

УДК 614.2

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ТРАВМЫ – КОНСТИТУЦИОННАЯ ГАРАНТИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБЩЕСТВА. ЧАСТЬ 3

А.А. Старченко¹, Д.В. Альперович¹, Е.И. Ковалева², А.В. Устюгов¹



¹ ООО «Капитал МС»

² ГБУ Ростовской
области «Госпиталь
для ветеранов войн»

23 апреля 2026 года Правительство РФ внесло на рассмотрение Государственной Думы РФ проект Федерального закона «О внесении изменений в статьи 44 и 49 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», подготовленный в целях совершенствования обеспечения ветеранов боевых действий и членов их семей мерами поддержки в сфере охраны здоровья путем организации учета медицинской помощи, оказываемой ветеранам боевых действий и членам их семей, а также адресного информационного сопровождения указанных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи с 1 июня 2027 года.

Утверждение указанного законопроекта позволит страховым представителям системы обязательного медицинского страхования (ОМС) оперативно осуществлять меры индивидуального информационного сопровождения ветеранов и членов их семей, в том числе на трех этапах медицинской реабилитации, физиотерапевтического лечения, лечебной физкультуры, профилактики осложнений и последствий боевой травмы, а также развивающихся в посттравматическом периоде возможных коморбидных состояний.

В рамках индивидуального информационного сопровождения страховые представители на основе опросов и анкетирования смогут установить проблемы, возникающие у ветерана и членов его семьи на любом этапе взаимодействия с медицинскими организациями, в том числе на этапах медицинской реабилитации, оперативно устранить их причины и разрешить назревшие вопросы, а также оценить качество оказанной реабилитационной медпомощи.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) признаны единые критерии оценки системы реабилитации, включающие:

1. Максимально раннее начало проведения реабилитации.
2. Непрерывность реабилитации.
3. Строгое соблюдение этапности реабилитации и преемственности (маршрутизация инвалида на стационарный, санаторно-курортный и амбулаторный этапы).
4. Комплексный подход к медицинской реабилитации (терапевтические, хирургические, ортопедические методы лечения, лечебная физкультура, физиотерапия и массаж).
5. Индивидуальный подход к каждому.
6. Активное вовлечение инвалида в процесс реабилитации.
7. Единый подход к оценке реабилитационных мероприятий и контролю за их эффективностью. В международной практике используются следующие классификации для проведения реабилитационно-абилитационной экспертной оценки:
 - 1) Международная классификация нарушений, ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН);

- 2) Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ). МКФ наиболее применима в оценке эффективности медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов и качества их жизни в динамике, до и после реабилитационного воздействия.

Г.Н. Пономаренко и соавт. (2024) представили результаты наукометрического анализа публикационного потока информации «Боевая травма». Научное сопровождение мероприятий, проводимых в рамках лечения и реабилитации пациентов с боевой травмой, является неотъемлемой частью процесса повышения качества оказания медицинских услуг. С 2022 года не отмечается значительного увеличения количества публикаций по теме боевой травмы. По состоянию на начало марта 2023 года российские ученые публикуют основные результаты своих научных исследований преимущественно в отечественных журналах. Количество российских журналов составляет 124 (15-е место в общемировом рейтинге), что в 36,6 раза ниже, чем в США. В то же время по количеству публикаций в этих журналах Российская Федерация занимает 7-е место (7852 публикации), что в 27 раз меньше, чем количество публикаций в американских журналах. Очевидной является необходимость увеличения отечественных публикаций по боевой травме и ее последствиях, в том числе по проблемам медицинской реабилитации пострадавших с последствиями боевой травмы.

Е.В. Гамеева и соавт. (2024) в работе «Взгляд на реабилитацию пациентов после ампутации» высказывают типичную

для российской медицинской действительности мысль – сами пациенты виноваты в отсутствии мер реабилитации после ампутаций: «До недавнего прошлого пациенты, перенесшие ампутацию, после получения протезов уделяли реабилитационному процессу мало внимания». Однако целенаправленный поиск литературных обзоров, методов, методик и руководств по постпротезной реабилитации пострадавших показывает отсутствие таковых. Авторы данной тезисной статьи, как и большинство других специалистов восстановительной медицины, в реабилитации пострадавших с ампутациями не предлагают постпротезного этапа, ограничиваясь разработанным ими протоколом реабилитации ампутантов, состоящим из четырех основных периодов: I – предоперационный, II – послеоперационный и предпротезный, III – протезная подгонка и IV – медико-социальная, психологическая, профессиональная реабилитация и последующее наблюдение. Авторы предлагают «последующее наблюдение по завершении курса реабилитации, которое продолжается как минимум до 18–20 месяцев». Печальна и констатация авторами тезиса: «Четких правил выбора необходимых процедур и определения длительности каждого этапа и всего реабилитационного процесса после ампутации конечностей не существует».

