

58 научно-практическая
медицинская конференция
**Здоровье в 21 веке –
ответственность
каждого**

25-26 мая 2023 года



**Реабилитация – основной тренд здравоохранения:
охрана и защита прав граждан с последствиями боевой травмы
(актуальность, эффективность и контроль)**



**Ульяновск
25 мая 2023 года**

*Старченко А. А.
советник Генерального директора СМО
«Капитал Медицинское страхование»,
президент НП
«Национальное Агентство по безопасности пациентов
и независимой медицинской экспертизе»
доктор медицинских наук, профессор*

25 ноября 2022 года Президент 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».*

Медицинская реабилитация пострадавших с последствиями боевой травмы, как конституционная обязанность государства, подчеркнута в Послании Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию РФ от 21 февраля 2023 г. :

«Я жду от всех федеральных ведомств, регионов и муниципалитетов и впредь уделять самое пристальное внимание ветеранам, военнослужащим, их семьям».

Указом Президента РФ от 3 апреля 2023 г. № 232 создан Фонд «Защитники Отечества»

Ранее, 29 ноября 2022 года в рамках X Всероссийского съезда судей Президент РФ напомнил о незыблемости соблюдения, охраны и защита конституционных прав граждан в данный период!

Таким образом, субъект и участники системы ОМС призваны быть непосредственными исполнителями государственного конституционно гарантированного обязательства предоставления медицинской реабилитации пострадавшим с боевой и стрессовой травмой.

Этапы медицинской реабилитации (МР)

Порядок организации медицинской реабилитации взрослых (приказ МЗ РФ от 31.07.2020 N 788н):

11. **Первый этап** МР рекомендуется осуществлять в структурных подразделениях МО, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в **стационарных условиях по профилям:** "анестезиология и реаниматология", "неврология»...

12.должны быть начаты в острейший (до 72 часов) и острый периоды течения заболевания, при неотложных состояниях, состояниях после оперативных вмешательств (в раннем послеоперационном периоде), хронических критических состояниях...



17. **Второй этап** медицинской реабилитации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в стационарных условиях **в отделении медицинской реабилитации ..**

МР на втором этапе осуществляется по направлению лечащего врача МО, осуществляющего медицинскую реабилитацию на первом этапе, либо по направлению врача-терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста.

18. ... должны быть начаты в острый (*3-4 нед.*) и ранний восстановительный периоды (*до 6 мес*) течения заболевания или травмы и период остаточных явлений течения заболевания...



21. **Третий этап** МР осуществляется при оказании **первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара** (амбулаторное отделение медицинской реабилитации, отделение медицинской реабилитации дневного стационара...

22. МР на третьем этапе осуществляется по направлению врача-терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста, либо по направлению лечащего врача МО, осуществляющей МР на первом и (или) втором этапах.

ДЛЯ ЭКСПЕРТА СМО и ТФОМС ДОКУМЕНТЫ:

1. В **переводном эпикризе** указываются реабилитационный диагноз (перечень кодов по МКФ), реабилитационный потенциал, перечень проведенных диагностических и реабилитационных мероприятий, их эффективность, показатель ШРМ, рекомендации о необходимости продолжения оказания медицинской помощи по МР с указанием условий ее оказания и целей



2. **Выписка из медицинской карты**, в которой указываются:

клинический диагноз заболевания (состояния), реабилитационный диагноз (перечень кодов по МКФ), сведения о реабилитационном потенциале, **ИПМР**, факторы риска проведения реабилитационных мероприятий, **следующий этап медицинской реабилитации с учетом показателей ШРМ.**

Письмо Федерального бюро медико-социальной экспертизы
Министерства труда и социальной защиты РФ
от 29 августа 2022 г. № 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...».

«Согласно [п. 17](#) Правил признания лица инвалидом, утвержденными [пост.](#) Правительства РФ от 5 апреля 2022 года № 588, **участник СВО, 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».

Это первичный выход на инвалидность, потребуется 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».

"О медико-психологической реабилитации военнослужащих"**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;**

**Перечень показаний к медико-психологической реабилитации
и продолжительность медико-психологической реабилитации**

Утомление 1 и 2 степени 10 суток

Утомление 3 степени и переутомление 20 суток

Утомление 3 степени, переутомление, астения 30 суток

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ БОЕВОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Утверждены
начальником Главного военно-медицинского управления
Министерства обороны Российской Федерации
1 сентября 2022 года

Москва, 2022 г.

Уровни и виды медицинской помощи

Уровень	Место оказания медицинской помощи или этап медицинской эвакуации	Виды медицинской помощи	Гражданская альтернатива стандартам военной помощи
0	Поле боя. Пункт сбора раненых, медицинский пост роты	Первая помощь. Доврачебная помощь	Соответствует закону «Об обороне» №61-ФЗ
1	Медицинский пункт батальона (МПб)	Доврачебная помощь. Первая врачебная помощь (неотложные мероприятия)	Соответствует порядкам оказания скорой медицинской помощи
2	Медицинская рота бригады, полка (медр). Отдельный медицинский батальон (омедб). Отдельный медицинский отряд (омедо).	Первая врачебная помощь. Квалифицированная (сокращенная специализированная) хирургическая помощь.	Соответствует порядкам оказания скорой медицинской помощи
3	Медицинский отряд специального назначения (медо СпН). Военный полевой многопрофильный госпиталь - ВПГ	Специализированная хирургическая помощь по неотложным, срочным и отсроченным показаниям. Лечение легкораненых до 10 суток.	Соответствует порядкам оказания скорой медицинской помощи

4	Окружной военный госпиталь с филиалами и структурными подразделениями. Военный полевой госпиталь для легкораненых - ВПГ (Лр)	Специализированная хирургическая помощь и лечение, медицинская реабилитация. Лечение легкораненых до 30 суток.	Соответствует порядкам оказания скорой медицинской помощи
5	Главный и центральные военные госпитали, клиники Военно-медицинской академии	Специализированная хирургическая помощь и лечение, медицинская реабилитация тяжелораненых	Соответствует порядкам оказания скорой медицинской помощи

Глава 13

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ

В современных военных конфликтах повреждения позвоночника составляют 0,5-2,4 %, а повреждения нервных стволов конечностей достигают 11-13% в общей структуре боевой хирургической травмы.

7. Раненые и пострадавшие с взрывными повреждениями, неогнестрельными травмами позвоночника, не нуждающиеся в оперативном вмешательстве (ушибы позвоночника, частичные разрывы капсульно-связочного аппарата позвоночно-двигательного сегмента, стабильные переломы тел и отростков позвонков), а также со сквозными ранениями без нарушения стабильности позвоночника и наружной ликвореи, вне зависимости от выраженности неврологических проявлений) – проводится ПХО ран мягких тканей, наружная иммобилизация, симптоматическая терапия, подготовка к переводу в неврологические / травматологические или реабилитационные учреждения.

Госпитальный этап лечения пострадавших с повреждениями периферических нервов включает также проведение медикаментозной

терапии и физиотерапевтических процедур, которые начинаются с первых суток после оперативного вмешательства. С учетом того, что скорость регенерации отростков нейронов не превышает 1-2 мм/сут, восстановление функции поврежденного нерва занимает длительное время. После заживления раны от реконструктивной операции пациенты переводятся в специализированные реабилитационные центры для проведения восстановительного лечения.

Глава 23

ПОВРЕЖДЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ

Частота повреждения конечностей в современных военных конфликтах составляет 53,0-60,0% в общей структуре боевой хирургической травмы.

11. Наиболее частые ошибки, допускаемые при лечении раненных в конечности: неадекватное обезболивание; недостаточно стабильная лечебно-транспортная иммобилизация; отказ от профилактики тромбозоболоческих осложнений; нарушение принципов выполнения ПХО огнестрельных и взрывных ранений конечностей (нерадикальная или излишне радикальная некрэктомия, невыполнение фасциотомии и дренирования, наложение первичных швов).

Огнестрельные ранения челюстно-лицевой области сопровождаются рядом осложнений, к которым относятся вторичные кровотечения, огнестрельный остеомиелит, слонные свищи, контрактура нижней челюсти и некоторые другие. В лечебных ВМО тыла осуществляется специализированная, в том числе высокотехнологичная, хирургическая помощь раненым в ЧЛЮ, производится дообследование (КТ), повторные хирургические обработки ран, лечение развившихся осложнений, устранение последствий травм, медицинская реабилитация.

