

УДК 614.2

РЕАБИЛИТАЦИЯ – КОНСТИТУЦИОННАЯ ГАРАНТИЯ ГОСУДАРСТВА И ЗАКОННОЕ ПРАВО ПОСТРАДАВШИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ТРАВМЫ:

ЧАСТЬ 1 – ОБЯЗАТЕЛЬСТВА, АКТУАЛЬНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ В СИСТЕМЕ ОМС (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.А. Старченко, А.В. Устюгов



Старченко А.А.



Устюгов А.В.

ООО «Капитал Медицинское
Страхование»

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, экспертиза качества медицинской помощи, права пациентов, права пострадавших с последствиями боевой травмы, медицинская реабилитация, боевая травма, ампутация, протезирование.

Реферат

Всероссийское голосование 2020 года о внесении поправок в Конституцию РФ показало высокую востребованность гражданами России конкретизации решения вопросов здравоохранения: «Статья 72 Конституции РФ. 1. В совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находятся: ж) координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи; социальная защита, включая социальное обеспечение». События 2022–2023 годов в военной сфере показали чрезвычайную актуальность данных изменений: всеобщими усилиями федеральной и региональной власти необходимо воссоздать новую, совершенную координацию, с одной стороны, с целью обеспечения пострадавших с последствиями боевой травмы доступной и максимально ранней системой реабилитации надлежащего объема и качества, а с другой стороны, сформировать новый уровень их социальной защиты и обеспечения на этапах социальной адаптации и восстановления трудоспособности. Реалии последних 20 лет показывают, что право на реабилитацию пострадавших с последствиями боевой травмы нуждается в охране и защите со стороны субъекта и участников системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Охрана права пострадавших на реабилитацию в системе ОМС осуществляется повседневной экспертной деятельностью фондов ОМС и страховых медицинских организаций (СМО) с целью выявления возможных нарушений прав на доступность и надлежащее качество мер реабилитации в отношении неопределенного круга лиц пострадавших. Охрана данного права в системе ОМС – это систематическая профилактическая функция СМО, направленная на исключение возможности нарушения прав пострадавших и создание равных надлежащих условий соблюдения их прав. Охрана права – это и всеобъемлющее информирование пострадавших об их правах и законных интересах, которое, становясь известным медорганизациям, создает условия для самостоятельного пресечения ими возможных нарушений. Охрана права на реабилитацию в системе ОМС – это важнейший системный шаг к преодолению стигматизации пострадавших, к осознанию пострадавшим своего приоритетного положения при получении медицинской помощи, в том числе и реабилитации. При выявлении нарушений прав пострадавших на доступность, качество и объем реабилитации охрана права переходит в свою вторую и неотъемлемую ипостась – защиту нарушенного права, представляющую собой меры по восстановлению нарушенного права. В первой части настоящей публикации администраторам, страховым представителям всех уровней, врачам-экспертам и юристам системы ОМС предлагается обзор литературы по проблемам актуальности реабилитации пострадавших с последствиями боевой травмы, а также показана высокая эффективность реабилитации в достижении медицинской и социальной адаптации ветеранов боевых действий. Приводимые в обзоре актуальность и высокая эффективность реабилитации в социализации ветеранов обосновывают необходимость введения мер экспертного контроля, представляющего основу для охраны и защиты права на реабилитацию, чему будет посвящена вторая часть публикации.

25 ноября 2022 года Президент России Владимир Путин на встрече с матерями участников специальной военной операции сообщил о необходимости создания системы реабилитации военнослужащих: «Для этого можно шире использовать возможности гражданского здравоохранения, включая региональные и федеральные медцентры. Таким образом они смогут получать весь спектр помощи не только в госпиталях Минобороны. Нужна отдельная программа реабилитации в широком смысле».

11 января 2023 года на совещании с членами Правительства РФ Президент России Владимир Путин призвал к повышению доступности качественного здравоохранения и обеспечению качественной медпомощью жителей всех регионов, тем самым Президентом РФ подчеркнута обязательность исполнения конституционного равенства прав граждан на доступную медицинскую помощь надлежащего объема и качества вне зависимости от территории проживания или страхования.

Реалии последних 20 лет показывают, что право на медицинскую реабилитацию (МР) пострадавших с последствиями боевой травмы нуждается в охране и защите со стороны субъекта и участников обязательного медицинского страхования (ОМС). Охрана права пострадавших на МР в системе ОМС осуществляется повседневной экспертной деятельностью страховой медицинской организацией (СМО) и фондами ОМС с целью выявления возможных нарушений их прав на доступность и надлежащее качество мер реабилитации в отношении неопределенного круга лиц пострадавших. Охрана данного права в системе ОМС – это систе-

матическая профилактическая и дисциплинирующая медорганизации функция СМО, направленная на исключение возможности нарушения прав пострадавших и создание равных надлежащих условий соблюдения их прав. Охрана права – это и всеобъемлющее информирование пострадавших об их правах и законных интересах, которое, становясь известным медорганизациям, создает условия для самостоятельного пресечения ими возможных нарушений. Охрана права на реабилитацию в системе ОМС – это важнейший системный шаг к преодолению стигматизации пострадавших, к осознанию пострадавшим своего приоритетного положения при получении медицинской помощи и реабилитации. При выявлении нарушений прав пострадавших на доступность, качество и объем реабилитации охрана права переходит в свою вторую и неотъемлемую ипостась – защиту нарушенного права, представляющую собой меры по восстановлению нарушенного права.

Всероссийское голосование 2020 года о внесении поправок в Конституцию РФ показало высокую востребованность гражданами России конкретизации решения вопросов здравоохранения: «*Статья 72 Конституции РФ. 1. В совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находятся: ж) координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи; социальная защита, включая социальное обеспечение*». События 2022–2023 годов в военной сфере показали чрезвычайную актуальность данных изменений: всеобщими усилиями федеральной и региональной власти необходимо воссоздать новую, совершенную координацию, с одной стороны, с целью

Для корреспонденции

Старченко Алексей Анатольевич

Советник генерального директора ООО «Капитал Медицинское Страхование», д.м.н., профессор, член Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, президент НП «Национальное агентство по безопасности прав пациентов и независимой экспертизе», эксперт качества медпомощи

Тел.: +7 (495) 287-81-25, доб. 4079
E-mail: oms@kapmed.ru

Устюгов Антон Владимирович

Советник генерального директора ООО «Капитал Медицинское страхование», к.м.н.

Тел.: +7 (495) 287-81-25, доб. 4079
E-mail: oms@kapmed.ru

Адрес: 115184, Москва, ул. Б. Татарская, д. 13, стр. 19

обеспечения пострадавших с последствиями боевой травмы доступной и максимально ранней системой реабилитации надлежащего объема и качества, а с другой стороны, сформировать новый уровень их социальной защиты и обеспечения на этапах социальной адаптации и восстановления трудоспособности.

В статье 40 Закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон РФ № 323-ФЗ) определено: «1. Медицинская реабилитация – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество. 2. Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов». Качество медицинской помощи в соответствии с пунктом 21 части 1 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ включает своевременность начала реабилитации, правильность выбора методов реабилитации и степень достижения запланированного результата реабилитации.