При этом в работе «Реабилитация участников боевых действий: опыт ФГБУ «ФНКЦ МРИК ФМБА России» Е.В. Гамеева (2024) сообщила, что за период с 2015 по 2024 год в лечебно-реабилитационном центре (ЛРЦ) комплексную мультидисциплинарную реабилитацию получили 247 участников боевых действий, т.е. всего 20 пострадавших в год. За 10 лет постпротезную реабилитацию по-

лучил 51 пострадавший. Эти данные специализированного реабилитационного центра иллюстрируют крайне низкую доступность постпротезной реабилитации для пострадавших с боевой травмой в регионах и отсутствие разработанных клинических, методических или инструктивных рекомендаций по ее практическому выполнению.

В.И. Радуга и соавт. (2024), анализируя правовые и организационные аспекты реабилитации инвалидов вследствие военной травмы в РФ на региональном уровне, заключают: осуществление мероприятий в области реабилитации инвалидов вследствие военной травмы на региональном уровне является актуальной задачей государства, решение которой обусловлено:

- 1) наличием в обществе лиц, инвалидность у которых наступила вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных при защите Родины, в том числе в связи с пребыванием на фронте, прохождением военной службы на территориях других государств, где велись боевые действия, или при исполнении иных обязанностей военной службы;
- 2) наделением органов государственной власти субъектов Российской Федерации правом установления дополнительных социальных гарантий гражданам Российской Федерации, уволенным с военной службы;
- 3) необходимостью обеспечения безопасности страны в связи с проведением специальной военной операции (СВО).

Д.В. Тришкин (2024), подводя итоги деятельности медицинской службы Вооруженных Сил РФ в 2023 году и задачах на 2024 год, указал, что 98% военнослужащих выписаны по выздоровлению после

лечения по поводу ранений и травм, летальность на этапах оказания медицинской помощи составила 0,43%, инвалидизация – 2,1%. К задачам на 2024–2025 годы отнесено повышение объема и качества реабилитационных мероприятий.

Р.Р. Касимов и соавт. (2024) отмечают, что в общей структуре ранений в современном региональном вооруженном конфликте высокой интенсивности в активную фазу боевых действий сочетанные и множественные ранения составляют соответственно 70,5 и 20,3%. По локализации ведущих повреждений преобладают ранения конечностей – 81,4% всех поступающих раненых. Частота осколочных ранений достигает 79,3%. Доля тяжелых и крайне тяжелых ранений увеличивается и достигает 34,6%, отмечается высокая частота (69%) проникающих ранений, что необходимо учитывать при планировании работы этапов медицинской эвакуации.

А.П. Божченко и соавт. (2024) представили структуру смертельного травматизма в современном вооруженном конфликте: ведущее место в структуре смертельного травматизма по виду повреждающего фактора и соответствующему ему механизму травмирующего воздействия занимает взрывная травма (74,5%), далее следуют огнестрельная (14,7%), термическая (4,3%), тупая (4,3%) и другие виды травмы (1,7%), а также случаи, когда причина смерти не установлена (0,5%). В структуре взрывных повреждений на голову приходится 54,8%, шею – 20,4%, грудь – 48,6%, живот – 31,1%, таз – 13,6%, верхние конечности – 25,3% и на нижние конечности – 39,8% (имелись частые случаи сочетанных повреждений). В силу преимущественно прицельной стрельбы огнестрельные повреждения

сравнительно часто располагаются в жизненно важных областях тела: на голову приходится 33,9% огнестрельных повреждений, на шею – 7,1%, грудь – 42,3% (больше всего), живот – 11,7%, таз – 4,2%, верхние конечности – 4,2% и на нижние конечности – 11,3% (часть повреждений носила сочетанный характер). Повреждения при огнестрельной травме, как правило, одиночные (83,7%), реже два и более (16,3%). Из множественных повреждений большинство – сочетанные (89,7%), меньшая часть – изолированные (10,3%).

В.А. Кузьмина и соавт. (2024) представили судебно-медицинскую характеристику повреждений, причиненных сферическими поражающими элементами боеприпасов реактивных систем залпового огня – шариками из вольфрама, количество которых может достигать 182 тыс. единиц, а скорость – более 1 000 м/с. Характерной особенностью повреждений, причиненных сферическими поражающими элементами, является преобладание объема внутренних повреждений над наружными: при ранениях головы отмечались выраженное размозжение вещества головного мозга, тотальное субарахноидальное кровоизлияние; при ранении груди часто регистрировались дырчатые переломы ребер, повреждения легких, диафрагмы, органов живота; при ранении конечностей – многооскольчатые переломы, по объему значительно превышающие размер поражающего элемента. У выживших пострадавших возможно длительное носительство таких инородных тел, что потребует дополнительных мер медицинской реабилитации.

М.А. Кислов и соавт. (2024) сообщили о характере повреждений головы в зависимости от специфики военного конфликта:

ведение городских боев, а также боестолкновения на предельно близкой дистанции объясняют статистику множественных ранений от огнестрельного оружия среди гражданского населения – явное преобладание огнестрельного типа ранения (71,9%) над взрывной травмой (27,5%).