25.4. Медицинская помощь и хирургическое лечение пораженных с термическими ожогами

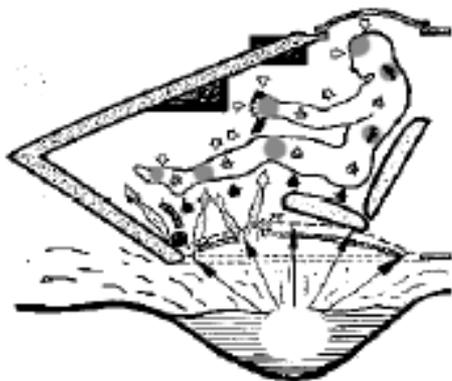
После окончания оперативного лечения пораженные нуждаются в течение 14-30 дней в реабилитации (неокрепший, склонный к ретракции кожный покров, тугоподвижность суставов, незажившие мелкие остаточные раны). В ее программу следует включать лечебную физкультуру, физиотерапевтические процедуры и массаж мест поражений. После прохождения реабилитационного периода осуществляется окончательное решение экспертных вопросов о годности к службе.

Глава 28

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГКОРАНЕННЫХ

Частота легкораненных во всех войнах превышает 50-60% от санитарных потерь хирургического профиля. Быстрое возвращение в строй максимально возможного числа профессионально подготовленных раненных воинов остаётся главной задачей военно-медицинской службы. Эта задача реализуется, прежде всего, за счет контингента легкораненных, поскольку тяжело раненым осуществляются мероприятия по спасению жизни и максимальному снижению социальных последствий полученной боевой травмы вне зависимости от сроков лечения. Категория легкораненных требует проведения особых лечебно-эвакуационных мероприятий и лечебно-реабилитационной тактики на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Также в ВПП(Лр) из других тыловых военно-медицинских организаций 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.



Фигурные стрелки — действие газопылевого потока при пробивании корпуса бронетехники взрывом противотанковой мины.

Черные и заштрихованные стрелки — заброневое действие ударной волны взрыва.

Светлые стрелки — инерционные повреждения от ударов тела о детали и стенки кабины.

Серой заливкой обозначены характерные места разрушения частей тела и переломов позвоночника.

Рис. 10. Механизмы и характер повреждений при взрывной травме личного состава в кабинах бронетехники (использована схема Н. Ф. Фомина /114/)

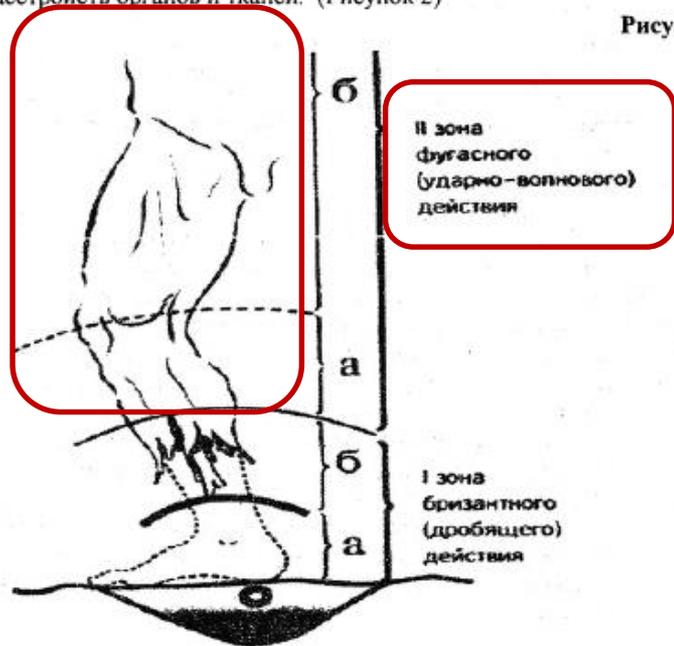
1 зона - бризантного (дробящего) действия:

- а - уровень полного бризантного дефекта тканей,
- б - уровень неполного бризантного дефекта тканей.

2 зона - фугасного (ударно-волнового) действия:

- а - уровень ударно-волновой контузии тканей,
- б - уровень ударно-волновых контузионно-коммоционных расстройств органов и тканей. (Рисунок 2)

Рисунок 2



МИННО-ВЗРЫВНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

(учебно-методическое пособие)



В течении травматической болезни выделяют пять периодов.

I период — реактивно-токсический (до 1 суток), В течение первых суток после взрывной травмы у раненых развивается бурная неспецифическая реакция, проявляющаяся в возбуждении системы нейрогуморальной регуляции с резким повышением в крови и моче гормонов “стресса”.

II период — токсемии (2-3 суток) характеризуется усиленным поступлением из периферических тканей эндотоксинов на фоне выраженной общей гипоксии тканей сложного генеза — гипоксической, циркуляторной, гемической и гистотоксической. Клинически это выражается в нарастании признаков легочно-сердечной, почечно-печеночной недостаточности с морфологическим подтверждением дистрофических изменений внутренних органов у умерших в эти сроки.

III период — инфекционно-токсический (от 4-6 суток до нескольких недель). В этом периоде у раненых на первый план выступают резкое угнетение клеточных и гуморальных факторов иммунитета с развитием местных и общих инфекционных осложнений — нагноение ран, пневмонии, трахеобронхиты, сепсис и др. Изменяется характер токсемии, она становится преимущественно бактериальной.

IV период — восстановительный (до 2-4 месяцев), характеризуется замедленным восстановлением нарушенных физиологических функций и обменных процессов в организме. У пострадавших отмечается вялое заживление ран, длительная анемия, медленная нормализация белкового и липидного обменов.

V период — последствия. Для него характерны наличие разнообразных анатомических дефектов конечностей, последовательных сопряженных биомеханических изменений опорно-двигательного аппарата и функциональной недостаточности конечности как органа.

I. Обзор эффективности медицинской реабилитации последствий боевой травмы

Медицинская реабилитация в Вооруженных Силах: истоки, современное состояние и перспективы

ФИСУН А.Я., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы¹
ЩЕГОЛЬКОВ А.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке²

ЮДИН В.Е., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, доцент, полковник медицинской службы запаса (6_gospital@mail.ru)³
ПОНОМАРЕНКО Г.Н., заслуженный деятель науки РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса⁴

На основании систематизации научных сведений и результатов собственных исследований выделяют следующие методологические принципы МР:

- системность подхода к определению целей МР и оптимальному распределению имеющихся ресурсов, при котором достигается минимальное значение критерия «затраты/эффективность»;
- дифференцированность организации реабилитационных мероприятий (по месту проведения, срокам, характеру патологического процесса у военнослужащего и т. д.);
- адаптивность реагирования и реорганизации системы МР при изменении внешних условий (количество нуждающихся, особенности финансирования и медицинского снабжения и т. д.);
- превентивность реабилитационных мероприятий при выявлении донозо-

логических нарушений функций органов и систем у военнослужащих;

– этапность проведения МР с концентрацией на каждом этапе необходимого и достаточного резерва сил и средств;

– непрерывность МР с поступательным наращиванием интенсивности реабилитационных мероприятий;

– преемственность с единым пониманием задач МР и принципов ее проведения;

– комплексность проведения мероприятий МР;

– индивидуализация реабилитационных программ;

– адекватность проводимых мероприятий функциональным резервам организма военнослужащего, характеру патологического процесса и степени нарушения профессионально важных качеств;

– доступность МР в полном объеме для всех нуждающихся в восстановительном лечении;

– эффективность комплекса мероприятий МР, информативность (накапливание, структуризация и интеграция информации о функциональном состоянии военнослужащих).

Комплексная реабилитационная программа должна включать пять основных компонентов: 1) медикаментозная и хирургическая коррекция функционального состояния патологически измененных систем вследствие ранения или заболевания (у пациентов с ампутациями конечностей – протезирование); 2) коррекция метаболических и иммунологических нарушений; 3) восстановление функционального состояния организма и патологически измененных органов (систем) методами физического воздействия; 4) коррекция психоэмоционального состояния с формированием положительной мотивации на качественное выполнение профессиональных обязанностей в будущем; 5) нормализация профессионально важных качеств пациента с формированием с помощью аппаратно-программных комплексов сенсорного образа профессиональной деятельности.