В Национальном руководстве «Физическая и реабилитационная медицина» (2016) приведен ряд необходимых для системы ОМС определений. МР – система мероприятий, направленных на максимально полное восстановление или компенсацию функций организма, утраченных в результате болезни или травмы. Цель МР – максимальное восстановление (или компенсация) последствий патологического процесса (болезни, повреждения, увечья). Основные задачи МР: 1) восстановление функции поврежденных тканей, органов, систем и организма в целом; 2) коррекция высшей нервной деятельности пациентов и формирование адекватного отношения к заболеванию, работе, окружающему миру, правильной самооценки; 3) восстановление резервов адаптации организма и систем его жизнеобеспечения. Реабилитационный диагноз определяется по критериям трехмерной оценки нарастающих последствий болезни (ВОЗ, 1989) и включает определение уровня

обратимого изменения (аномалия) функции поврежденного вследствие болезни органа или ткани (недостаток, impairment), ограничение или отсутствие (в результате нарушения) возможности осуществления нормальных функций целостного организма (ограничение жизнедеятельности, disability) и социальных последствий или ограничений, вызванных болезнью (социальная недостаточность, handicap). Реабилитационный потенциал определяет перспективы и направления реабилитационных мероприятий как комплекс соматических и психофизических характеристик пациента, его мотивированности, а также факторов социальной среды, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные возможности. Определение реабилитационного потенциала является ключевым компонентом разработки программы реабилитационных мероприятий. Реабилитационная программа – оптимальный комплекс видов, форм, объемов, сроков и порядка реализации медицинских и иных мероприятий, направленных на восстановление последствий заболевания; включает комплексное применение лечебных физических факторов, физических упражнений и других методов, обладающих доказанной эффективностью. Реабилитационный прогноз – медицински обоснованная вероятность реализации реабилитационного потенциала и достижения намеченных целей реабилитации в намеченный отрезок времени с учетом характера заболевания, его течения, индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей. Критерии эффективности МР определяют по шкалам Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), они включают оценку повреждения, нарушения навыков, активности и социального участия пациентов, влияние факторов окружающей среды и личности пациента. Интегральным показателем эффективности реабилитации является динамика качества жизни пациента. Результаты реабилитации (степень восстановления нарушенной функции) оценивают по 4-балльной шкале: 1 – полное восстановление; 2 – частичное восстановление; 3 – без изменений от исходного уровня; 4 – ухудшение. К основным принципам МР относят: активное участие пациента, этапность, преемственность, непрерывность и комплексность.

В соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых», МР осуществляется на основе клинических рекомендаций в три этапа:

- 1 на первом этапе МР осуществляется при взаимодействии мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК) с лечащим врачом и (или) врачом – анестезиологом-реаниматологом в профильном отделении или отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) в острейший (до 72 часов) и острый периоды течения заболевания, при неотложных состояниях, состояниях после оперативных вмешательств (в раннем послеоперационном периоде), хронических критических состояниях и осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 1 часа, но не более 3 часов; в переводном эпикризе указываются реабилитационный диагноз (перечень кодов по МКФ), реабилитационный потенциал, перечень проведенных диагностических и реабилитационных мероприятий, их эффективность, показатель по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), рекомендации о необходимости продолжения оказания медицинской помощи по МР с указанием условий ее оказания и целей;
- 2 второй этап осуществляется МДРК в стационарных условиях в отделении МР при нарушении функций периферической нервной системы и костно-мышечной системы, центральной нервной системы и при соматических заболеваниях в острый и ранний восстановительный периоды течения заболевания или травмы и период остаточных явлений течения заболевания; процедуры осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 3 часов; в выписном эпикризе указываются клинический диагноз заболевания (состояния), реабилитационный диагноз, сведения о реабилитационном потенциале, индивидуальном плане медицинской реабилитации (ИПМР), факторы риска проведения реабилитационных мероприятий, следующий этап МР с учетом показателей ШРМ;
- 3 третий этап МР осуществляется МДРК при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара; процедуры не реже чем 1 раз каждые 48 часов продолжительностью не менее 3 часов.

Пациент с оценкой 0–1 балл по ШРМ не нуждается в продолжении МР. Пациент после первого и второго этапов МР, имеющий оценку по ШРМ 2–3 балла, направляется на третий этап МР. Пациент после первого этапа, имеющий оценку по ШРМ 4–6 баллов, направляется на второй этап МР. Пациент после МР, имеющий оценку

по ШРМ 4–6 баллов и не изменивший своего состояния, направляется на второй этап МР.

Реабилитационный потенциал – комплекс морфологических и психофизических характеристик человека, а также факторов социальной среды, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности. При определении реабилитационного потенциала выделяют три уровня, характеризующие реабилитационные возможности инвалида относительно определенных видов жизнедеятельности:

- высокий реабилитационный потенциал предусматривает полное восстановление или высокую степень восстановления конкретного вида жизнедеятельности в процессе проведения реабилитационных мероприятий;
- умеренно выраженный реабилитационный потенциал предусматривает частичное восстановление конкретного вида жизнедеятельности в процессе реабилитации;
- низкий реабилитационный потенциал свидетельствует об отсутствии или незначительной степени восстановления конкретного вида жизнедеятельности в результате проведения реабилитационных мероприятий.

В пункте 9 Порядка организации медицинской реабилитации взрослых на всех этапах предусмотрены:

- оценка реабилитационного статуса пациента и его динамики;
- установление реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды и личностных факторов на основе МКФ и его изменения в процессе проведения мероприятий по МР;
- оценка реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени;
- формирование цели и задач проведения реабилитационных мероприятий;
- оценка факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий;

- формирование и реализация ИПМР;
- оценка эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий;
- составление заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по ШРМ, рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

Г.М. Белозеров и соавт. уже в 2004 году сообщали, что, по оценкам отечественных специалистов, в квалифицированной психологической помощи нуждается от 40 до 80% военнослужащих, выполнявших боевые задачи по разоружению бандформирований. До 25% личного состава, выведенного из зоны боевых действий, нуждается в целом комплексе реабилитационных мероприятий с целью предупреждения постстрессовых реакций (по типу «вьетнамского» и «афганского» синдромов). Это обусловлено следующими факторами: часто наблюдаемой тяжелой травматической патологией вследствие огнестрельных ранений и минно-взрывных травм; широким распространением сочетанной травмы; более тяжелым течением соматических и инфекционных заболеваний; высоким процентом инвалидизации; почти 100-процентной нуждаемостью в социально-психологической адаптации вследствие психотравмирующего действия боевой обстановки; преимущественно молодым и трудоспособным возрастом участников боевых действий. У 15–20% военнослужащих, принимавших участие в войне в Афганистане, в военных действиях в Карабахе, Абхазии, Таджикистане, Чечне, по данным главного психиатра Министерства обороны РФ В.В. Нечипоренко (1995), имеются «хронические посттравматические состояния», вызванные стрессом.

Авторы сожалют, что в настоящее время отсутствуют единые подходы к оценке качества реабилитации. При оценке деятельности медицинских учреждений используются показатели, относящиеся как к качеству, так и к эффективности лечебно-диагностического процесса, а также организации медицинской помощи в целом. Эффективность медицинской помощи отражает степень достижения конкретных конечных результатов при определенных временных, трудовых и материальных затратах, а качество – степень соответствия проводимого комплекса мероприятий медицинским стандартам или правилам выполнения тех или иных технологий, направленных на обеспечение результативности лечения. Авторы указывают, что задачи

и конечные результаты центров реабилитации могут меняться в зависимости от материально-технической оснащенности, уровня профессиональной подготовки, структуры, но качество их работы даже при прочих неравных условиях должно быть одинаково высоким. Отсюда возникает задача оптимизации структуры многопрофильного реабилитационного центра, организации рационального приема больных, что требует высокой координации деятельности управленческих, клинических, параклинических служб на основе применения компьютерных технологий. Авторы подчеркнули, что актуальность этой проблемы особенно возрастает в условиях медицинского страхования, что во многом обусловлено появлением правовой основы для контроля и оценки качества и эффективности медицинской помощи.