С.Н. Переходов и соавт. (2024) сообщили об особенностях ранений современным огнестрельным оружием. Отдельную группу составляют минно-взрывные ранения, возникающие при взрыве противопехотных и других мин. Эти повреждения, как правило, очень тяжелые, сопровождаются множественными раздробленными переломами, прежде всего костей кисти, стопы и нижней трети голени с массивными отслойками мышечных групп и обнажением кости на большом протяжении. Повреждения носят преимущественно сочетанный характер из-за общего воздействия взрывной волны значительной интенсивности на организм пострадавшего. Заброневая контузионная травма, возникающая при непробитии бронежилета пулями современного стрелкового оружия, характеризуется не только внешними проявлениями в виде ушибов и гематом кожи и подкожной клетчатки, но и достаточно выраженными контузионными повреждениями внутренних органов грудной клетки (в первую очередь – легких и сердца), часто приводящих к гибели раненых. Крупные очаги ушибов и кровоизлияний в легких (посттравматический пульмонит) приводят к воспалительным процессам на фоне внутриклеточных и внутрибронхиальных кровоизлияний и гематом (абсцесс, пневмония, свернувшийся гемоторакс, эмпиема плевры, аспирация, ателектаз) с развитием тяжелой дыхательной недостаточности.

Контузионные повреждения сердца наиболее часто сопровождаются формированием ишемических и аритмических расстройств миокарда.

Р.Р. Касимов и соавт. (2025) представили современную структуру боевой хирургической травмы и особенности оказания хирургической помощи в передовых медицинских группах в неактивную фазу боевых действий. При истощении огневого ресурса противника основным его средством огневого поражения стали разведывательно-ударные малые беспилотные летательные аппараты (БПЛА), как сбрасывающие взрывные боеприпасы, так и содержащие их в своей конструкции (типа камикадзе). Это коренным образом изменило облик современной войны и привело к трансформации величины и структуры санитарных потерь, боевой и медико-тактической обстановки, определяющих принципиальные особенности организации лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий. В частности, активное использование противником таких БПЛА как на линии боевого соприкосновения, так и на путях подвоза и эвакуации приводит к невозможности осуществить своевременную транспортировку раненых, а также оказать им исчерпывающую и своевременную медицинскую помощь. Общая структура боевой хирургической травмы (n=1 186): пулевые ранения – 2%; осколочные ранения – 67%; взрывные поражения – 5%; механические повреждения (закрытая и открытая травма) – 23%. Структура средств огневого поражения опрошенных раненых (n=5 813): стрелковое вооружение (пулевые ранения) – 4%; артиллерийские боеприпасы (осколочные ранения и взрывные поражения – 21%; сбросы боеприпасов с БПЛА и «дроны-камикадзе»

(осколочные ранения и взрывные поражения) – 76%. Абсолютное большинство огнестрельных ранений было связано с воздействием боевых БПЛА противника: главная особенность неактивной фазы боевых действий – широкое применение противником БПЛА, это ведет к тому, что 3/4 раненых получают поражения именно от БПЛА. Кроме того, БПЛА противника способны воздействовать не только на боевые порядки наших войск, но и на этапы медицинской эвакуации, пути эвакуации раненых, увеличивая их срок и усиливая тяжесть травм в отсутствие быстрой эвакуации. Распределение пострадавших по тяжести ранения: легкое – 71%; средней тяжести – 9%; тяжелое – 18%; крайне тяжелое – 1,3%. Наблюдается отчетливая тенденция доминирования частоты ранений конечностей (77%). Тяжелые ранения, причиненные БПЛА, характеризуются обширными мягкоткаными дефектами, отрывами и разрушениями сегментов конечностей, переломами длинных трубчатых костей, сочетанными множественными ранениями груди, живота и конечностей; одновременными отравami руки и ноги.

А.П. Божченко и соавт. (2024) представили результаты сравнительного анализа структуры боевой травмы (по локализации повреждений) на клиническом и секционном материале: структура боевой травмы по локализации повреждений отличается на клиническом и секционном материале. На секционном материале значительно чаще встречается сочетанная травма при более частой локализации повреждений в области головы, груди, живота и таза и более редкой – в области конечностей. С сочетанным характером травмы прямо и сильно коррелирует ее тяжесть,

а значит, и риск наступления летального исхода. Так, на секционном материале доля травмы головы составила 43,5%, а на клиническом – 20% (или 30%). Это свидетельствует о том, что пострадавшие с тяжелой травмой головы чаще погибали до оказания медицинской помощи, не определяя в дальнейшем структуру санитарных потерь. В еще большей мере это характерно для травмы груди, для которой соответствующие показатели составили 44,5 и 4–9%, и для травмы живота, для которой соответствующие показатели составили 22,5 и 6,6–9%, а также в меньшей степени для травмы таза, для которой соответствующие показатели составили 9,5 и 1,7–5%. Вместе с этим для травмы конечностей наблюдается обратная закономерность – на секционном материале доля этого вида травмы составила 22%, а на клиническом – 53–60%. Это свидетельствует о том, что пострадавшие с травмами конечностей реже умирали до оказания медицинской помощи в сравнении, например, с травмами головы.