Эффективность МР определяется следующими критериями:

– восстановление и степень сохранения военно-профессиональной деятельности (трудоспособности), адаптация в социальной сфере;

– динамика уровня физической активности;

– динамика показателей лабораторных, функциональных, эндоскопических, рентгенологических и других методов исследований;

– частота обострений и рецидивов заболеваний;

– осложнения в течении заболевания, переход в хроническую форму, инвалидизация (летальный исход).

Эффективность медицинской реабилитации раненых военнослужащих в вооружённых конфликтах

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Анализ и обобщение результатов медицинского обеспечения группировки войск при проведении вооружённых конфликтов в Афганистане и на Северном Кавказе в 1994–1996 гг. и 1999–2002 гг. свидетельствуют об успешных действиях военно-медицинской службы по восстановлению здоровья раненых военнослужащих. В среднем от 80 до 90% раненых, госпитализированных в лечебные учреждения, успешно закончили лечение и были выписаны по выздоровлению. Вместе с тем от 10 до 15% раненых и около 5% больных военнослужащих стали инвалидами. В условиях вооружённых конфликтов с применением современных видов обычного оружия в медицинской реабилитации нуждается около 90% раненых, поступающих в госпитали [6–8]. Таким обра-

Материалы и методы. Проанализированы результаты медицинской реабилитации 439 раненых военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях в Афганистане, 250 и 946 раненых военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях в вооружённом конфликте на Северном Кавказе в 1994–1996 гг. и 1999–2002 гг. соответственно. Возраст пациентов колебался от 19 до 45 лет. В выборках преобладали пациенты в возрасте 19–25 лет.

Несмотря на то, что 97% раненых и обожжённых поступало в лечебные учреждения в первый же день после ранения, 86% из них физиотерапевтическую помощь начинали оказывать с 3–5 суток. Это было

методы лечения с первых дней госпитализации. Вместе с тем ЛФК у 72% раненых начинали с момента поступления в лечебное учреждение, что связано с возможностью применения физических упражнений даже у постели тяжелораненых и проведения групповых занятий с ранеными в

Из применяемых физических методов лечения легкораненых в гарнизонных госпиталях наиболее часто использовали электрическое поле ультравысокочастотной терапии (УВЧ-терапия) (31,2%), диадинамотерапию (23,7%), ультразвуковую терапию (17,3%), ингаляционную терапию (15,7%), лечебный массаж (8%), высокочастотную магнитотерапию (4,1%).

В структуре физиотерапевтической помощи пострадавших средней степени тяжести наибольший удельный вес имели УВЧ-терапия (34,1%), лечебный массаж (14,2%), диадинамотерапия (13,8%), ультрафонофорез (10,2%), ингаляционная терапия (7,1%), лекарственный электрофорез (6,1%). Реже использовали оксигенотерапию (3,1%), ультрафиолетовое облучение (УФО) ран и тела (3%), электроннойроммостимуляцию (2,7%), акупунктуру (2,3%), парафино-

терапию (1,6%) и аутовенозное ультрафиолетовое облучение крови (1,2%). У 42,3% раненых средней степени тяжести, наряду с физиотерапией, успешно применяли ЛФК.

При оказании физиотерапевтической помощи тяжелораненым наиболее часто применяли лечебный массаж (35%), диадинамические токи (12,3%), электрическое поле УВЧ (11,2%), УФО крови (7%) и лазеротерапию (6%). У 47% раненых использовали ЛФК и дыхательную гимнастику. Более широкий спектр физиотерапевтической помощи тяжелораненым и пострадавшим средней степени тяжести было обусловлено их лечением в окружных и центральных госпиталях, где имелось адекватное аппаратное оснащение физиотерапевтических отделений и наличием в их штате врачей-физиотерапевтов.

Показано, что основными физическими методами лечения у раненых различного клинического профиля были УВЧ-терапия (20,3%), лекарственный электрофорез (10,6%), средневолновое ультрафиолетовое облучение (СУФ-облучение) (11,1%), ингаляционная терапия (8,3%), лечебный массаж (7,7%) и инфракрасное облучение (7,4%). Частота применения других методов составила от 0,1 до 5,5% от общего количества процедур.

В структуре физиотерапевтической помощи раненым различной локализации по видам лечения преобладали методы электротерапии (39,5%), фототерапии (27,2%) и лечебного массажа (7,6%).

Использование узкоограниченного набора методов физического лечения в структуре физиотерапевтической помощи тяжелораненым было во многом обусловлено отсутствием в штатах послеоперационных отделений и отделений интенсивной терапии физиотерапевтических сестёр, а также недостаточным количеством портативных физиотерапевтических аппаратов.

Наиболее разнообразными были методы физиотерапевтического лечения у раненых в конечности. Они были направлены на снижение и профилактику воспалительных явлений и обладали лимфодрующим и дефиброзирующим действием, а также способствовали заживлению вялогранулирующих ран. Обожжённым чаще всего назначались физио-ными свойствами и направленными на профилактику нагноения ожоговых ран.

Наиболее часто физические методы физиотерапии использовались у раненых в верхние и нижние конечности (38,6 и 14,4% соответственно) и при ранениях головы (15,2%). Их чаще всего применяли при лёгких ранениях мягких тканей и ограниченных ожогах.

Эффективность у всех раненых составила 72%. Максимальная эффективность физиотерапевтической помощи отмечена у раненых в голову и конечности. Кроме того, высокая эффективность (90%) физиотерапевтической помощи имела место у легкораненых.

Использование лечебных физических факторов позволило снизить удельный вес таких осложнений, как пневмония, раневая и анаэробная инфекция, нагноение ран, травматический неврит. Исходы осложнений у раненых, получавших физиотерапию, были значительно более благоприятными, чем у тех, кому физиотерапевтическая помощь не оказывалась.

РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: ИСТОРИЯ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

© 2004 г. Г. М. Белозеров, В. В. Джурко, Т. Я. Клименко, В. И. Попов, Н. П. Сереженко

Центр восстановительной терапии инвалидов и ветеранов боевых действий «Возрождение»,

Государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, г. Воронеж

Послевоенная реабилитация участников войн не может происходить сама собой с течением времени, на что указывают данные медицинских и социологических исследований: более 35 % ветеранов-«афганцев» имеют серьезные психологические проблемы и не могут адаптироваться в гражданском обществе [1, 2, 4, 10].

Проблема становится особенно актуальной, если учесть острую потребность в специальных мероприятиях психологической помощи и реабилитации лиц, участвовавших в ходе восстановления конституционного порядка в Чеченской Республике.

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. До 12 % участников боевых действий хотели бы посвятить свою жизнь любой воюющей армии. У этих людей выработались свои извращенные взгляды на запрет убийства, грабеж, насилие. В разных странах мира они пополняют ряды не только воинских, но и криминальных структур. В нашей стране это в наибольшей мере относится к участникам локальных войн, прежде всего в Афганистане и Чечне. Специалисты называют эти войны «эпидемией аморальности» (М. М. Решетников), ведущей к девальвации идеи освободительной миссии армии, к криминализации и психопатизации многих военнослужащих [3, 5, 6].

Анализ поведения солдат и офицеров, в том числе в Афганистане и Чечне, позволяет обратить внимание на то, что «наряду с реальным героизмом, взаимовыручкой, боевым братством и другой относительно позитивной атрибутикой войны имеют место грабежи и убийства (в том числе и как исход «разборок» среди своих), средневековые пытки и жестокость к плен-

ным, извращенное сексуальное насилие в отношении населения (особенно на чужой территории). Вооруженный разбой и мародерство составляют неотъемлемую часть любой войны и относятся не к единичным, а к типичным явлениям в любой из воюющих армий, как только ее солдаты ступают на землю противника. При этом неизбежность возмездия за содеянное осознается обычно ими не сразу. Первоначально преобладают публично провозглашаемые героические воспоминания. Но по прошествии определенного времени постоянное чувство тревоги и вины за содеянное приводит к деформации личности. И эта деформация «молчаливо проецируется на все межличностные отношения, составляя часть эмоционального поля, а иногда и весь эмоциональный фон».