Ю.Н. Клемешева и **О.Н. Воскресенская** (2009) приводят определение из литературы: под реабилитационным потенциалом понимается «комплекс биологических, личностных и социально-средовых факторов, которые составляют основу ресоциализации больного», т.е. это возможности больного человека при определенных условиях и при содействии реабилитационных служб и общества в целом приводить в действие биологические и социально-психологические резервы мобилизации реституционных, компенсаторных и адаптивных процессов и других механизмов, лежащих в основе восстановления его нарушенного здоровья, трудоспособности, личного статуса и положения в обществе. Авторы рассматривают реабилитационный потенциал на биологическом, личностном и социальном уровне как трехуровневую систему:

- уровень 1-го порядка – биологический (саногенетический) потенциал – возможность реституции, регенерации или компенсации анатомических, физиологических, функциональных и психических нарушений;
- уровень 2-го порядка – личностный (потенциал ресоциализации личности) – возможность восстановления или компенсации проявлений активной жизнедеятельности, т.е. адекватного поведения и ориентации, самообслуживания, передвижения, способности к обучению, общению, трудовой деятельности, рекреации и творчеству;
- уровень 3-го порядка – потенциал социальной интеграции (реинтеграции) в общество больного или инвалида – возможности индивидуума к возобновлению привычного для его (ее) пола, возраста, уровня и характера образования, социального положения и личных интересов образа жизни и восстановления

доблезненного статуса в обществе, экономической и юридической самостоятельности, вместе и наравне со здоровыми людьми.

Авторы приводят литературный обзор показателей оценки уровня реабилитационного потенциала при заболеваниях нервной системы:

- **высокий уровень** – незначительные нарушения функций нервной системы (статодинамические, сенсорные, вегетативно-сосудистые, гипертензионно-ликворные и др.), течение заболеваний – стационарное, регрессирующее, рецидивирующее с редкими (с интервалом более года) и недлительными обострениями (10–15 дней); статодинамические функции верхних конечностей свидетельствуют о сохранности основной функции схвата и удержания предметов с возможностью выполнения различных видов захвата, нижних конечностей – о возможности самостоятельного передвижения; исследование координационных возможностей с изучением функционального состояния вестибулярного аппарата (вращательная, калорическая пробы), биомеханики ходьбы (темп ходьбы, длительность двойного шага, коэффициент ритмичности ходьбы и др.) указывают на сохранность самостоятельного передвижения;
- **средний уровень** – умеренные нарушения статодинамической, сенсорной и других функций нервной системы; рецидивирующее течение с обострениями средней частоты (1–2 раза в год) продолжительностью 1–2 месяца, медленно прогрессирующее течение; статодинамические функции верхних конечностей – сохранность функции схвата и удержания предметов при затруднении схвата мелких предметов, нижних конечностей – возможность самостоятельного передвижения при использовании дополнительных средств опоры при ходьбе; исследование координационных возможностей с изучением функционального состояния вестибулярного аппарата (вращательная, калорическая пробы), биомеханики ходьбы (темп ходьбы, длительность двойного шага, коэффициент ритмичности ходьбы и др.) указывают на сохранность самостоятельного передвижения с использованием дополнительной опоры при ходьбе;
- **низкий уровень** – выраженные или значительно выраженные нарушения статодинамической, сенсорной и других функций нервной системы; рецидивирующее течение с частыми обострениями (3–4 раза в год и более), быстро прогрессирующее течение с нарастанием степени выраженности нарушений функций нервной системы; статодинамические

функции верхних конечностей – сохранность функции схвата крупных предметов, но без длительно и прочного их удержания либо невозможность схвата и удержания крупных и мелких предметов, иногда доступно поддержание, прижатие предмета, нижних конечностей – возможность самостоятельного передвижения при использовании дополнительных средств опоры при ходьбе либо невозможность передвижения при значительно выраженном парезе или параличе; исследование координационных возможностей с изучением функционального состояния вестибулярного аппарата (вращательная, калорическая пробы), биомеханики ходьбы (темп ходьбы, длительность двойного шага, коэффициент ритмичности ходьбы и др.) указывают на возможность самостоятельного передвижения с использованием вспомогательных средств с опорой на костыли или невозможность самостоятельного передвижения при значительно выраженном парезе или параличе нижних конечностей, выраженных вестибулярных нарушениях. Авторы со ссылками на данные литературы заключают, что реабилитационный потенциал представляет собой сложный комплекс факторов, определяемых на уровне организма, а также возможность или способность их взаимодействия с факторами внешней среды; оценка заложенных и сохранившихся внутренних резервов больного человека и их «силы», исходя из его потенциальных особенностей, является основной предпосылкой использования реабилитационного потенциала в процессе реабилитации инвалидов, а следовательно, определения более эффективной интеграции данной категории граждан в семью и общество.

Д.В. Товпеко и соавт. (2018) сообщили, что уже в период Первой мировой войны средства физической реабилитации имели огромную практическую и идеологическую силу. Они доказали свою терапевтическую ценность, способствуя развитию новых и компенсирующих сил, а также предоставили после окончания войны возможность ветеранам-инвалидам восстановиться, поверить в себя и свои силы, вернуться к полноценной жизни. Используя эти формы терапевтического движения, врачи Первой мировой войны создали прецеденты для более поздних врачей и специалистов по реабилитации и стали важным звеном в развитии физической реабилитации. Важную роль при лечении в петроградских лазаретах, куда эвакуировали раненых, играли физические методы лечения, в частности массаж, лечебная физическая культура (ЛФК) и физиотерапия.

По данным материалов III и IV Международных конференций «Медицина в годы Великой Отечественной войны», более 700 тыс. медработников трудились над реабилитацией и возвращением в строй раненых.

Д.В. Товпеко и соавт. (2019) приводят данные об эффективности ЛФК для лечения раненых в годы Великой Отечественной войны – применение ЛФК имеет прямое отношение к величинам исходов лечения: хорошая оценка проводимой ЛФК – средняя продолжительность лечения 43–45 койко-дней, возвращено в строй 93–95%, уволено 6–8%; плохая оценка проводимой ЛФК или ее отсутствие – средняя продолжительность лечения 54–71–85 койко-дней, возвращено в строй 46–58%, уволено 21–30%. Авторы заключили: правильное и своевременное применение ЛФК ускоряет выздоровление, способствует восстановлению нарушенной трудоспособности и возвращению к нормальной жизнедеятельности. Являясь одним из важнейших элементов современного комплексного лечения, ЛФК воздействует не только на патологически измененные ткани, органы или системы органов, но и на весь организм в целом. Физические упражнения влияют на реактивность всего организма и вовлекают в общую реакцию механизмы, которые участвовали в патологическом процессе. В связи с этим лечебную физкультуру можно назвать методом патогенетической терапии.

Е.А. Леушина и соавт. (2020) представили обзорные данные о МР в годы Великой Отечественной войны, которая приобретала все возрастающее значение. Быстрое создание и внедрение развитой системы реабилитационных мероприятий в лечебных учреждениях действующей армии и тыла позволило в годы Великой Отечественной войны вернуть в строй 72,3% раненых и 90,6% больных. Количество раненых, получавших физиотерапию, неуклонно возрастало: с 19% от всего числа раненых в летне-осеннюю кампанию 1941 года до 70% в летнюю кампанию 1942 года. В структуре физиотерапии первого периода войны наибольший удельный вес занимали светотерапия (свыше 70%), гидро- и теплотерапия (23%) и лечебный массаж (5%). К концу первого периода войны снабжение физиотерапевтической аппаратурой с полевых армейских санитарных складов значительно улучшилось. На втором этапе войны были изданы массовым тиражом методические разработки, рекомендации по составлению комплексов ЛФК. Кабинеты ЛФК приобрели роль организационно-методических центров подготовки методистов и медицинских сестер. Здесь готовили раненых и больных из «команд выздоравливающих» для проведения гигиенической