Т.С. Чернякина и соавт. (2024) подвели итоги реализации государственной политики по выполнению положений конвенции о правах инвалидов в РФ: в 2021 году исполнилось 10 лет с момента старта государственной программы РФ «Доступная среда», а в 2022 году – 10 лет с момента ратификации Конвенции о правах инвалидов. Все эти годы происходила работа по совершенствованию национального законодательства, корректировке и модернизации государственной программы «Доступная среда» с учетом мнения граждан с инвалидностью и общественных организаций, представляющих интересы инвалидов. Обеспечение реализации всех прав инвалидами является сложной задачей по причине значительной

численности инвалидов в стране, большой протяженности территории и удаленности сельских населенных пунктов от городов с развитой инфраструктурой. Мониторинг выполнения госпрограммы позволяет сделать вывод, что в 2021 году практически все показатели достигли целевых значений, улучшение доступности окружающей среды позволило инвалидам реализовать свое право на получение различных услуг социального обслуживания, образования, здравоохранения, культуры, физической культуры и спорта, о чем свидетельствуют показатели удовлетворенности инвалидов доступностью объектов и качеством оказанных услуг – более 75% опрошенных. Важным достижением информационной работы СМИ и образовательных организаций является увеличение доли инвалидов, положительно оценивающих отношение населения к проблемам инвалидов, в общей численности опрошенных инвалидов – до 77,7%, а доли граждан, признающих навыки, достоинства и способности инвалидов, в общей численности опрошенных граждан – до 87,8%. На реализацию права инвалидов вести самостоятельный образ жизни направлено дальнейшее развитие комплексной реабилитации, включая раннюю помощь, услуги сопровождения, альтернативных форм жизнеустройства инвалидов.

Е.О. Нефедова в диссертационном исследовании «Медицинская реабилитация больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с ампутацией нижних конечностей» убедительно показала, что основными технологиями медицинской реабилитации больных ИБС с ампутациями нижних конечностей, обладающими высоким уровнем доказательств, являются дозирован-

ные физические нагрузки в виде комплекса ручной велоэргометрии, лечебной гимнастики и дозированной ходьбы, обладающие синдромно-патогенетическим действием на ведущие звенья патогенеза ИБС, а дополнительными технологиями – дыхательные упражнения и зеркалотерапия. Дозированные физические нагрузки формируют у пациентов с ИБС и ампутациями нижних конечностей выраженные антиишемический, психокорригирующий лечебные эффекты, которые проявляются уменьшением длительности, интенсивности и частоты приступов загрудинной боли, одышки, отеков, снижением показателей ситуативной тревожности и повышением качества жизни пациентов. Кардиотонический и вегетокорригирующий лечебные эффекты медицинской реабилитации пациентов с ИБС и ампутациями нижних конечностей манифестируют повышением толерантности к физической нагрузке за счет улучшения сократительной деятельности и увеличения коронарного резерва миокарда, коррекции вегетативной регуляции сердечного ритма за счет уменьшения активности симпатических воздействий, с одновременным повышением парасимпатических влияний на работу сердца. Эффективность персонализированных программ медреабилитации у пациентов с ИБС с ампутациями, основанных на учете исходного уровня толерантности к физической нагрузке, составляет 88%, а стандартизированных программ – 76%, при значимом снижении риска возникновения неблагоприятных исходов. Детерминантами эффективности медицинской реабилитации у пациентов с ИБС и ампутациями являются исходные показатели толерантности к физической нагрузке, а также эхокардиографические показатели сокра-

тительной способности миокарда в виде величины фракции выброса левого желудочка и его диастолической функции в виде отношения пиковых скоростей в фазу раннего и позднего наполнения левого желудочка.

Автор выработала рекомендации:

1. Низкая толерантность к физическим нагрузкам является критерием неблагоприятного исхода заболевания и предстоящего протезирования, в связи с чем целесообразно проводить более тщательное функциональное обследование пациентов, по результатам которого ведение и подбор программы реабилитации, в том числе при подготовке к протезированию, должен осуществляться индивидуально.
2. Всем пациентам с ИБС и ампутациями рекомендовано использование ручной велоэргометрии, функциональных проб как методов определения исходной толерантности к физической нагрузке и коронарного резерва. Необходимо дообследование пациентов в виде суточного мониторирования электрокардиограммы для исключения пароксизмальных нарушений ритма, бессимптомной ишемии миокарда.
3. В отсутствие противопоказаний, пациентам с ИБС и ампутациями обязательно включение кинезитерапии различных видов в зависимости от толерантности к физической нагрузке в программы медреабилитации, включая ручную велоэргометрию, дозированную ходьбу с опорой на костыли, дыхательную гимнастику.
4. Направлять пациентов с ИБС и ампутациями на программы медицинской реабилитации с применением рекомендованных программ медреабилита-

ции целесообразно на этапе подготовки к протезированию не менее двух раз в год, после протезирования – не реже одного раза в год.