- Оказание квалифицированной медицинской, психологической, реабилитационной и социальной помощи с использованием специально созданной медицинской базы: мобильных диагностических и лечебных врачебных бригад для обслуживания на дому, консультативных, диагностических кабинетов, дневного стационара.
- Создание единой объединенной информационной системы учета и контроля оказания всех видов необходимой помощи участникам боевых действий и контртеррористических операций, приравненных к ним лиц, а также членов их семей.
- Медико-психологическая поддержка пациентов, которая заключается в формировании определенных жизненных установок и обучении методам преодоления конфликтно-стрессовых ситуаций.
- Формирование навыков здорового образа жизни и тренировка этих навыков в реальных ситуациях самообслуживания, коммуникации, взаимодействия, трудовой и досуговой деятельности.
- Стабилизация профессиональных отношений пациентов в рамках имеющейся гражданской специальности, обучение (переучивание) новой профессии.
- Помощь в вопросах оформления необходимых документов и решения проблем с жильем, трудоустройством, правовым статусом и т. п.
- Помощь в формировании здоровой микросреды пациента, включая деятельность по оздоровлению семейного климата и адекватной терапевтической атмосферы, способствующей вовлечению членов семьи в реабилитационные программы.
- Поддержание связи с прошедшими реабилитацию пациентами в целях профилактики и своевременного вмешательства в случае кризисных ситуаций, а также в целях привлечения их к работе в реабилитационных программах в центре.
- Взаимодействие с организационными учреждениями и службами города (района, области) по оказанию комплексной социальной поддержки пациентов по вопросам трудоустройства, обеспечения жильем, восстановления дееспособности, получения пособий и т. п.
- Информирование общественности о работе РЦ с целью привлечения пациентов, специалистов, общественных организаций и населения к участию в реабилитационных программах.

На правах рукописи

КИРСАНОВА
Анна Алексеевна

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

14.03.11 - восстановительная медицина, спортивная медицина,
лечебная физкультура, курортология и физиотерапия

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ:
Пономаренко Геннадий Николаевич
Заслуженный деятель науки РФ
доктор медицинских наук профессор

Санкт-Петербург – 2019

1. В структуре входящего потока военнослужащих на медицинскую реабилитацию в военные санаторно-курортные организации преобладают военнослужащие проходящую военную службу по контракту, составляющие 60% от числа всех военнослужащих, поступивших на медицинскую реабилитацию в военные санаторно-курортные организации. В структуре медицинских показаний основными являются нарушение функций органов дыхания (39%), костно-мышечной системы, соединительной ткани, кожи и подкожной клетчатки (30%), центральной и периферической нервной системы (15%), системы кровообращения (9%) и органов пищеварения (4%).

2. Объем реабилитационных мероприятий составил в среднем $42,1 \pm 10,4$ процедуры ($3,1 \pm 1,6$ технологии физической и реабилитационной медицины) на пациента и существенно варьировался у пациентов с нарушениями функций различных органов и систем. В структуре программ медицинской реабилитации военнослужащих с нарушениями функций различных органов и систем преобладают физические упражнения (26%), природные лечебные физические факторы (20%), медицинский массаж (16%), магнитотерапия (11%), низкочастотная электротерапия (9%) и низкоинтенсивная лазеротерапия (7%). Состав реабилитационных программ зачастую значительно не отличается от программ санаторно-курортного лечения пациентов аналогичного клинического профиля и не учитывает требования действующих клинических рекомендаций.

4. Эффективность медицинской реабилитации военнослужащих с нарушениями функций системы кровообращения составляет 84%, нервной и костно-мышечной систем 81% и 86% соответственно.

РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕССОВЫЙ СИНДРОМ

В Ростовской области на 01.01.15 на учете состояло 20 710 ветеранов боевых действий, в том числе 1537 (7,4%) человек, являющихся инвалидами. Более половины общего числа инвалидов – 818 (53,2%) человек – имеют вторую группу инвалидности, 669 (43,6%) человек – третью группу инвалидности, 50 (3,2%) – первую группу инвалидности.

Специализированная медицинская помощь указанному контингенту оказывается в ГБУ РО «Госпиталь для ветеранов войн». Учреждение решает широкий круг вопросов в отношении ветеранов боевых действий. Основной вид деятельности – проведение диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий лицам, получающим стационарное лечение. Вместе с тем с учетом специфики контингента приходится решать и ряд других социальных вопросов в тесном взаимодействии с органами социальной защиты населения, службой медико-социальной экспертизы, территориальными отделениями фонда социального страхования, службой занятости, военными комиссариатами и др. [1].

В госпитале в 2015 г. пролечено 4289 человек, в том числе 2087 (48,2%) человек, являющихся участниками боевых действий. Число работающих участников боевых действий составило 656 человек, что свидетельствует о низкой трудовой занятости указанного контингента лиц.

Были выделены психологические факторы дезадаптации:

- повышенный уровень психической напряженности, эмоционально-волевая неустойчивость;
- неустойчивость и противоречивость самооценки;
- ретроспективная направленность, неопределенность или отсутствие перспектив будущего;
- трудности в межличностном общении, связанные как с неспособностью контролировать аффект, так и с изменением отношения к людям и к обществу в целом;
- изменение иерархии ценностей, ориентация на ценности и нормы, сложившиеся в условиях боевых действий.

Результаты проведенного психологического исследования показали, что у 68% обследованных участников боевых действий отмечались нарушения эмоциональной сферы и волевых процессов, обусловленные участием в войне. Это стрессовое событие исключительного характера, которое сопровождается комплексным влиянием ряда факторов, таких как:

- 1) ясно осознаваемое чувство угрозы для жизни (биологический страх смерти, ранения, боли, инвалидизации);
- 2) психоэмоциональный стресс, связанный с гибелью товарищей по оружию или с необходимостью убивать;
- 3) условия боевой обстановки – дефицит времени, внезапность, неопределенность, новизна;
- 4) невзгоды и лишения – отсутствие полноценного сна, дефицит воды и питания;
- 5) необычный для участника войны климат и рельеф местности – гипоксия, жара, повышенная инсоляция и др.

Участники боевых действий как объект воздействия травмирующей ситуации:

- требуют повышенного внимания при проведении реабилитационных мероприятий;
- имеют ограниченный круг притязаний в профессиональной реабилитации;
- нуждаются в комплексной психологической и социальной коррекции и адаптации к мирной жизни;
- нуждаются в регулярном проведении медицинской реабилитации с целью предупреждения развития осложнений имеющих заболевания и их прогрессирования с исходом в инвалидность.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ УЧАСТИЯ
ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ В
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ И ИХ
МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ**

А. ИВАНОВ, В. РУБЦОВ,
Н. ЖУМАТИЙ, М. ДАВЛЕТШИНА*

Воздействие экстремального стрессора приводит к *манифестации ПТСР* 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. Проявляется, по крайней мере, тремя из следующих видов расстройств:

- 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, выступающая, по крайней мере, в двух из нижеследующих моментов:

- 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.

Длительность *первичных симптомов* измеряется, по крайней мере, шестью месяцами.

Случай 3. Константин Л., 20 лет, рядовой.

Из полной семьи, имеет двух младших братьев. С детства увлекался компьютером, самостоятельно его освоил. В школе учился хорошо. В армию Костя был призван из 11-го класса, в день последнего выпускного экзамена. Пройдя полугодичное обучение в учебном подразделении, Константин был распределен в подразделение медицинской службы мотострелкового полка, и в ноябре 2001г. был отправлен в Чечню. Десять 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 медзвода, подрывается на фугасе. Этот взрыв унес жизнь нескольких его сослуживцев. Костя остался жив, потеряв правый глаз, левую руку и правую ногу. Он прошел лечение в госпиталях в Ханкале, Моздоке, Ростове-на-Дону, Красногорске и, наконец, в Москве – 6 ЦВКГ. В госпитале Косте было выполнено протезирование и проведена программа социально-психологической реабилитации, которая началась с глубокой психологической диагностики его личности. Состояние его было крайне тяжелым. Он переживал глубочайшую депрессию по поводу тяжести полученного ранения, кроме того, Константина мучило чувство вины по поводу невозможности оказания помощи погибшим на его глазах сослуживцам. С учетом наличия симптомов ПТСР психологами госпиталя для Константина была определена индивидуальная программа реабилитации. Она включала психологическое консультирование, участие в работе групп психологического дебрифинга, психодрамы, музыкальную психокоррекцию, сеансы биологической обратной связи, курс сеансов альфа-массажа (полисенсорная капсула) и физиотерапевтическое лечение, работу в тренажерном зале, занятия в школе протезируемых больных и обучение по 40-часовой программе основам компьютерной грамотности. После прохождения программы через семь месяцев было проведено повторное психологическое обследование личности инвалида, отмечена положительная динамика по таким показателям, как гармоничность, уверенность в себе, снижение тревожности, в целом было установлено отсутствие первичных симптомов ПТСР. Пройдя курс реабилитации, Константин был уволен из Вооруженных Сил, и в апреле 2003 года вернулся домой. Он живет в небольшом городке под Петрозаводском. При помощи властей города получил двухкомнатную квартиру. У него есть невеста. Ему предоставили работу на деревообрабатывающем комбинате оператором на компьютере (знания, приобретенные во время лечения в госпитале,годились). Костя справляется с нагрузкой, мастерски используя протез руки.