гимнастики в палатах, обучали навыкам самомассажа, разрабатывали оригинальные аппараты для кинезиотерапии. Благодаря отлаженной организации физиотерапевтической помощи и возросшей квалификации специалистов, существенно уменьшились сроки назначения процедур. Раннее применение физиотерапии приводило к значимому снижению числа осложнений (келоидных рубцов, контрактур, невралгий) у раненых в конечности и грудь, количество которых составило 80% из всего числа раненых. Основными показаниями к использованию физиотерапии являлись огнестрельные ранения мягких тканей и периферических нервов, костные переломы и их осложнения, инфицированные и вялозаживающие раны, остеомиелиты, травмы периферических нервов, контрактуры суставов, постампутационные фантомные боли и трофические расстройства, отморожения. На завершающем этапе войны успешно применялась разработанная во втором периоде система этапного оказания физиотерапевтической помощи. В батальонном и полковом медицинских пунктах, где оказывалась соответственно доврачебная и первая врачебная помощь в первые часы после ранения, физиотерапия не проводилась. Физические методы лечения начинали применять в дивизионном медицинском пункте на этапе оказания квалифицированной медицинской помощи через 8–12 часов после ранения. Здесь врачи назначали преимущественно процедуры неотложной физиотерапии: ультрафиолетовое облучение в гиперэритемных дозах перед хирургической обработкой раны или сразу после нее. Широко использовали светотепловое облучение ран, парафинолечение, местные ручные и ножные ванны с добавлением антисептиков (перманганата калия), УВЧ-терапию при отморожениях и электрофорез новокаина для анестезии. Наряду с ними на данном этапе в значительном объеме применяли средства ЛФК: дыхательную гимнастику, активные упражнения на пораженных конечностях, лечение положением. Раннее и квалифицированное использование физиотерапии и лечебной гимнастики позволило охватить этими методами в третьем периоде войны 6 млн человек, что составило свыше 80% всех раненых и больных.

Методическими рекомендациями по лечению боевой хирургической травмы, утвержденными Главным военно-медицинским управлением (ГВМУ) Минобороны России от 01.09.2022, предусмотрена необходимость МР для пострадавших со средней, тяжелой и крайне тяжелой степенью травматической болезни в стационарных условиях. Таким пострадавшим реабилитационная помощь должна оказываться уже в рамках специализи-

рованной помощи в военно-медицинских организациях 4–5-го уровня:

- 4-й уровень: окружной военный госпиталь с филиалами и структурными подразделениями; военный полевой госпиталь для легкораненых – специализированная хирургическая помощь и лечение, МР, лечение легкораненых до 30 суток;
- 5-й уровень: главный и центральные военные госпитали, клиники Военно-медицинской академии – специализированная хирургическая помощь и лечение, МР тяжелораненых.

В тыловых военно-медицинских организациях осуществляется специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь и лечение раненых (окончательное восстановление структуры и функции поврежденных органов и тканей), МР.

Таким образом, пострадавшие, которым показана МР, находящиеся в стационарных условиях военно-медицинских организаций, могут быть признаны решением Военно-врачебной комиссии не годными к службе и подлежащими демобилизации, а также легко пострадавшие (легкораненые), в период лечения которых закончился их срок службы, но нуждаемость в мерах МР в стационарных условиях у всех указанных категорий сохраняется.

Необходимость обеспечения непрерывности МР в условиях стационара диктуется рядом факторов:

- тяжестью полученной травматической болезни и необходимостью получения навыков жизни в условиях полученного объема повреждений и увечий;
- психологическим неприятием пострадавшим реальный объема повреждений и увечий;
- психологической неготовностью перемещения к месту проживания и призыва с полученным объемом повреждений и увечий;
- подготовкой к протезированию;
- необходимостью долечивания сопутствующей травматической болезни патологии внутренних органов (сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний пищеварительной, дыхательной, эндокринной систем, стоматологических заболеваний, заболеваний кожи и др.);
- необходимостью составления длительного плана МР на основе современных научно-медицинских подходов в условиях специализированной медорганизации реабилитационного профиля.

Указанные факторы, а также неготовность системы МР (кадровый голод, отсутствие методических разработок, организаций и оборудования) в субъектах РФ по ме-

сту жительства или призыва диктуют необходимость непрерывной МР прямым переводом из военно-медицинской организации 4–5-го уровня в медицинскую организацию реабилитационного профиля – на первый этап непрерывной медицинской реабилитации пострадавших (НМРП).

В рамках первого этапа НМРП возможна инициация медико-социальной экспертизы и процесса получения инвалидности в соответствии с письмом Федерального бюро медико-социальной экспертизы Министерства труда и социальной защиты РФ от 29.08.2022 № 33007.ФБ.77/2022 «Методологическое письмо по вопросам освидетельствования участников специальной военной операции, получивших тяжелые ранения, контузии и увечья, и определения нуждаемости в предоставлении мероприятий по реабилитации или абилитации в рамках индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, в том числе назначения технических средств реабилитации с учетом характера полученных травм и ранений, включая ампутации верхних и нижних конечностей». Согласно пункту 17 Правил признания лица инвалидом, утвержденных постановлением Правительства РФ от 05.04.2022 № 588, участник специальной военной операции, получивший тяжелые ранения, контузии и увечья, направляется на медико-социальную экспертизу медицинской организацией независимо от ее организационно-правовой формы в соответствии с решением врачебной комиссии медицинской организации при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, после проведения всех необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с письменного согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы. Этот первичный выход на инвалидность может потребовать проведения экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП). «Поражения вследствие военной травмы, приводящие к инвалидности, предполагают тяжелые сочетанные и комбинированные повреждения с умеренными, выраженными или значительно выраженными нарушениями одной или нескольких функций организма человека. Кроме того, они имеют длительные неблагоприятные последствия для организма в целом, в том числе с тенденцией к прогрессированию нарушений здоровья. В связи с этим инвалиды вследствие военной травмы, как правило, в 100% случаев будут нуждаться в мероприятиях по медицинской реабилитации».

Вторым этапом НМРП является МР в условиях субъекта РФ – места проживания или призыва пострадавшего в медицинские организации, перечень которых определяется органом исполнительной власти субъекта РФ (маршрутизация, порядок).

Приказом Министра обороны РФ от 27.01.2017 № 60 «О медико-психологической реабилитации военнослужащих» утверждены:

1 Перечень категорий военнослужащих, подлежащих при наличии показаний медико-психологической реабилитации: на основании показаний и при отсутствии противопоказаний медико-психологической реабилитации подлежат: а) военнослужащие, выполнявшие более 30 суток задачи по восстановлению конституционного порядка, принимавшие участие в боевых действиях, проведении карантинных мероприятий, организации и выполнении мероприятий чрезвычайного положения, в ликвидации последствий стихийных бедствий и в других чрезвычайных ситуациях;... м) военнослужащие Воздушно-десантных войск, выполнявшие боевые, специальные задачи свыше 30 суток; н) военнослужащие, которые десантировались внутри боевой техники;

2 Перечень показаний к медико-психологической реабилитации и продолжительность медико-психологической реабилитации: при утомлении 1-й и 2-й степени – 10 суток; при утомлении 3-й степени и переутомлении – 20 суток; при астении – 30 суток.

Д.В. Тришкин и соавт. (2016) уточнили показания для медико-психологической реабилитации военнослужащих:

F48.0 – Синдром усталости – реабилитация продолжительностью до 10 суток;

F43.0 – Истощение и усталость (вследствие, при): нервной демобилизации, опасности – реабилитация продолжительностью до 15 суток;

Z73.0 – Переутомление – реабилитация продолжительностью до 20 суток;

R53 – Недомогание и утомляемость; астения, слабость – реабилитация продолжительностью до 30 суток;

F48.8 – Психастения (уточненные невротические расстройства) – реабилитация продолжительностью до 30 суток.