Т.Н. Афанасьевой (2022–2025) в Главном военном клиническом госпитале Войск Национальной Гвардии РФ разработаны общие принципы применения методов физиотерапии у раненых. Для рационального использования методов физиотерапии в общем комплексе медицинской реабилитации раненых и больных необходимо придерживаться синдромно-патогенетической классификации. Применение лечебных физических факторов у конкретного больного предполагает дифференцированный выбор вида используемой энергии и конкретных методик проведения процедур. На этой основе сформулированы общие принципы их применения у раненых и больных при восстановительном лечении на госпитальном этапе.

Следование этим принципам вносит системность и порядок в мышление врача и формирует его научный подход к назначению лечебных физических факторов на различных этапах патологического процесса:

1. Принцип единства этиопатогенетического и симптоматического подхода. Используя этот принцип, врач должен назначать такой метод (или методы), который бы одновременно устранял (ослаблял) этиологический фактор, воздействовал на основные звенья патогенеза и ликвидировал симптомы заболевания.
2. Принцип динамизма лечения физическими факторами. Согласно данному принципу физиотерапевтические воздействия должны соответствовать со-

стоянию больного в текущий момент. Необходимо постоянно корректировать параметры физических факторов в течение всего периода лечения.

3. Принцип индивидуального лечения физическими факторами требует учитывать при назначении физиотерапии возраст, пол и конституцию больного, наличие сопутствующих заболеваний, противопоказаний для применения конкретного физического фактора, общую и местную реактивность организма.
4. Принцип курсового лечения физическими факторами. Оптимальный лечебный эффект большинства физических факторов наступает в результате проведения курсового лечения.
5. Принцип малых дозировок подразумевает использование с лечебно-профилактическими целями физических факторов небольшой интенсивности.
6. Принцип комплексного лечения физическими факторами. Комплексное действие физических факторов осуществляется в сочетанной (одновременное воздействие на патологический очаг) и комбинированной (последовательное воздействие на патологический очаг) формах. При комплексном применении лекарственной и физической терапии нужно иметь в виду их взаимодействие.

В.В. Серов и соавт. (2022–2024) указали на высокую эффективность сочетания рефлексотерапии и КВЧ (крайне высокочастотной) физиотерапии в медицинской реабилитации военнослужащих, перенесших хирургическое лечение, травмы и ожоги. Новые технологии создаются на базе новой аппаратуры физиотерапии, работающей на информационном уровне (КВЧ, лазеро-

терапия). Так как при патологии изменяются не только физико-химические процессы, но и информационные механизмы поддержания гомеостаза с позиции биоинформационной структуры человека, становится более понятным лечебное действие акупунктуры. Пути решения проблемы лежат в квантовой физике и ее медицинском ответвлении – квантовой медицине, которая основана на использовании сверхмалых доз электромагнитных излучений в импульсном режиме для лечения и профилактики заболеваний, при этом используя электромагнитные волны, частоты, длины и мощности, которых наиболее близки к характеристикам органов и систем человека.

А.В. Носов и Д.А. Носова (2024) представили результаты исследования особенностей психологического состояния ветеранов СВО, получивших тяжелые ранения/ампутации конечностей. Предметом исследования были: характер и интенсивность проявления признаков реакции на стресс, тревожности и депрессии у ветеранов СВО, получивших тяжелые ранения (ампутации) по итогам проведения скринингового обследования. Выборку составили более 200 ветеранов СВО, участвующих в системе комплексной ресоциализации, находящихся на разных этапах социально-психологической реабилитации и реадaptации. Возраст участников составлял от 19 до 60 лет (до 30 лет – 17,7%; от 30 до 40 лет – 35,3%; от 40 до 50 лет – 23,5%, старше 50 лет – 23,5%). По типу ранения: ампутация рук – 1%; ампутация 1 руки – 14%, ампутация ноги (выше колена) – 35%; ампутация ноги (ниже колена) – 38%; ампутация обеих ног – 8%; ампутация руки и ноги – 4%. Половина испытуемых имеют семьи. Подавляющее большинство участников – мужчины,

женщины составляют менее 1% участников. Средний срок, прошедший с момента получения ранения, составляет 1 год. Все участники обеспечены протезами, но находятся на различных этапах их освоения.

Для проведения диагностики применялись методики:

- 1) опросник на скрининг посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Trauma Screening Questionnaire, TSQ), направленный на определение и оценку частоты и тяжести проявления клинических признаков ПТСР;
- 2) госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), направленная на выявление и оценку тяжести симптомов депрессии и тревоги. Рассматривая результаты обследований, авторы описали актуальное психологическое состояние ветеранов СВО, получивших тяжелые ранения (ампутации конечностей). Оценка интенсивности проявления признаков тревожности, депрессивности и актуального уровня реакции на стресс у участников проекта показывает, что эти показатели выражены не высоко (тревожность – 16% и депрессивность – 14% от максимально возможного показателя, реакция на стресс – 22%).

В структуре оценок психологического состояния ветеранов СВО, получивших тяжелые ранения и прошедших лечение и медицинскую реабилитацию, проявляются слабо выраженные признаки тревожности, депрессивности и несколько более высокий уровень проявления реакции на стресс. Однако эти реакции сохраняются, даже несмотря на время, прошедшее с момента получения ранения. При этом именно реакции

остаются наиболее важным и значимым показателем.