В настоящее время находится в госпитале по поводу смены гильзы протезов.

Теперь его совсем не узнать – это активный, энергичный, настойчивый, целеустремленный, уверенный в себе мужчина, у которого – много разных планов на будущее.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ,
посвященных 25 – летию филиала № 2 ФГБУ
«3 центральный военный клинический госпиталь
имени А.А. Вишневого»
Министерства обороны Российской Федерации

Редакционный совет

д.м.н., доц. Юдин В.Е., д.м.н. Буко А.А., д.м.н. проф. Овечкин И.Г.,
д.м.н. проф. Шеголов А.М., д.м.н., проф. Ярошенко В.П.

Филиал № 2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневого»
Министерства обороны Российской Федерации, 125445, г. Москва, ул. Леонтьевская, д. 5, тел.
8 (495) 455-9440, bckvg.ru, 6_dorpbil@rambler.ru

В тексте настоящего издания в основном сохранены сокращения, стиль и орфография,
используемые авторами представленных материалов. Издатель не несет ответственности за
достоверность приведенной информации, ошибок и опечаток, а также за любые последствия,
которые они могут вызвать.

Материалы сборника могут воспроизводиться без письменного разрешения Издателя.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СПЕЦКОНТИНГЕНТОВ

Юдин В.Е., Лямин М.В., Симбердеев Р.Ш., Ярошенко В.П., Аннушкин А.Д., Полякова
С.В.

Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого» Минобороны России, г. Москва

В условиях решения спецконтингентами стоящих перед ними задач целесообразно
выделять три группы военнослужащих, подлежащих реабилитации:

1. Весь личный состав подразделений, принимавший участие в решении специальных задач. У большинства военнослужащих будут наблюдаться реакции боевого стресса (РБС).
2. Военнослужащие, получившие в ходе выполнения задания боевую травму (огнестрельные ранения, ожоги, отравления и др.). Подобные ранения всегда сопровождаются теми или иными нервно-психическими расстройствами.
3. Военнослужащие с отдельными проявлениями посттравматических стрессовых расстройств, связанных с выполнением профессиональных обязанностей в условиях

реальной витальной угрозы (участие в боевых действиях, ликвидация последствий экологических и технологических аварий, катастроф и др.).

Выделение приведенных групп военнослужащих спецконтингентов позволяет проводить предварительное планирование сил, средств и методов реабилитационных мероприятий, необходимых в отношении личного состава спецконтингента.

Основные принципы организации реабилитационных мероприятий раненым и пораженным с признаками нервно-психической травмы: 1) максимальная приближенность психиатрической помощи к месту проведения специальных операций (в пределах расположения частей); 2) стратегия безотлагательности (насколько возможно, в ранней стадии возникновения нарушений) и простоты лечебных мероприятий; 3) прогностический оптимизм (внушение пострадавшему надежды на выздоровление).

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Юдин В.Е., Матвиенко В.В., Бурлак А.М.

Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого» Минобороны России, г. Москва

Особую важность имеют ранения верхних конечностей, частота которых во время боевых действий в Афганистане составили 43,4%, во Вьетнаме - 33,1 %, в Боснии -29,2%.

Медицинская реабилитация лиц с боевой травмой верхних конечностей (военнослужащих МО РФ) осуществлялась в филиале № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России» на базе травматологического и хирургического отделений, а также отделения традиционной медицины.

Обследовано 534 раненых, которые поступили в реабилитационный центр для лечения последствий боевой травмы верхних конечностей. Частота поражений правой верхней конечности практически не различались. От момента ранения до лечения в реабилитационном центре проходило от 8 месяцев до 15 лет.

У раненых с последствиями боевой травмы верхних конечностей выявлены дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночном столбе. Основной локализацией этих изменений являлись зона шейно-грудного перехода и грудной отдел позвоночника. Выявлены клинические особенности данной категории пациентов такие как: асимметрия позвоночника у 98% раненых, болевой синдром у 71% раненых, компрессионно-рефлекторный синдром у 59%, синдром корешковой компрессии в 18% случаях, рефлекторно-компрессионный синдром у 17% раненых, рефлекторный синдром у 15,7% раненых.

Целенаправленное осуществление системы организационных мероприятий и оптимизированных технологий медицинской реабилитации, обеспечило восстановление функции травмированной конечности: полное у 64% раненых, частичное у 11% раненых, а также обеспечило стабильность отдаленных результатов. Оптимизация с помощью биомеханотерапии, интегральных технологий и традиционных методов лечения (мануальной терапии, массажа, иглорефлексотерапии) позволила увеличить эффективность медицинской реабилитации на 35%.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Ярошенко В.П., Юдин В.Е., Поправка С.Н., Лямин М.В.

Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

В связи с военно- и социально-медицинским значением боевой травмы и ее последствий большое внимание военно-медицинской службы привлекает не только лечение острой фазы раневого процесса, но и медицинская реабилитация - восстановительное лечение местных и общих видов посттравматической патологии.

Динамическое обследование в ходе этапной реабилитации проведено 245 раненым, получившим минно-взрывные ранения (МВР) в ходе локальных вооруженных конфликтов. Все раненые – мужчины в возрасте от 19 до 45 лет (средний возраст $24,5 \pm 2,7$ г.) имели ампутацию сегментов нижних конечностей. Раненые поступали на реабилитацию в сроки от 1 до 2-х месяцев после полученного ранения (в среднем $1,6 \pm 0,2$ мес.).

Программа обследования раненых включала общеклинические, лабораторные, инструментальные и психофизиологические методы исследования.

В результате проведенного исследования установлено, что висцеральная патология в периоде реконвалесценции выявляется у 88,6% раненых, получивших МВР и характеризуется: со стороны сердечно-сосудистой системы - систолической дисфункцией сердца (39,2%), нарушением сердечного ритма (56,6%) и проводимости (45,5%), миокардиодистрофией (13,4%); со стороны дыхательной системы – умеренными нарушениями функции внешнего дыхания по обструктивному, рестриктивному и смешанному типам (50,7%), гипервентиляционным синдромом психогенного характера (21,8%); со стороны пищеварительной системы – хроническим гастродуоденитом с повышенной кислотообразующей функцией (26,1%); со стороны мочевыделительной системы – мочевым синдромом (19,7%), а также их сочетанием. Недостаточность питания в периоде реконвалесценции выявлена у 36,2% раненых. У 90,3% раненых имели место нарушение адаптационных реакций различной степени выраженности. Клинико-психологическое обследование пострадавших позволило выявить психологические стрессовые реакции у 69,3% пациентов и посттравматические стрессовые расстройства у 17,2% пациентов.

На правах рукописи

ПИЛЬНИКОВ
Сергей Александрович

ЛЕЧЕНИЕ РАНЕНЫХ С ОТРЫВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
ПРИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЯХ

14.01.17 – Хирургия

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
Войновский Александр Евгеньевич

Москва – 2020

Таким образом, стойкая тенденция к широкому распространению минного оружия, высокая частота повреждений конечностей от него в мирное и военное время, нерешенность вопросов оперативного лечения, реабилитации и последующего протезирования раненых выдвигают необходимость изучения возможностей выполнения органосохраняющих ампутаций при ее минно-взрывных отрывах нижних конечностей.

Неослабевающий интерес к взрывной травме в течение последних десятилетий объясняется непрерывно возникающими в различных частях мира локальными военными конфликтами, участвовавшими террористическими актами и техногенными катастрофами [Naarmann D.S., 1985, Грицанов А.И., 1988]. Сложность лечения минно-взрывных ранений и их последствий определяется сочетанным характером повреждений, обширностью разрушений тканевых структур организма, длительными сроками восстановительных процессов и реабилитаций [Миннуллин И.П. с соавт., 1991, Фомин Н.Ф. с соавт., 1992, Грицанов А.И. с соавт., 1993].