Сотрудники Международного Комитета Красного Креста **К. Жианну** и др. (2010; 2013) указывают, что конечный результат лечения пациентов, раненных на войне, зависит от многих факторов, включающих в том числе физиотерапию и реабилитацию. Правильно проведенная хирургия дает пациенту самые лучшие шансы на выживание и на хорошее качество жизни,

а также сокращает срок пребывания в больнице. Для быстрого восстановления подвижности и достижения хороших функциональных показателей необходима высококачественная физиотерапия. Лечение не может считаться законченным, пока пациент не пройдет реабилитацию. Успешное хирургическое лечение жертв минно-взрывных травм является лишь первым шагом в оказании им помощи. Затем появляются проблемы физической и психологической реабилитации, а также социальной и экономической реинтеграции лиц, у которых ампутированы конечности. Хотя ближайшие последствия истощения больничных ресурсов сами по себе весьма ощутимы, в долговременном плане стоимость реабилитации, обеспечение протезами, потеря доходов и социально-экономическая зависимость тяжелейшим образом сказываются на инвалидах, их семьях и на обществе в целом. При переломах нижней конечности приложение нагрузки приводит к быстрому заживлению кости, поэтому необходимо, чтобы пациенты как можно скорее начинали выходить на костылях. Без мотивированной физиотерапии физическая реабилитация раненой конечности происходит очень медленно, а функциональные результаты совершенно недостаточны. Лечение пациента может считаться законченным только после завершения его реабилитации. Реабилитация должна включать в себя: реконструктивную хирургию с применением специальных методов, описание которых не входит в задачи настоящего издания; физиотерапию в течение долгого времени после операции; оснащение протезом и, наконец, последующее профессиональное обучение, которое должно помочь пациенту вновь обрести, насколько это возможно, активное и независимое положение в обществе.

Указаниями по военно-полевой хирургии ГВМУ Минобороны России (2000) предусмотрено: задачей МР является восстановление анатомических структур поврежденных тканей, нарушенных органов и систем, что осуществляется путем применения консервативных (физиотерапия, лекарственная терапия, лечебная физкультура) и хирургических методов. Они проводятся по реабилитационным программам в соответствии с периодами раневого процесса, имеющими особенности при ранении каждой области тела и органа, и основываются на принципах максимально раннего начала лечебно-восстановительных мероприятий, комплексности, динамическом врачебном контроле за ответными реакциями организма. В полной мере концепция травматической болезни реализуется на этапе оказания специализированной медицинской помощи, где лечение тяжелых последствий травмы и осложнений,

включая реабилитацию раненых, осуществляется, в зависимости от локализации повреждений и их характера, до окончательного исхода. Даже организация помощи легкораненым включает проведение медицинской и социальной реабилитации с первых дней лечения раненых.

Методическими рекомендациями по лечению боевой хирургической травмы, утвержденными ГВМУ Минобороны России 01.09.2022, предусмотрено: МР требуется раненым и пострадавшим следующих профилей:

- 1 в современных военных конфликтах санитарные потери нейрохирургического профиля достигают 30%, а черепно-мозговые повреждения – 15%; из их числа 51% – взрывные повреждения, 38% – огнестрельные ранения (25% – осколочные ранения, 13% – пулевые ранения); 11% – неогнестрельные травмы; повреждения позвоночника составляют 0,5–2,4%, а повреждения нервных стволов конечностей достигают 11–13% в общей структуре боевой хирургической травм;
- 2 частота боевых повреждений органа зрения в современных военных конфликтах превышает 6% (тяжелые открытые и закрытые травмы глазного яблока и их последствия зачастую требуют повторных комбинированных оперативных вмешательств с целью как восстановления функций, так и сохранения глаза как органа – МР. Также проводится МР при разрушениях глазного яблока, в ходе которой целесообразно проводить оптикореконструктивные операции в виде эвисцерации с возможной имплантацией политетрафторэтиленовых вкладышей, для дальнейшего эффективного подбора косметических протезов. В случае невозможности выполнения эвисцерации (большие дефекты фиброзной капсулы глаза), выполняется энуклеация с протезированием, для лучшей подвижности культи);
- 3 удельный вес повреждений груди в структуре санитарных потерь в современных военных конфликтах, благодаря широкому применению бронжилетов, снизился до 4–9%;
- 4 частота ранений живота в современных военных конфликтах достигает 6,6–9,0%;
- 5 частота ранений и травм таза составляет 1,7–5,0%;
- 6 повреждения органов мочеполовой системы в современных военных конфликтах составляют 2–4%, при этом на ранения приходится 77%, на закрытые травмы – 23%; главной особенностью боевой урологической патологии является

то, что в 95% случаев она сочетается с повреждением живота и других анатомических областей;

- 7 частота повреждения конечностей в современных военных конфликтах составляет 53–60% в общей структуре боевой хирургической травмы;
- 8 частота ранений и травм кровеносных сосудов в современных военных конфликтах значительно выросла и достигает 10%; подавляющее большинство этих ранений представлено артериями и венами конечностей, наиболее часто – бедренно-подколенного сегмента (до 40–50%), сосудов голени и плеча (по 20–30%);
- 9 в современных вооруженных конфликтах частота термических ожогов составляет 1,5%;
- 10 частота легкораненых во всех войнах превышает 50–60% от санитарных потерь хирургического профиля. Категория легкораненых требует лечебно-реабилитационной тактики на всех уровнях оказания медицинской помощи. В госпиталь для легкораненых направляются реконвалесценты для завершения реабилитационного лечения (медикаментозной и хирургической коррекции последствий ранений и травм, физиотерапевтических, бальнеологических процедур, ЛФК, трудотерапии, мер по скорейшему восстановлению профессиональных навыков), после чего также направляются в свои подразделения.

Л.Н. Казначеев и соавт. (2000) приводят данные: у 30–40% пациентов с ампутационными дефектами нижних конечностей в первые годы их жизни возникает инфаркт миокарда, а у 4% – инсульт, в том числе с летальным исходом. Частота острого инфаркта миокарда в течение первых 3 лет после ампутации нижних конечностей по поводу сосудистых заболеваний может достигать 60–80%. Как ампутационный дефект опорно-двигательного аппарата, так и приведенные выше инфаркт и инсульт требуют обязательных реабилитационных мероприятий и вторичной профилактики неблагоприятных исходов.

Ю.К. Янов и соавт. (2001) сообщили: в период Афганской войны 1980–1988 гг., из 11 654 военнослужащих, уволенных из Вооруженных Сил в связи с ранениями, увечьями и тяжелыми заболеваниями, стали инвалидами 10 751, из них инвалидами 1-й группы – 672, 2-й – 4 216, 3-й – 5 863.

А.Л. Иванов и соавт. (2003) на основе десятилетнего опыта ведения боевых действий в Чеченской Республике сформулировали определение реабилитации как комплекс психологических мероприятий и систему

социальной деятельности с целью не только нормализации функционального состояния организма и эмоциональной, морально-нравственной и мотивационной сфер личности, но и восстановление профессионально важных качеств военнослужащего, от которых зависит его военно-профессиональная работоспособность. Авторы представили и основные задачи социально-психологической реабилитации: – оценка психофизиологического состояния пострадавших, определение качества и степени психоэмоционального расстройства; – определение путей и методов психологического воздействия с целью восстановления психического здоровья и работоспособности пациента; – формирование оптимальной психологической реакции на последствия ранения и лечение; – изучение динамики психических нарушений в процессе лечения; – оценка физической, сенсорной и интеллектуальной работоспособности, сопоставление их с номинальными показателями профессиональной работоспособности, восстановление утраченных психических функций; – коррекция психосоматического статуса методами психотерапевтических, психофизиологических и психофармакологических воздействий; – осуществление профессиональной реабилитации, а при необходимости – профессиональной переориентации; – коррекция самосознания, самооценки и самочувствия; – оказание помощи в подготовке к повторным хирургическим операциям и купирование болевых ощущений. Авторы считают, что воздействие экстремального стрессора боевых действий приводит к манифестации посттравматического стрессового синдрома в виде трех констелляций: интрузии, избегания и гиперактивности. Интрузия – неотступное переживание травматического события, выступающее в одной из следующих форм: 1) навязчивые дистрессирующие воспоминания травмирующих событий; 2) периодически повторяющиеся кошмарные сновидения; 3) неожиданные ощущения прямого возврата травматических событий и повторного их переживания (иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды), возникающие в состоянии как бодрствования, так и опьянения; 4) интенсивный психологический дистресс под воздействием обстоятельств, символизирующих пережитые травматические события и их отдельные аспекты либо имеющих с ними сходство (например, годовщина травмы). Избегание – упорное избегание стимулов, связанных с травмой; сопровождающееся эмоциональным оскудением, чувством безразличия к другим людям: 1) осознанные усилия избегать мыслей или чувств, связанных с травмой; 2) попытки избежать каких-либо действий или ситуаций, способных стимулировать