Тревожность у ветеранов СВО, участвовавших в проекте социально-психологической реабилитации, складывается из характеристик неусидчивости (28% от максимальной оценки), а также предполагает проявление дрожи (17%), страха (17%), напряженности (17%) и сложности с достижением расслабления (16%), что показывает наличие физиологических проявлений психологического состояния и связано с присутствием серьезных физических травм. Меньше всего отмечают у себя ветераны наличие беспокойных мыслей (11%) и панические проявления (8,9%).

Депрессивность традиционно рассматривается как признак, сопровождающий инвалидизацию, однако по результатам измерения этот показатель выражен меньше всех. Среди признаков депрессивности предлагаемых опрашиваемым наибольший вес имеет замедление действий (25% от максимально возможного показателя) и отсутствие бодрости (15%). Эти характеристики напрямую связаны с полученными ранениями и, естественно, сопровождают человека, потерявшего часть тела и недостаточного овладевшего техническими средствами реабилитации.

Авторами выделены типы ветеранов в зависимости от доминирующих психических состояний:

Первый тип – можно рассматривать как нормативный. У представителей этого типа все три параметра выражены минимально, таких участников практически две третьих (57%).

Второй тип – депрессивный – характеризуется доминированием показателя депрессивности, при наличии несколько по-

вышенных тревожности и общие реакции на боевой стресс (25%).

Третий тип – тревожно-реактивный, у представителей данного типа наблюдается большая выраженность тревожности и общей реакции на стресс по сравнению с депрессивностью (18%).

Таким образом, проведенное исследование позволило получить данные об актуальном психологическом состоянии ветеранов СВО. Результаты свидетельствуют о доминировании в психологическом состоянии участников СВО, имеющих тяжелые ранения (ампутации), нормативных реакций, при сохранении отдельных признаков депрессивности и тревожности. В целом наблюдаемая картина детерминирована наличием у ветеранов тяжелых ранений, в том числе ампутаций конечностей, при отсутствии необходимых умений и навыков жизни с такими физическими нарушениями. Наличие последствий участия в боевых действиях требует организации их социально-психологической реабилитации и ресоциализации, что обеспечит быстрое и эффективное преодоление имеющихся затруднений ветеранами. Организация эффективной системы ресоциализации ветеранов СВО предполагает создание согласованной системы мероприятий, которая начинается на этапе лечения и продолжается уже в процессе адаптации к мирной жизни.

И.С. Бахтина и соавт. (2023) провели оценку потребности участников боевых действий в реабилитационной помощи. На момент исследования 31,4% принимали участие в боевых действиях, 8,7% завершили участие менее месяца назад, 14,5% – от 1 до 12 месяцев, 23,3% принимали участие в боевых действиях

в период 2014–2015 гг., 17,7% участвовали в прежних локальных военных конфликтах более 10 лет назад. Половина опрошенных лиц (49,5%) являлись ополченцами, 32,5% – гражданскими лицами, 17,8% – военнослужащими или сотрудниками полиции периода 1999–2009 гг. Участники военных действий, не получившие серьезных ранений, не проходили медицинского обследования (39,1%), прочие обращались к врачу по поводу: черепно-мозговой травмы (31,8%), заболеваний сердечно-сосудистой системы (40,6%), заболеваний желудочно-кишечного тракта (11,6%), болезней органов слуха и зрения (по 17,4%); расстройств психики и поведения (8,7%). Структурные нарушения имели 67,0%, функциональные нарушения – 95,2%; чаще встречались шрамы от ранений (25,7%), переломы костей конечностей (8,2%), обезображивание черт лица (5,5%), инородные тела и осколки (5,8%), а также хронический болевой синдром (12,0%), астеновегетативный синдром (10,4%); снижение толерантности к физическим (10,4%) и интеллектуальным (5,6%) нагрузкам. Ограничения активности и участия отмечали 64,8% опрошенных лиц, включая ограничения мобильности (7,0%), самоухода (7,0%), бытовой (11,0%) и профессиональной (10,2%) активности, общения (25,1%). Также 96,6% респондентов жаловались на изменения психики и поведения, чаще на раздражительность (10,8%), тревожность (15,2%), астению (6,1%), нарушения сна (17,8%) и аппетита (5,0%), нарушения адаптации (10,4%).

Менее изучены вопросы влияния участия в длительных боевых действиях на лиц, не имеющих значительных повреждений и способных продолжать службу после ранения. Следует учитывать, что большин-

ство исследований базируется на данных о состоянии здоровья участников локальных военных конфликтов, тогда как особенности военных действий требуют коррекции подходов к реабилитации.

