

Эффективность мер медицинской реабилитации

На основе анализа динамического обследования в ходе реабилитации раненых, получивших минно-взрывные ранения в ходе локальных вооруженных конфликтов, установлено, что патология внутренних органов и систем в посттравматическом периоде выявляется у 88,6% раненых, получивших минновзрывные ранения, и характеризуется: со стороны сердечно-сосудистой системы – систолической дисфункцией сердца (39,2%), нарушением сердечного ритма (56,6%) и проводимости (45,5%), миокардиодистрофией (13,4%); со стороны дыхательной системы – умеренными нарушениями функции внешнего дыхания по обструктивному, рестриктивному и смешанному типам (50,7%), гипервентиляционным синдромом психогенного характера (21,8%); со стороны пищеварительной системы – хроническим гастродуоденитом с повышенной кислотообразующей функцией (26,1%); со стороны мочевыделительной системы – мочевым синдромом (19,7%), а также их сочетанием. Недостаточность питания в периоде реконвалесценции выявлена у 36,2% раненых. У 90,3% раненых имели место нарушения адаптационных реакций различной степени выраженности. В результате применения комплексных дифференцированных реабилитационных программ достигнут наиболее высокий реабилитационный эффект (В.П. Ярошенко и соавт., 2014).

Пострадавший имеет право на пожизненное диспансерное наблюдение и лечение болезней внутренних органов, возникающих в посттравматическом периоде.

Эффективность МР у пострадавших с нарушениями костно-мышечной системы составляет 80-86%; функций системы кровообращения 78-84%, нервной системы – 75-81%.

Страховые представители всех уровней должны быть ориентированы на первоочередность рассмотрения обращений и жалоб ветеранов и пострадавших с последствиями боевой травмы, в т.ч. при возникновении проблем со сроками начала, объемами и качеством реабилитационных мероприятий. Страховые представители, понимая психологическую сущность явления стигматизации, особенно у пострадавших с дефектами опорно-двигательного аппарата, челюстно-лицевой области, черепной коробки, должны строить свою работу максимально деликатно, но в тоже время достаточно активно, чтобы способствовать созданию у пострадавшего доверия к системе ОМС и мотивации приверженности к реабилитации. Информационное сопровождение пострадавших в системе ОМС должно строиться, исходя из этапов психологического переживания последствий боевой травмы, и прежде всего направлено на скорейшее преодоление этапа неприятия последствий травмы, неверия в будущее, отсутствия осознания себя, как полноценного правового субъекта социума, невозможности возврата полноценной жизни. Информационное сопровождение пострадавших должно учитывать необходимость предоставления пострадавшим реальной информации по эффективности мер современной медицинской реабилитации и воссозданию в ее результате приемлемого качества жизни с реализацией возможных новых жизненных перспектив – жизнь без боли и депрессии, новая учеба, трудоустройство, творчество, спорт, культура.

Клинический пример:

«Рядовой Константин Л., 20 лет, в ноябре 2001 г. был отправлен в Чечню. Десятки раз, рискуя жизнью, он вытаскивал истекающих кровью бойцов из-под обстрела. Награжден медалью «За службу на Кавказе», приставлен к ордену Мужества. Но сам он получил ранение при других обстоятельствах: 24 сентября 2002 года, возвращаясь после выполнения задачи на автомашине медвзвода, подорвался на фугасе. Этот взрыв унес жизнь нескольких его сослуживцев. Константин Л. остался жив, однако потерял правый глаз, левую руку и правую ногу. Он прошел лечение в госпиталях в Ханкале, Моздоке, Ростове-на-Дону, Красногорске, в Москве – в 6-м ЦВКГ. В госпитале раненому было выполнено протезирование и проведена программа социально-психологической реабилитации, которая началась с глубокой психологической диагностики его личности. Состояние пострадавшего было крайне тяжелым. Он переживал глубочайшую депрессию по поводу тяжести полученного ранения, кроме того, его мучило чувство вины по поводу невозможности оказания помощи погибшим на его глазах сослуживцам. Для Константина Л. была определена индивидуальная программа реабилитации: психологическое консультирование, участие в работе групп психологического дебрифинга, психодрамы, музыкальная психокоррекция, сеансы биологической обратной связи, курс сеансов альфамассажа (полисенсорная капсула) и физиотерапевтическое лечение, работа в тренажерном зале, занятия в школе протезируемых больных и обучение по 40часовой программе основам компьютерной грамотности. После прохождения программы через 7 месяцев было проведено повторное психологическое обследование личности

пациента, отмечена положительная динамика по таким показателям, как гармоничность, уверенность в себе, снижение тревожности, в целом было установлено отсутствие первичных симптомов посттравматического стрессового расстройства. Пройдя курс реабилитации, Константин Л. был уволен из Вооруженных Сил, и в апреле 2003 года вернулся домой. Он живет в небольшом городке под Петрозаводском. При помощи властей города получил двухкомнатную квартиру. У него есть невеста. Ему предоставили работу на деревообрабатывающем комбинате оператором на компьютере (знания, приобретенные во время лечения в госпитале,годились). Константин Л.

справляется с нагрузкой, мастерски используя протез руки. В настоящее время находится в госпитале по поводу смены гильзы протезов. На сегодняшний день это активный, энергичный, настойчивый, целеустремленный, уверенный в себе мужчина, у которого много разных планов на будущее» (А.Л. Иванов и соавт., 2003).