Ампутация конечности для любого пострадавшего не только физически, но и психологически тяжелая травма, что вызывает необходимость постоянного совершенствования методов реабилитации больных с культями конечностей [Немытин Ю.В., Кудрявцев Б.П., Миронов Г.М., 1992]. Важное значение имеет не только физическая, но и психологическая и социальная реабилитация. На первое место, конечно же, выступает качество протезирования, которое напрямую зависит от уровня усечения конечности и максимального сохранения коленного сустава и длины сегмента. В последние десятилетия достигнуты определенные успехи в восстановительном лечении и протезировании инвалидов [Котов А.П., 1959, Филатов В.И., 1979, Яременко Д.А., 1985, Кондрашин Н.И., 1988].

05201150447

На правах рукописи

СМЕКАЛКИНА Лариса Викторовна

**МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ КОНФЛИКТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ В
СИСТЕМЕ ЭТАПНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

14.03.11 – восстановительная медицина,
спортивная медицина, лечебная физкультура,
курортология и физиотерапия

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук



Научные консультанты:

Академик РАМН,
доктор медицинских наук, профессор
В.Г.Зилов
Засл. деят. науки РФ
доктор медицинских наук, профессор
В.Н.Чернов

Москва - 2010

Выводы

1. Всестороннее изучение соматического статуса военнослужащих, получивших травмы в локальных конфликтах, выявило у 88,9% пострадавших сопутствующую дисфункцию внутренних органов, преимущественно сердечно-сосудистой и дыхательной систем.
2. У обследованного контингента военнослужащих в подостром периоде травматической болезни в 86,5% случаев сохраняются посттравматические проявления в психике, в структуре которых преобладают невротические формы при значительной распространенности психических нарушений донозологического уровня.
3. Общий адаптационный синдром, имеющий место у 90,3% пациентов с травмой на госпитальном этапе характеризуется наличием дисфункции диэнцефальной области мозга, изменениями в эндокринной системе, характерными для стадии истощения и иммунодепрессией, которые без своевременной диагностики и коррекции трансформируются в стойкие дезадаптивные процессы, снижая качество жизни ветеранов в отдаленном периоде.
7. Сравнительный анализ поэтапно проведенных реабилитационных мероприятий позволяет установить, что программа восстановительного лечения, основанная на системном подходе и комплексном дифференцированном применении новых нелекарственных технологий, является более результативной, достигая эффективности в 83,6% случаев (в контрольной группе 56,4%), обеспечивая стабильные отдаленные результаты и вторичную профилактику психической дезадаптации.

МАНЬЯКОВ Рустам Ринатович

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ
КОНТРТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, ПОЛУЧИВШИХ
БОЕВЫЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ ТРАВМЫ
(на примере Тамбовской области)

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор Э.М. Османов

Тамбов – 2016

По литературным данным, в структуре инвалидности вследствие военной травмы, инвалиды с ЧМТ составляют от 23,3% до 43,4%.

Потеря профессиональной и общей трудоспособности после ЧМТ в молодом среднем возрасте приносит значительный экономический ущерб, что определяет социальную значимость изучения вопросов профилактики, лечения и реабилитации пострадавших.

Наибольший рост уровня общей заболеваемости за десятилетний период катамнестического наблюдения, произошел по следующим классам заболеваний: болезни системы кровообращения, нервной системы, органов пищеварения, костно-мышечной системы, эндокринной системы. Наибольший рост уровня первичной заболеваемости в течение десяти лет прошедшей после боевой ЧМТ произошел по классам заболеваний: болезни органов пищеварения, эндокринной системы, системы кровообращения, новообразования, глаза и его придаточного аппарата.

В структуре огнестрельных травм по локализации повреждений среди участников КТО на Северном Кавказе, в период с 1994 по 1996 гг. ранения и травмы головы составили 34,4%, с 1999 по 2002 гг. 26,3%. Аналогичные данные представлены в исследованиях других авторов, которые указывают, что травмы головы имели место в 36,8% случаев, из которых сочетанные составили 11,5%. Среди ветеранов Афганистана и Ирака, пользующихся услугами военного здравоохранения в США, в 2009 году 6,7% лиц получили ЧМТ, при этом стоимость лечения пациента с ЧМТ почти в четыре раза выше, по сравнению с лицами без ЧМТ (5831 \$ против 1547 \$).

4. Медико-социальный портрет участника КТО, с боевой ЧМТ, получившего инвалидность, в отличие от группы контроля, характеризуется следующими особенностями: более старший возраст на момент обследования ($p=0,003$), меньший стаж службы (0,003), меньшее количество трудоустроенных лиц ($\chi^2=20,899$; $df=1$; $p=0,0001$), более низкий уровень благосостояния семьи ($\chi^2=9,732$; $df=2$; $p=0,008$), меньшая уверенность в своем будущем ($\chi^2=12,365$; $df=2$; $p=0,002$). Для них не характерно вынужденное положение ($\chi^2=13,723$; $df=1$; $p=0,0001$), менее характерно курение ($\chi^2=8,184$; $df=1$; $p=0,004$), меньший срок курения ($U=689,0$; $p=0,003$), не характерны занятия спортом ($\chi^2=21,980$; $df=3$; $p=0,0001$), более частое прохождение профилактических медицинских осмотров ($\chi^2=13,521$; $df=3$; $p=0,004$), более частое реабилитационное лечение ($\chi^2=22,417$; $df=2$; $p=0,0001$), значительное улучшение состояния здоровья после реабилитационного лечения ($\chi^2=17,485$; $df=3$; $p=0,001$), большая склонность получать необходимые лекарственные средства по бесплатным рецептам ($\chi^2=10,568$; $df=1$; $p=0,001$), большая потребность в медицинской реабилитации ($\chi^2=41,668$; $df=1$; $p=0,0001$).

ОСОБЕННОСТИ СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ
ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПЕРЕЖИВШИХ БОЕВОЙ СТРЕСС

Специальность – 19.00.01 –
«Общая психология, психология личности, история психологии»

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

12 МАЙ 2011

Томск – 2011

5. Переживание боевого стресса у военнослужащих сочетается с изменениями смысловой сферы их личности. Этот факт свидетельствует о том, что стресс и стрессовые расстройства не могут и не должны изучаться лишь на уровне психотических и невротических нарушений, и рассматриваться с лишь с позиций психопатологии. Выявленный факт смыслового переживания боевого стресса подтверждает базовые методологические установки современной психологии на понимание психики как целостной, открытой и самоорганизующейся системы, способной лишь к целостному включению всеми без исключения своими элементами во внешние условия.

6. Смысловые изменения происходят у большинства военнослужащих, переживших боевой стресс, а у многих эти изменения носят характер интенсивных и острых. Это подтверждает, что боевой стресс и вообще опыт участия в боевых действиях является особым типом экстремального жизненного опыта, способного вызывать совершенно несвойственные нормальным условиям жизни внезапные изменения в смысловой сфере личности.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ ВОЕННОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ВОЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Караян Юлия Михайловна

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ИНВАЛИДОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Специальность 19.00.05 – социальная психология
(психологические науки)

Диссертация на соискание ученой степени
доктора психологических наук

Научный консультант: заслуженный деятель науки РФ,
доктор психологических наук,
профессор Корчемный П.А.

Москва – 2015

Результаты проведенного теоретического анализа и эмпирико-экспериментального исследования позволяют констатировать следующее.

Инвалидность – это не отдельное, дискретное, событие на гипотетической линии жизни участника боевых действий. Это радикально и драматически меняющееся объемное пространство всего человеческого бытия, включающего жизненные планы, перспективы, мечты, личностную и социальную идентичность, самочувствие и самоощущение, отношения с ближним и дальним социальным окружением, привычки, традиции, стиль жизни, сферы повседневного бытия и многое другое. Мощные «тектонические» сдвиги, происходящие в судьбе военнослужащего, по существу «взрывают» повседневную его жизнь, разрушают привычный уклад, инфраструктуру, важнейшие ориентиры и точки опоры его существования. В индивидуально-психологических свойствах человека, в его личности и индивидуальности не остается практически ничего, не затронутого сложными, противоречивыми, драматическими процессами инвалидизации.

Инвалидность представляет собой многомерное, чрезвычайно сложное психологическое, социальное, правовое явление. Последствия боевой травматизации невозможно осмыслить, рассматривая инвалидность фрагментарно, по отдельным срезам, составляющим. Инвалидность может быть понята и всесторонне рассмотрена лишь в русле междисциплинарного подхода. В выделенных нами медицинском, юридическом (правовом), социологическом (социальном), педагогическом и психологическом подходах содержатся интересные, теоретически и практически важные положения, составляющие своеобразные «кирпичики», необходимые для разработки целостной социально-психологической модели инвалидизации.