воспоминания о травме; 3) неспособность вспомнить важный аспект травмы (психическая амнезия); 4) снижение интереса к ранее значимым для данного человека видам активности; 5) чувство отчуждения к окружающим; 6) снижение способности к сопереживанию и душевной близости с другими людьми; 7) ощущение «укороченного будущего» (неуверенность в будущей карьере, возможностях женитьбы и семейной жизни, в самой продолжительности жизни). Гиперактивность: 1) трудность засыпания или поверхностный сон; 2) повышенная раздражительность или вспышки гнева; 3) трудности с концентрацией внимания; 4) повышенная бдительность; 5) избыточная реакция на внезапные раздражители; 6) повышенный уровень физиологической реактивности на обстоятельства, символизирующие травматическое событие или напоминающие наиболее существенные его аспекты. Авторы за основу психокоррекционной работы с ранеными принимают следующие психотерапевтические методы и соответствующие техники: психологическое консультирование; суггестотерапию; гетеро- и ауторелаксационные техники; когнитивную психотерапию; психологический дебрифинг; транзактный анализ; психодраму; музыкальную психокоррекцию; метод биологической обратной связи; альфа-массаж (полисенсорная капсула); логотерапию и др. Выбор методов работы и техник определялся индивидуально-психологическими особенностями каждого раненого и принципом соответствия метода основным задачам психологической коррекции: – снижение психоэмоционального напряжения; – восстановление функционального состояния организма; – обучение основным методам психологической саморегуляции; – повышение личностного адаптационного потенциала; – восстановление морально-нравственной сферы личности военнослужащих; – формирование конструктивного стереотипа поведения, который способствовал бы дальнейшему благополучию пациентов в профессиональной сфере и в личной жизни; – развитие коммуникативных способностей.

А.Л. Иванов и соавт. (2003) указывают на высокую эффективность реабилитационных мероприятий, приводя несколько клинических примеров. Приводим один из них: «Рядовой Константин Л., 20 лет, в ноябре 2001 года. 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 альфа-массажа (полисенсорная капсула) и физиотерапевтическое лечение, работа в тренажерном зале, занятия в школе протезируемых больных и обучение по 40-часовой 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, пригодились). 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».

Е.К. Гуманенко и соавт. (2005) показали, что в контртеррористических операциях на Северном Кавказе в период с 1994 по 2002 годы на долю огнестрельных ранений приходилось до 58,9%, боевые травмы составили до 33,1%, термические поражения – до 6,2%. Ведущей локализацией повреждений были ранения и травмы конечностей (до 53,2%), на втором месте – ранения и травмы головы (до 34%), ранения и травмы груди составили

до 8,2%, ранения и травмы живота – до 4,9%. В структуре боевых ранений и травм: множественных – до 13,6% и сочетанных – 24,1%.

С.Н. Пузин и соавт. (2005) отметили, что в структуре инвалидности вследствие военной травмы, инвалиды с черепно-мозговой травмой занимают первое место, составляя 43,4% от общего количества инвалидов, на втором месте инвалиды с травмами опорно-двигательного аппарата (39,0%). **С.Ф. Курдыбайло** (2006) и большинство авторов подчеркивают: немаловажным является тот факт, что инвалидность устанавливается в молодом трудоспособном возрасте, у людей, которые до полученной травмы имели достаточно высокое качество жизни, с высоким уровнем интеллектуального развития, были социально востребованы и активны, поэтому при проведении комплексной реабилитации инвалидов вследствие военной травмы должны учитываться достаточно высокие их притязания на интеграцию в общество. В исследованиях **Б.Н. Хубутия** (2009) показано, что в структуре инвалидности среди участников боевых действий первое место занимали последствия минно-взрывных травм (42,6%), их них последствия черепно-мозговой травмы – 28,4%. По материалам **С.Л. Панасенко** (2009) и Главного клинического госпиталя МВД России за 1996–2007 гг., инвалиды вследствие боевых черепно-мозговых травм из числа сотрудников правоохранительных органов составили 23,3%. **С.А. Живолупов** и соавт. (2009) привели данные о том, что в ходе вооруженного конфликта на Северном Кавказе, частота боевых повреждений головного мозга составила 17,9% от общего числа раненых и 83% от числа пострадавших неврологического профиля. У них в 50–90% случаев сохраняется неврологическая патология или формируются новые неврологические синдромы, что приводит к полной потере трудоспособности в 19–25% случаев, частичной – в 47–58%, причем большинство инвалидов – трудоспособного возраста.

А.А. Воротников и соавт. (2010) сообщают, что в последнее время перед специалистами в области протезирования инвалидов с ампутированными дефектами нижних конечностей все чаще возникают проблемы, обусловленные наличием порочных культей и пороков культей. Под порочной культей подразумевают такое ее состояние, при котором протезирование невозможно, несмотря на предшествующее консервативное лечение и наличие всех условий для индивидуального, в том числе сложного и атипичного, протезирования. При этом имеющаяся совокупность патологии исключает возможность назначения или использования протеза до радикального устранения всех негативных

причин оперативным путем. Культей, имеющей пороки, или проблемной культей, называют состояние усеченной конечности, когда первичное протезирование возможно после тщательного выполнения определенных условий. Как правило, они включают консервативную комплексную подготовку культы нижней конечности к протезированию при помощи занятий лечебной физической культурой, массажа, физиотерапии, эластического бинтования, медикаментозного и санаторно-курортного лечения, других мероприятий. Пороки культей нередко носят ятрогенный характер и могут возникать в различные периоды лечения пациентов. В отдаленные сроки отмечаются ишемические расстройства с образованием участков некроза и трофических язв, коническая форма и иные деформации культы, которые обычно являются результатом нерационального планирования операции, ошибочного выбора уровня усечения конечности. Стойкие контрактуры в вышележащем суставе, порочное положение культы также формируются в позднем послеоперационном периоде. Их появлению способствуют неоправданно длительное соблюдение постельного режима, пренебрежение профилактической иммобилизацией конечности и занятиями ЛФК. Пороки культей, наиболее часто встречающиеся в наблюдениях авторов, они условно разделили на следующие группы: синдром болезненной культы – 53%; порочное положение культы и контрактура в вышележащем суставе – 27%; ишемия и трофические язвы культы – 10%; остеомиелит культы – 4%; вальгусная или варусная деформация коленного сустава – 4%. Авторами сделаны следующие выводы: 1) проблемные и порочные культы часто осложняют протезирование у пациентов после ампутаций нижних конечностей, достигая 8,8% (культы, имеющие пороки, проблемные культы) и 4,2% (порочные культы); 2) наиболее характерными причинами развития проблемных и порочных культей было пренебрежение профилактической иммобилизацией конечности в послеоперационном периоде, занятиями ЛФК и эластическим бинтованием культы; 3) важной причиной формирования порочных и проблемных культей нижних конечностей является наличие порочного положения культы и контрактуры в вышележащем суставе (коленном или тазобедренном); 4) правильный выбор показаний и методики ампутации, строгое соблюдение технологии оперативного вмешательства и ведения больного в послеоперационном периоде, привлечение специалистов протезно-ортопедических предприятий и реабилитологов на разных этапах лечения в хирургических стационарах позволяют существенно снизить количество проблемных культей

и повысить качество протезно-ортопедической помощи инвалидам.

