов Е.В., Урюпин В.Ю., Ульянич А.Г. Влияние спастического синдрома на двигательную реабилитацию пациентов при травматической болезни спинного мозга г. Новокузнецк, Россия	171
АМПУТАЦИЯ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОНЕЧНОСТИ	
Коваль О.А., Батискин С.А., Батраков А.М. Ампутации нижних конечностей при облитерирующих заболеваниях сосудов г. Новокузнецк, Россия	175
Коваль О.А., Золоев Г.К., Батискин С.А. Транстибиальные ампутации нижней конечности при окклюзионных поражениях подвздошных артерий г. Новокузнецк, Россия	176
Королев С.Г. Обращаемость пациентов Кемеровской области на первичное протезирование конечностей по районам г. Новокузнецк, Россия	178
Косарев В.А. Медико-демографическая характеристика и двигательный статус инвалидов, поступающих на первичное протезирование нижних конечностей г. Новокузнецк, Россия	179
Макаров Д.Н. Биохимические параметры крови, как предикторы госпитальной летальности при ампутации конечности у пациентов с заболеваниями периферических артерий г. Новокузнецк, Россия	182
Суслиев В.Г., Смирнова Л. М. Результаты внедрения новых технологий лечебно-тренировочного протезирования в ранние сроки после ампутации голени и бедра г. Санкт-Петербург, Россия	183
Суслиев В.Г., Янковский В.М., Щербина К.К. Проблемы организации первичного протезирования инвалидов пожилого возраста после ампутации голени и бедра г. Санкт-Петербург, Россия	184



Ягунова О.П. Сравнительная оценка клинико-биохимических показателей у пациентов, поступивших на первичное протезирование после ампутации конечностей травматического и сосудистого генеза г. Новокузнецк, Россия	186
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. ТРУДОУСТРОЙСТВО	
Агарков Н.Н. Лебедева И.П. Социальная и профессиональная реабилитация инвалидов в свете решения задач опережающего развития системы среднего профессионального образования, с учетом актуальных международных стандартов. Опыт, перспективы, риски г. Новокузнецк, Россия	189
Башарова А.В., Мустафина Э.Д., Бакиева Р.М. Социальная и профессиональная значимость реабилитации и абилитации инвалидов трудоспособного возраста с нарушением функции опоры и движения в Республике Башкортостан г. Уфа, Россия	191
Громов В.Н. Реализация индивидуальной образовательной траектории для студентов-инвалидов с нарушением функции опоры и движения с использованием дистанционных образовательных технологий в системе среднего профессионального образования г. Кинешма, Россия	193
Катаева Н.В., Недосекова И.В., Юревич Л.В. Особенности формирования профессиональной программы реабилитации пострадавших на производстве г. Омск, Россия	195
Ломоносова О.В., Абросимов А.В., Кароль Е.В. Анализ разработки и реализации мероприятий по профессиональной реабилитации инвалидов в г. Санкт-Петербурге г. Санкт-Петербург, Россия	197
Разенкова Н.Е. Подготовка педагогов для работы с инвалидами г. Новокузнецк, Россия	198
Разенкова Н.Е., Рукавицина Е.Д. Организация учебной и производственной практики будущих специалистов для работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья г. Новокузнецк, Россия	200
Усенкова И.В., Пузанова Л.И., Курочкина Т.Н., Куликова М.М. Роль медико-социальной экспертизы в реализации прав детей инвалидов на получение образования в Красноярском крае г. Красноярск, Россия	202
Monika E. Finger, Reuben Escorpizo Using ICF-based WORQ to understand functioning and predicting return to work of people who undergo vocational rehabilitation Nottwil, Switzerland, Burlington VT USA	205
Monika E. Finger, Reuben Escorpizo Применение опросника WORQ, основанного на международной классификации функционирования, для понимания функционирования и прогнозирования возвращения к работе людей, проходящих профессиональную реабилитацию г. Ноттвиль, Швейцария, г. Берлингтон, Вермонт, США	207