Т. И. Бонкало

ПРОБЛЕМА КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В СОВРЕМЕННОМ НАУЧНОМ ДИСКУРСЕ

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧАСТНИКОВ
СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ НА УКРАИНЕ

дайджест январь-февраль 2023

Научное электронное издание

Особенности составления реабилитационной программы:

1. Корректировка реабилитационных мероприятий должна проводиться в зависимости от индивидуального реабилитационного потенциала и носить лично-ориентированный характер.
2. В состав комплексной бригады специалистов, участвующих в проведении профилактических осмотров ветеранов боевых действий, должны быть включены психиатр и психолог.
3. Необходимо иметь информационную базу для анализа особенностей заболеваемости и эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.
4. Заполнение унифицированной «Регистрационной карты ветерана боевых действий» на каждого, впервые обратившегося ветерана должно осуществляться во всех территориальных поликлиниках города и центральных районных больницах области.
5. Социально-психологическая деятельность медицинских работников должна быть не только ориентирована на оказание лечебной помощи, но и направлена на раннее предотвращение негативных последствий военного стресса в виде неадекватных форм социального поведения. Для этой цели целесообразно организовать кабинет социально-психологической помощи на базе территориальных поликлиник.

Основные положения клиничко-психологической реабилитации могут быть выполнены на трех основных этапах реабилитации:

1. духовно-психологический этап, ориентированный на развитие и восстановление морально-нравственного уровня военнослужащих. Данное направление требует своей разработки в дальнейшем усилиями многих специалистов, особенно психологов;

2. социально-правовой этап, ориентированный на обеспечение материального достатка, возрождение достойного социального статуса (с помощью юристов, социологов, правозащитников); обеспечение правовой защиты и социальных гарантий;

3. медико-психологический этап обеспечивает восстановление психофизического здоровья, трудоспособности, стрессоустойчивости и приспособляемости в обществе.

Здесь основное внимание уделяется работе с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР).

Многие специалисты в области психологии используют различные психотерапевтические методы при ПТСР:

1. Рациональная психотерапия;
2. Методы психической саморегуляции;
3. Когнитивная психотерапия;
4. Личностно-ориентированная терапия;
5. Групповая терапия;
6. Анализ стресса;
7. Гештальт-терапия;
8. Когнитивно-поведенческая психотерапия;
9. Семейная психотерапия и многие другие.

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Протокол № 10 от 22.12.2022 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ЛИЦАМ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ
РАССТРОЙСТВОМ

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2022

Критерии посттравматического стрессового расстройства по МКБ-10:

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события

ИЛИ исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б. Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах либо повторное переживание горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие либо ассоциирующиеся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора).

Г. Любое из двух:

1. психогенная амнезия (F44.0), либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора;
2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:

- а) затруднение засыпания или сохранения сна;
- б) раздражительность или вспышки гнева;
- в) затруднение концентрации внимания;
- г) повышение уровня бодрствования;
- д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Критерии Б, В и Г возникают в течение шести месяцев стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на шесть месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).



Рис. 4. Последовательность этапов оказания помощи при ПТСР и других связанных со стрессом расстройств

Трудозатраты на проведение психотерапевтического лечения ПТСР

Метод психотерапии	Длительность встречи	Частота	Длительность курса
Индивидуальные встречи			
Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ, ФТ-КПТ)	50 минут	В стационаре: 2-3 раза в неделю. В амбулаторных условиях: 1-2 раза в неделю	10-12 встреч
Десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ, EMDR)	60-90 минут	В стационаре: 2 раза в неделю В амбулаторных условиях: 2 раза в неделю	4-10 встреч

Групповые занятия			
Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ, ФТ-КПТ)	90 минут	В стационаре: 3 раза в неделю В амбулаторных условиях: 2 раза в неделю	10 занятий, в группе 6-10 человек
Тренинг навыков саморегуляции	90 минут	В стационаре: 2 раза в неделю В амбулаторных условиях: 1 раза в неделю	10 занятий, 6-10 человек в группе

2. Методы медицинской реабилитации последствий боевой травмы

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РАНЕННЫХ И БОЛЬНЫХ

Под редакцией Ю.Н. Шанина



СПЕЦИАЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

КОМИТЕТ ПО ДЕЛАМ
ВОИНОВ-ИНТЕРНАЦИОНАЛИСТОВ
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
МЕЖГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ ВОЙН

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РАНЕННЫХ И БОЛЬНЫХ

Под редакцией профессора Ю. Н. Шанина

Рекомендовано экспертной комиссией Комитета по делам воинов-интернационалистов при Совете глав правительств государств-участников Содружества в качестве руководства для высшего, последиplomного и дополнительного образования в высших медицинских учебных заведениях СНГ

Санкт-Петербург
«Специальная Литература»
1997

25.3. Основные методики физиотерапии и ЛФК, используемые на различных этапах реабилитации раненых и больных

Использование физиотерапии и ЛФК на всех этапах медицинской реабилитации должно быть направлено на быстрое выздоровление и возвращение в строй лиц с боевыми травмами.

Основными задачами такого лечения являются:

- подавление патогенной микрофлоры воспалительного очага;
- купирующие болевой синдром;
- создание условий для наложения первичных, первично отсроченных и ранних вторичных швов;
- стимуляция репаративной регенерации пораженных тканей;
- формирование функционально полноценных рубцов в области раневого дефекта;
- предупреждение разрастания грануляций и образования келоидных рубцов;
- снижение частоты осложнений раневого процесса и сроков заживления ран;
- купирование стрессовых реактивных состояний и нервно-психической неустойчивости.

25.3.1. РАНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

25.3.1.1. Ранения без очаговых симптомов с астено-вегетативными нарушениями

Кальций-электрофорез воротниковой зоны. Один электрод площадью 1000–1200 см², выполненный в форме шалевого воротника с лекарственной прокладкой, смоченной в 5 %-ном растворе хлорида кальция, располагают на спине, надплечьях и ключицах больного и соединяют с положительным полюсом. Второй электрод, чаще соединенный с катодом, прямоугольной формы площадью 400–600 см² помещают в пояснично-крестцовой области. Процедуры продолжительностью 6 мин начинают с тока 6 мА. Через одну процедуру силу тока увеличивают на 2 мА, а длительность воздействия — на 2 мин и доводят соответственно до 16 мА и 16 мин. Курс лечения 12–16 процедур.

Общее средневолновое ультрафиолетовое облучение (СУФ-облучение) — по основной схеме (0,25 + 0,25 биодозы), ежедневно, курс лечения 20–25 процедур.

Местное СУФ-облучение позвоночника. В положении больного лежа на животе облучают по одному полю в день паравертебральные зоны шейного, грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. В зависимости от возраста, степени пигментации кожи и фазы воспалительного процесса указанные области облучают 3–5 биодозами. Через 2 дня добавляют 50 % первоначальной дозы, курс 4 облучения.

Местные ванны постепенно повышаемой температуры (по Гауффе). Для проведения процедуры используют емкости четырехкамерных гидрогальванических ванн. Больной погружает конечности в фаянсовые ванночки, заполненные пресной водой (температура 37 °С). При этом его тело, исключая голову и лицо, вместе с ванночками накрывают простыней и одеялом. В течение последующих 10–15 мин в ванночки доливают горячую воду и доводят постепенно ее температуру до 42 °С, после чего процедуру продолжают еще 10–15 мин. По окончании процедуры больного насухо вытирают, укутывают в простыню и укладывают на кушетку для отдыха на 20–30 мин. Местные ванны проводят через 1–2 дня, курс 10–15 процедур.

Жемчужные ванны. Температура воды 36–37 °С, 10–15 мин, ежедневно, N. 10–15.

Циркулярный душ. На обнаженного больного воздействуют многочисленными горизонтальными струйками воды, получаемыми с помощью специальной системы вертикальных труб с тонкими отверстиями. Температуру воды постепенно понижают с 36–34 °С при первых процедурах до 25 °С к концу курса лечения, а давление повышают от 100 до 150 кПа. Продолжительность душа 6–10 мин, ежедневно, N. 10–12.