В.П. Тюриным и соавт. (2010) представлены собственные и литературные данные о частоте висцеральной патологии у раненых во время второй Чеченской военной кампании, которая составила 51,8%, что сопоставимо с данными по войне во Вьетнаме (45%) и Афганистане (50%). Основными видами патологии внутренних органов у раненых были: со стороны органов дыхания – ушиб легкого, пульмонит, первичная травматическая пневмония, гемопневмоторакс; со стороны сердечно-сосудистой системы – дистрофия миокарда (вследствие электролитных нарушений, анемии, раневой интоксикации), ушибы сердца, гипертоническая болезнь и др.; со стороны желудочно-кишечного тракта – эрозивно-язвенные поражения преимущественно верхних отделов, нарушение питания при повреждении органов пищеварения, а также вследствие повышенного катаболизма у раненых. Патология внутренних органов, диагностированная у раненых, умерших в лечебных учреждениях (в % от 163 пациентов): пневмония – 58%; раневой гнойный менингоэнцефалит – 18%; гнойный плеврит – 17%; острая почечная недостаточность – 16%; острая язва ЖКТ – 15%; раневое истощение – 8%; раневой сепсис – 8%; смертельное желудочно-кишечное кровотечение – 7%; ДВС-синдром – 5%; инсульт (геморрагический, ишемический) – 4%; тромбоэмболия легочной артерии – 3%. Смертельные осложнения у 145 умерших с огнестрельными ранениями: пневмония – 18% в среднем на 8-е сутки; раневой сепсис – 4,8% на 10-е сутки; раневое истощение – 4,8% на 41-е сутки в среднем; кровотечение из острой язвы желудочно-кишечного тракта – 3% на 11-е сутки; тромбоэмболия легочной артерии – 2,8% на 6-е сутки. Особенности пневмонии у военнослужащих во время Чеченской кампании являлись: тяжелое течение с развитием осложнений в виде инфекционно-токсического шока (у 7,6%), миокардита (6,9%), инфекционно-токсической нефропатии (4,6%), дефицит массы тела (у каждого 6–7-го военнослужащего). Среди легочных осложнений у раненых преобладали пульмонит (6–8,2%), ушиб легкого (7,4%), первичная травматическая пневмония (7,4–14,3%), гемопневмоторакс (5,4%). Естественно, что указанная патология внутренних органов у раненых требует начала ранней стационарной реабилитации с последующими периодическими госпитальной и амбулаторной реабилитацией остаточных явлений патологии внутренних органов.

Р.В. Хажалиев (2010) при анализе медпомощи 361 раненому с минно-взрывной травмой из числа

гражданского населения при террористических актах установил четыре периода течения травматической болезни: 1-й период – нестабильная гемодинамика (1–3-и сутки); 2-й период – появление органических нарушений (7-е сутки); 3-й период – гнойно-септические осложнения на фоне органических нарушений (15-е сутки); 4-й период – относительная стабилизация жизненно важных функций. Наибольшая летальность раненых приходится на 1-й и 3-й периоды травматической болезни. Реабилитация показана раненым во все периоды травматической болезни. У раненых с минно-взрывной травмой, полученной в закрытом пространстве, кроме осколчатых и термических повреждений регистрируются тяжелый ушиб головного мозга, травматический ушиб сердца, баротравма легких, что увеличивает 30-суточную летальность на 10%. Выявлены недостатки проводимой интенсивной терапии, заключающиеся в недостаточном обезболивании, ранней экстубации раненых и переводе на самостоятельное дыхание, нерациональной по объему и качеству инфузионно-трансфузионной терапии, нерациональной антибиотикотерапии, препятствующие ранней и адекватной реабилитации.

М.А. Магарамов и соавт. (2010) указывают, что основной принцип ампутаций остается неизменным – выполнять их по возможности дистальнее, но не в пределах жизнеспособных тканей; при этом общими патогенетическими принципами лечения пострадавших от боеприпасов взрывного действия являются: 1) выполнение ампутаций поврежденных сегментов конечностей необходимо производить в строгом соответствии с сохранением тех анатомических структур, изменения в которых носят преимущественно обратимый характер; 2) применение хирургических приемов следует сочетать с проведением интенсивных послеоперационных лечебных мероприятий, направленных на восстановление жизнеспособности тканей в ампутационной культе и околораневых тканях после их хирургической обработки. Авторы считают, что уже в процессе оказания специализированной хирургической помощи актуально решение задач МР.

А.А. Утюганов (2011) исследовал особенности смысловой сферы военнослужащих, переживших боевой стресс. Под боевым стрессом понимается многоуровневый процесс адаптационной активности человеческого организма и личности в условиях боевой обстановки, сопровождающейся значительно превосходящими повседневный уровень по длительности и интенсивности, психическими и физическими нагрузками, психогенными влияниями ранений, травм и заболеваний, переживание наблюдаемых случаев гибели людей. Установ-

лено, что психологические проявления боевого стресса в значительной степени зависят от характера боевых действий, длительности пребывания в боевой обстановке и интенсивности боев. Вследствие экстремального воздействия, боевой стресс возникает у любого человека, находящегося в условиях боевых действий. Переживание стрессового события может выступать фактором трансформации смысловой сферы личности. Переживание боевого стресса у военнослужащих сочетается с изменениями смысловой сферы их личности, меняется уровень осмысленности жизни (бессмысленность мира, личности, себя, жизни). Негативная смысловая динамика чаще наблюдается у военнослужащих, впервые участвующих в боевых действиях. Это вполне объяснимо, поскольку шокирующие реалии боевых действий наиболее вероятно вызывают у новобранца активизацию защитных психологических механизмов, которые проявляются в виде утраты способности личности к открытому восприятию и переживанию внешнего опыта, а в смысловой сфере приводят к закрытию границ между осмысленностью прошлого, настоящего и будущего, что обуславливает как минимум временную дезинтеграцию смысловой системы личности.

С.Г. Королев и соавт. (2011) констатируют, что постампутационные дефекты нижних конечностей являются одной из важнейших причин инвалидности среди населения, а проблема реабилитации пациентов с культами бедра или голени остается одной из актуальных медико-социальных проблем нашего времени. Необходима ориентированность специалиста на достижение конечных результатов реабилитации – повышение мобильности и социальной адаптации данного контингента больных.

Г.Х. Абдрафикова, Н.А. Гурьева (2012) сообщили о высокой эффективности реабилитации для жизни пострадавших в локальных военных конфликтах на примере успешно действующего с 1991 года в Московской области Центра восстановительной терапии им. М.А. Лиходея Российского фонда инвалидов войны в Афганистане для участников локальных военных конфликтов и их семей (далее – ЦВТ). Основными направлениями реабилитации инвалидов военных конфликтов в ЦВТ являются: восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение; профессиональная ориентация, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственная адаптация; социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социально-культурная реабилитация, социально-бытовая адаптация;

физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт. Пострадавшим доступны все виды физиотерапевтического лечения: лазеро-, электро-, магнито-, волновая и ультразвуковая терапия; экстракорпоральная ударно-волновая терапия, грязе- и теплелечение; гидротатические процедуры: контрастные ванны, обертывания, душ Шарко, циркулярный душ, восходящий душ, вихревые ручные и ножные ванны; лечебные ванны: углекислые, жемчужные с морской солью и йодобромом, с бишофитом, скипидарные; несколько видов массажей: мануальная терапия, классический ручной, подводный душ-массаж, бесконтактная гидромассажная ванна, массажные кресла и кровати; ингаляции, галотерапия, медикаментозное лечение, бассейн, сауна, инфракрасная сауна, криосауна, иглорефлексотерапия, диагностика по методу Фолля, биорезонансная терапия, гирудотерапия, озонотерапия, фито-бочка, стоун-терапия. Состояние здоровья участников локальных военных конфликтов требует особого внимания, так как на фоне травм, полученных во время боевых действий, возникают новые заболевания, вызванные возрастом, стрессовыми ситуациями в семье, на работе. Реабилитация участников локальных событий, особенно инвалидов, направлена на возвращение или включение их в общественно полезный труд в соответствии с состоянием здоровья и трудоспособности, личными желаниями и возможностями.