Большинство опрошенных ветеранов (74,6%) отметили ухудшение физического и психологического состояния в период от 6 до 12 месяцев после окончания участия в боевых действиях, 14,8% отмечали незначительное ухудшение через 12 и более месяцев, а 10,6% определенной динамики не отмечали. Тем не менее, реабилитационную помощь не получали 72,4% опрошенных, причем 23% считали, что им реабилитация не требуется, 44,6% не получили соответствующих рекомендаций, 4,8% ждут такого назначения. Гражданское население не получало реабилитации в 100,0% случаев; военные, сотрудники полиции и ополченцы – в 70,4%. Всего прошли реабилитацию 6,0% в условиях стационара, 3,6% – амбулаторно, 1,2% – в санатории; 8,4% обращались к частным специалистам реабилитационного профиля. Респонденты в 12,6% случаев хотели бы пройти полное профилактическое обследование, в 4,1% сочли, что реабилитация им не требуется, в остальном выбрали следующие методы: индивидуальная (10,8%) и семейная (4,6%) психотерапия, санаторно-курортное лечение (7,7%), физиотерапевтические процедуры (7,5%), медицинский массаж (5,4%), анималтерапия (2,6%), технические средства реабилитации (6,4%). Пациенты выражали желание пройти обучение для самостоятельного проведения реабилитационных мероприятий (6,4%); получать юридическую и социальную помощь (7,2%), включить в реабилитационный комплекс работу с членами семьи (8,8%). Категорически отказывались

повторно принимать участие в боевых действиях 21,1% (преимущественно гражданское население), 14,5% не хотели бы этого делать; 21,4% хотели бы вновь принять участие в боевых действиях, так как «чувствуют себя на войне лучше» (5,3%), «умеют это делать лучше, чем что-либо другое» (2,6%), «намерен принять участие в ближайшем будущем» (13,2%). Всего 18,4% респондентов не определились с ответом на данный вопрос, а 25,0% выразили готовность при необходимости вновь принять участие в боевых действиях.

Авторы заключают, что реабилитационные услуги оказывались редко, чаще кадровым военнослужащим, никогда – представителям гражданского населения. При этом запрос на реабилитационную помощь недостаточно сформирован, респонденты проявляют склонность к диссимуляции и признают необходимость обследования и реабилитации скорее для гипотетических сослуживцев («других участников военного конфликта», «участников СВО вообще»), чем для себя лично. Респонденты в большинстве случаев не имели значительных структурных нарушений, связанных с ранениями, однако половина опрошенных имели рубцовые изменения после ранений и ожогов, встречались последствия травм костей, инородные тела (осколки), потеря зубов и обезображивание черт лица, повреждения внутренних органов. Пациенты предъявляли жалобы на хроническую боль, проявления астеновегетативного и тревожно-депрессивного синдромов и иные симптомы нарушений вегетативной нервной системы. Наблюдались ограничения активности и участия, связанные с общением, незначительные ограничения мобильности и самообслуживания, бытовой и профес-

сиональной деятельностью. Наиболее распространены жалобы, ассоциированные с расстройствами психики и поведения и дезадаптационным синдромом, включая тревожность, повышенную реактивность, нарушения сна и аппетита, гиперконтроль и подозрительность со стороны участника боевых действий, склонность к аддиктивному поведению или недооценка значимости химических и игровых зависимостей.

А.Г. Караяни (2024) в работе «Боевой стресс: проблемы определения и классификации» указывает, что под боевым стрессом понимают многоуровневый процесс адаптационной активности военнослужащего при изменении боевой обстановки в условиях отсутствия или невозможности применения стереотипов боевого поведения, сопровождаемый напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических, когнитивных, аффективных, поведенческих и личностных изменений. Боевой травматический стресс возникает в ответ на воздействие стресс-факторов такой силы, для преодоления которых у военнослужащего нет ресурсов. На поведенческом уровне симптомами деструктивного стресса могут быть метания в поисках укрытия, буйство, вспышки истерического смеха, плача, крика, бешенства, раздражительности и злобы (гиперреактивная форма) или состояния ступора, апатии, заторможенности движений, безразличия к опасности, «замирания под огнем», обморочные состояния и т.д. (гипореактивная форма). Под боевой психологической травмой понимают прорыв защитного слоя психики (адаптационного барьера) военнослужащего, сопровождающийся разрушением базовых ценностей,

дезинтеграцией идентичности личности, формированием разноуровневых патологических механизмов регуляции поведения. Боевая психологическая травма захватывает базовые убеждения, ценности, личность, его психику, нервную систему, тело, кардинально меняет восприятие внешнего мира и самого себя и, в некоторых случаях, выступает предиктором отсроченного боевого стресса.

Так, по оценкам **Н.В. Тарабриной и М.М. Решетникова**, боевая психическая травма может развиваться у 3,2% комбатантов, подвергшихся воздействию потенциально травмирующих событий. При этом 61,2% из них самостоятельно справляются с ней в течение ближайших двух лет. А у 38,8% из них прогнозируется развитие ПТСР. Однако ПТСР не ограничиваются отсроченные постстрессовые расстройства. В соответствии с Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 11-го пересмотра, в блок L1-6B4 «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом», входят посттравматическое стрессовое расстройство (6B40), осложненное посттравматическое стрессовое расстройство (6B41), затяжная патологическая реакция горя (6B42), расстройство адаптации (6B43).