А.М. Бурлаком (2012) в диссертации «Разработка системы организационных мероприятий и оптимизированных технологий медицинской реабилитации раненых с вертеброгенными осложнениями боевой травмы верхних конечностей в условиях реабилитационного центра» сделаны следующие выводы: 1. В структуре боевых травм и повреждений военнослужащих в условиях современных локальных конфликтов на долю ранений верхних конечностей приходится до 11,5%. Это обусловлено не только характером боевых действий, но и используемым оружием и средствами индивидуальной защиты туловища (бронежилеты) и головы (защитные шлемы). 2. К характерным особенностям вертеброгенных осложнений при ранениях верхних конечностей относятся высокая частота их появления. Наличие дегенеративно-дистрофических изменений в шейно-грудном отделе позвоночного столба зарегистрировано в 87,3% случаев. Зарегистрированы основные синдромы клинического проявления вертеброгенных осложнений: синдром асимметрии позвоночника – у 99% раненых, болевой – у 71% раненых, компрессионно-рефлекторный – у 58,7%, корешковой компрессии – в 18% случаях, рефлекторно-компрессионный – у 16,8% раненых, реф-

лкторный синдром – у 13,7% раненых. Выявлены среди военнослужащих с ранениями верхних конечностей устойчивые изменения в психоэмоциональной сфере у 70% пациентов: так, в 87,6% случаев отмечались тревожные проявления, а в 84% – регистрировалась астенизация. 3. Лечение и МР раненых с вертеброгенными осложнениями при боевой травме верхней конечности проводится по стандартной программе: режим – щадящий, щадяще-тренирующий, тренирующий, медикаментозная терапия, физиотерапевтические процедуры, что приводит к незначительному улучшению состояния (в пределах 2–3%). 4. Улучшение клинического состояния раненых с вертеброгенными осложнениями при боевой травме верхней конечности после проведения акупунктуры и мануальной терапии отмечено соответственно в 85 и 87% наблюдений. Однако акупунктура отличается ранним анальгетическим (после 2–3 процедур) и отчетливым вегетотропным эффектом, тогда как для мануальной терапии характерно сочетание постепенного регресса боли и мышечно-дистонических расстройств. Оптимизация с помощью немедикаментозных методов лечения (биомеханотерапия, мануальная терапия, массаж, иглорефлексотерапия, интегральные технологии) увеличивает эффективность МР на 35%. 5. Наиболее выраженным реабилитационным эффектом обладает курсовая восстановительная программа, включающая сочетание методов биомеханотерапии, мануальной терапии, массажа, иглорефлексотерапии, пассивных и активных интегральных технологий в одном реабилитационном комплексе. Хорошим, но менее отчетливым эффектом обладают реабилитационные программы, включающие биомеханотерапию, мануальную терапию и пассивные интегральные технологии. 6. Наиболее надежным предиктором эффективности МР болевого синдрома является иглорефлексотерапия; рефлекторно-компрессионного синдрома – мануальная терапия; рефлекторного синдрома – биомеханотерапия. 7. Включение в программу реабилитации иглорефлексотерапевта, мануального терапевта обеспечивает восстановление функции травмированной конечности: полное – у 64% пациентов, частичное – у 11%, а также стабильные отдаленные результаты. 8. Для раненых с вертеброгенными осложнениями при боевой травме верхних конечностей, поступивших на МР, необходимо раннее выделение ведущих патогенетических синдромов. 9. Раненым с вертеброгенными осложнениями при боевой травме верхних конечностей, поступившим на МР с ведущим синдромом асимметрии позвоночника, необходимо назначение биомеханотерапии на силовых тренажерах, мануальной терапии, массажа, иглореф-

лексотерапии; при наличии сопутствующих болевых синдромов рекомендуется назначение комплекса биомеханотерапии на силовых тренажерах и мануальной терапии.

А.И. Руднев (2012) в диссертации «Медицинская реабилитация военнослужащих после минно-взрывной травмы» указывает, что, по официальным данным, общее число инвалидов войны в Чечне составило около 52 тыс. человек, из них 1 500 человек – ампутанты. При отрывах конечности у инвалидов определялись выраженные биомеханические нарушения: изменение тонуса мышц спины и плечевого пояса, развитие остеохондроза позвоночника, плоскостопия вследствие перегрузки стопы, ограничение подвижности тазобедренного сустава, сколиотическая деформация нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника. Инвалиды, перенесшие ампутации нижних конечностей, нуждаются в адекватных средствах двигательной реабилитации. В реабилитационном процессе одно из ведущих мест принадлежит адекватному протезированию. В структуре госпитальной заболеваемости частота встречаемости минно-взрывных ранений с отрывом конечности составляет ежегодно в среднем около 16%, из них около 60% – лица на стадии вторичного протезирования. У военнослужащих с травматической ампутацией нижней конечности часто отмечаются фантомные боли, боли в поясничной области, торсии крестца (в 100% случаев), признаки передней или задней ротации тазовой кости (в зависимости от срока с момента травмы – от 0,8 до 1,4 см), дисфункции лобкового симфиза (в 40–80% случаев) и хлыстовой травмы («wiplash») (в 60–80% случаев). Качество жизни комбатантов определяется низкими значениями показателей по шкалам боли, физического функционирования и психического здоровья. Превышение значений показателей указанных шкал у военнослужащих без минно-взрывной травмы, по сравнению с комбатантами, составляет 2,8 раза. После восстановительного лечения у военнослужащих с отрывом одной из конечностей, отмечается увеличение значений показателей по шкалам: боли и психического здоровья – в 2,1–2,5 раза; физического функционирования и жизнеспособности – в 1,6–1,9 раза; общего здоровья – в 1,3–1,5 раза; а также отмечается существенное уменьшение уровня реактивной тревожности – в 1,4 раза. После восстановительного лечения у военнослужащих с минно-взрывной травмой отмечается существенное уменьшение уровня реактивной тревожности в 1,4 раза, улучшение значения показателей самочувствия на 14%, активности на 23% и настроения на 16%. Отмечается увеличе-

ние показателей работоспособности в 1,4 раза, а также уменьшение значений показателей усталости в 1,4 раза, тревоги в 2 раза. После проведенной реабилитации при минно-взрывной травме отмечается уменьшение частоты встречаемости признаков структуральных дисфункций: показателей блока позвонков шейного – в 13 раз; грудного – в 4,5 раза; поясничного отдела позвоночника – в 6,5 раза, а также дисфункции крестца – в 4,7 раза; признаки блока позвонков шейно-грудного сочленения после лечения не встречаются вовсе. По результатам факторного анализа в структуре факторов здоровья до реабилитации комбатантов 30,6% принадлежит психологическому компоненту здоровья, а на долю физического компонента приходится лишь 9,8%. После реабилитации в структуре факторов здоровья доля психологического компонента здоровья возрастает в 1,4 раза (до 42%), при этом до 12% приходится на социальный компонент здоровья. Для повышения эффективности профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении военнослужащих с нарушениями опорно-двигательного аппарата, имевших в анамнезе минно-взрывную травму и ранение с отрывом конечности, автор предлагает реализовать следующие научно обоснованные рекомендации: 1. Организация и проведение мероприятий восстановительного лечения должны включать: оценку функционального состояния опорно-двигательного аппарата на основе мануальных (остеопатических) технологий; учет характера и степени выраженности изменений в психоэмоциональной сфере и индивидуально-психологических особенностях личности больных. 2. Осуществлять оценку эффективности проведения профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий в процессе диспансерного динамического наблюдения за военнослужащими с использованием показателей качества жизни с помощью опросников. 3. Лицам, имеющим минно-взрывное ранение с отрывом одной из нижних конечностей, рекомендуется применение с первых дней пребывания в госпитале с учетом уровня ампутации и состояния организма в целом. После ампутаций нижних конечностей в использовании средств ЛФК различают три основных периода: ранний послеоперационный (со дня операции до снятия швов); период подготовки к протезированию (со дня снятия швов до получения постоянного протеза); период овладения протезом.

Продолжение в следующем номере.

Список использованной литературы имеется в редакции журнала и может быть предоставлен авторами.