Т.Н. Зайцева и К.М. Бараксанова (2025) представили обзор «Анализ рисков информационной безопасности в центрах медицинской реабилитации: проблемы и перспективы». Авторы выделили наиболее значимые проблемы при обеспечении информационной безопасности в медицинской организации: недостаток собственного профессионального опыта, нехватка специалистов в сфере кибербезопасности и недостаток бюджета. Согласно прогно-

зам ВОЗ, к 2030 году ожидается расширение и интеграция мер реабилитации в системы медицинского обслуживания. Особое внимание будет уделено комплексной терапии нарушений сердечно-сосудистой системы, также реабилитации пациентов с поражениями спинного и головного мозга. При внедрении новых программ медицинской реабилитации будут широко применяться современные информационные технологии. Это означает, что в процессе восстановления (компенсации) нарушенных или утраченных функций организма активно будут задействованы различные цифровые решения и инструменты. Использование информационных технологий позволит сделать реабилитационные программы более эффективными и удобными как для специалистов, так и для самих пациентов. Использование роботизированной техники, телемедицинских технологий и искусственного интеллекта в медицинской реабилитации может представлять потенциальные риски для информационной безопасности. Этот аспект требует особого внимания и тщательной проработки для обеспечения надежной защиты данных пациентов и систем. Применение облачных хранилищ для медицинской информации позволяет решить проблемы масштабирования и защиты данных. Для обеспечения безопасности доступа к медицинским базам данных необходимо устанавливать четкие требования к передаче информации третьим лицам, включая использование криптографических ключей. Создание единой национальной, а затем и международной цифровой медицинской среды с разработкой стандартизированных автоматизированных рабочих мест для специалистов, с соблюдением требований защиты

конфиденциальных данных позволит значительно повысить эффективность работы медицинских учреждений и может способствовать росту доверия пациентов к медицинской деятельности.

С 2025 года в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утвержден отдельный Порядок оказания медицинской помощи отдельным категориям ветеранов боевых действий и уточнен порядок взаимодействия участников ОМС с Государственным фондом поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества», в том числе по профилям проактивного оказания первичной медико-санитарной помощи, расширенной диспансеризации, динамического наблюдения со стороны медработников с применением телемедицинских технологий, внеочередного получения специализированной высокотехнологичной медицинской помощи и реабилитации, приоритетного прохождения санаторно-курортного лечения.

Территориальный фонд ОМС определяет медицинскую организацию, выбранную участником СВО для получения первичной медико-санитарной помощи, и направляет ей полученную от Государственного фонда «Защитники Отечества» информацию в целях организации участнику СВО первичной медико-санитарной помощи во внеочередном порядке. Медицинская организация, выбранная участником СВО для получения первичной медико-санитарной помощи:

- 1) определяет порядок организации первичной медико-санитарной помощи участнику СВО;
- 2) выделяет отдельного медработника для координации предоставления участнику СВО первичной медико-санитарной помощи во внеочередном порядке;
- 3) вы-

деляет фиксированное время и дату приема для диспансеризации и диспансерного наблюдения; 4) в случае невозможности прибытия участника СВО в медицинскую организацию медицинская организация организует выезд к участнику СВО медицинской бригады, оснащенной необходимыми медицинскими изделиями для проведения соответствующих обследований.

17 апреля 2026 года на расширенном заседании коллегии Минздрава России Министр здравоохранения Российской Федерации М.А. Мурашко придал приоритетный статус вопросам оказания медицинской помощи ветеранам СВО и, в первую очередь, обеспечения права на углубленную диспансеризацию.

Министр здравоохранения РФ сообщил, что в 2025 году по итогам диспансеризации более 131 тыс. ветеранов прошли профилактическое обследование, из них 54% направлены на второй этап диспансеризации и, соответственно, последующее лечение. Таким образом, перед страховыми представителями системы ОМС поставлена актуальная задача на расширение индивидуального информационного сопровождения ветеранов с целью повышения приверженности к профилактическим мероприятиям и максимально раннего выявления имеющих факторов риска и скрытых осложнений и заболеваний, которые выявляются по итогам углубленной диспансеризации практически у каждого 2–3-го ветерана.

Для корреспонденции

Старченко Алексей Анатольевич

Советник генерального директора ООО «Капитал МС», 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. 179
E-mail: oms@kapmed.ru

Альперович Дмитрий Валерьевич

Директор филиала ООО «Капитал МС» в Ростовской области, д.б.н., доцент кафедры организации здравоохранения Ростовского государственного медицинского университета Минздрава России

Тел.: +7 (863) 232-34-32
E-mail: oms.rostov-na-donu@kapmed.ru

Ковалева Евгения Игоревна

Начальник ГБУ Ростовской области «Госпиталь для ветеранов войн», врач высшей категории

Тел.: +7 (863) 251-82-63
E-mail: gvv-06@mail.ru

Устюгов Антон Владимирович

Заместитель генерального директора ООО «Капитал МС», к.м.н.

Тел.: +7 (495) 287-81-25, доб. 110
E-mail: oms@kapmed.ru

Адрес: 115035, Москва, Кадашевская набережная, д. 30