Обтирание. Проводят обнаженному больному, укутанному в смоченную водой и тщательно отжатую холщовую простыню. Поверх простыни энергично в течение 3–5 мин растирают тело до появления ощущения тепла. Результатом правильно назначенного и выполненного обтирания является рефлекторное покраснение кожи. Затем простыню снимают и обливают больного

водой (30–32 °С), температуру постепенно снижают в процессе курсового лечения до 20 °С и ниже. После процедуры больному рекомендуют отдых и сон в постели 0,5–1 ч. Ежедневно, N. 15–20.

25.3.1.2. Ранения без очаговых симптомов с вегетативно-сосудистыми нарушениями

Электросонотерапия. Используют манжетку со стандартным размещением электродов. Применяют импульсный ток силой 7–8 мА. Частота импульсов 15–20 имп · с⁻¹ с постепенным повышением в процессе курса лечения до 15–20 имп · с⁻¹. Продолжительность проводимых через день процедур 30–40 мин, курс лечения 15–20 процедур.

Кальций (витамины В₁)-электрофорез по эндоанальной методике. В обе ноздри вводят марлевые турунды, пропитанные 5 %-ным раствором хлорида кальция (или смесью 5 мл 2 %-ного раствора новокаина + 5 мл 0,5 %-ного раствора витамина В₁), свободные концы их укладывают на клеенку (на верхней губе); на них помещают токопроводящую пластину площадью 4,5 см, соединенную с анодом, и фиксируют резиновым бинтом; второй электрод площадью 80 см² располагают в области нижних шейных позвонков и соединяют с катодом 0,3 мА с постепенным увеличением до 1 мА; 10–30 мин, ежедневно, N. 15.

Электрофорез новокаина на область шейных симпатических ганглиев. Электрод с 2 %-ным раствором новокаина (анод) площадью 20 см² располагают на боковой поверхности шеи в проекции узлов. Другой электрод (катод) площадью 40–50 см² помещают на задней поверхности шеи, 2–3,5 мА, 10–20 мин, через день, N. 6–12.

Местное СУФ-облучение шейного отдела позвоночника. В положении больного лежа на животе облучают паравертебральные зоны шейного отдела позвоночника. В зависимости от возраста, степени пигментации кожи и фазы воспалительного процесса указанные области облучают 3–5 биодозами. Через 2 дня добавляют 50 % от первоначальной дозы, курс 4 облучения.

Общая франклинизация. Перед процедурой из волос больного удаляют металлические предметы (заколки, зажимы и пр.). Головной электрод («паук») устанавливают на расстоянии 10–15 см от головы. Во время воздействия больной не должен касаться каких-либо предметов или других лиц. Выходное напряжение аппарата 40–50 кВ. По окончании процедуры разряд на электроде снимают искроразрядником. Продолжительность проводимых ежедневно воздействий 10 мин, курс 10–15 процедур.

Грязевые аппликации на воротниковую зону. Температура грязи 37–38 °С, 15–20 мин, через день, N. 10–12.

Общее влажное укутывание. При проведении процедуры на кушетку предварительно стелют шерстяное одеяло, поверх которого кладут смоченную водой (температура 25–30 °С) и отжатую холщовую простыню. В определенной последовательности в простыню заворачивают обнаженного больного и укутывают его одеялом. Для исключения раздражения кожи одеялом шею больного закрывают полотенцем; на лоб накладывают смоченную в холодной воде и отжатую салфетку. Продолжительность процедуры 30–40 мин. После процедуры больной принимает дождевой душ (1,5–2 мин, температура воды 34–35 °С), затем тщательно вытирается и отдыхает 10–20 мин, через день, N. 10.

Частичные обтирания (конечностей и туловища до пояса), обмывания и обливания. Закаленным больным рекомендуют общие обтирания или дождевой душ, температура воды 35–36 °С с постепенным снижением к концу курса до 26–28 °С, продолжительность душа 2–5 мин; ежедневно, N. 30 и более; после водных процедур вытереться досуха, отдых в постели, ежедневно, N. 10–15.

Воздушные ванны при температуре воздуха 20–22 °С и выше; от 5 до 20 мин с постепенным увеличением, ежедневно, N. 30.

Акупунктура в точки хе-гу, тай-чун, кунь-лунь, сань-инь-цзяо. Тормозный метод, N. 7–9.

25.3.1.3. Ранения с очаговыми симптомами, центральными параличами, чувствительными или афазическими нарушениями

Трансорбитальный йод-электрофорез (по Бургиньону). Два круглых электрода диаметром около 5 см с лекарственной прокладкой, смоченной 2–5 %-ным раствором йодида калия (гатрия), размещают на коже закрытых век и соединяют с отрицательным полюсом аппарата. Индиф-

ферентный электрод площадью 50 см^2 соединяют с положительным полюсом и помещают в проекции верхних шейных позвонков ($C_{III}-C_{IV}$). Используют ток 15 мА , через день, $10-20 \text{ мин}$, курс $10-15$ процедур.

Гальванизация лица. Трехлопастный электрод площадью 250 см^2 (полумаска Бергонье) размещают на пораженной стороне лица таким образом, чтобы одна из лопастей прилегла соответственно ко лбу, щеке и подбородку (глаза и рот оставляют свободными). При необходимости в наружный слуховой проход можно ввести марлевую турунду, смоченную раствором лекарственного вещества. Равновеликий индифферентный электрод помещают в межлопаточной области или на противоположном плече. Ток 15 мА , через день, $10-20 \text{ мин}$.

Местная дарсонвализация паретичных конечностей. Перед процедурой участок, подлежащий воздействию, присыпают тальком. Грибовидный электрод располагают на поверхности тела, а затем включают прибор и увеличивают его выходную мощность. В течение процедуры электрод плавно перемещают по участку тела без отрыва от его поверхности. Для усиления раздражающего действия электрод отрывают от поверхности тела до получения искрового разряда. Выходную мощность аппарата увеличивают до ощущения больным слабого приятного тепла. Ежедневно, $8-10 \text{ мин}$ у взрослых и $5-7 \text{ мин}$ у детей, курс $10-12$ процедур.

Парафиновые (озокеритовые) аппликации на область паретичных конечностей («трусы», «носки», «перчатки»). Температура $48-50^\circ\text{C}$, $25-30 \text{ мин}$, через день, $N. 10-15$.

Массаж воротниковой или пояснично-крестцовой областей позвоночника, $15-20 \text{ мин}$, ежедневно, $N. 10-15$.

Гипербаротерапия (2000 гПа , $40-60 \text{ мин}$, $N. 6-10$).

При поражении лицевого нерва проводят следующие процедуры.

Инфракрасное облучение участка лица на стороне пораженного очага. Рефлектор облучателя (лампы Минина) располагают на расстоянии $30-40 \text{ см}$ от обнаженного участка кожи. Интенсивность облучения регулируют, изменяя расстояние от источника до поверхности тела больного по ощущению им приятного тепла. Продолжительность проводимых $1-2$ раза в день облучений $20-30 \text{ мин}$ у взрослых и $10-15 \text{ мин}$ у детей, курс — до 25 процедур.

Йод-электрофорез области уха. Марлевую турунду, смоченную 5% -ным раствором йодида калия (натрия), вводят в наружный слуховой проход на глубину $0,5-1 \text{ см}$. Другим концом турунды заполняют ушную раковину, а затем накладывают на нее электрод площадью $80-100 \text{ см}^2$, который соединяют с катодом. Второй равновеликий электрод (анод) размещают на противоположной щеке. Ток $0,5-1,5 \text{ мА}$, ежедневно или через день, $15-20 \text{ мин}$, курс $10-15$ процедур.

Воздействие лазерным излучением ($0,63 \text{ мкм}$, ППЭ $200 \text{ мВт} \cdot \text{см}^{-2}$, по 2 мин) на область выхода нерва или биологически активные точки, ежедневно, $N. 7-10$.

Вибрационный массаж области иннервации. Частота 100 Гц , 15 мин , $N. 15-20$.

При поражении отводящего (глазодвигательного) нерва используют следующие методы.

Гальванизация области головы продольная (лобно-затылочная); электроды площадью $48-50 \text{ см}^2$ помещают на лоб (анод) и на шею сзади в области нижних шейных позвонков (катод). До 5 мА , $10-15 \text{ мин}$, ежедневно или через день, $N. 6-8$.

Трансорбитальный йод-электрофорез (по Бургиньону).

В случае поражения тройничного нерва используют новокаин (амидопирин)-электрофорез лица. Трехлопастный электрод площадью 250 см^2 (полумаска Бергонье) с лекарственной прокладкой, смоченной $0,5-2\%$ -ным раствором новокаина ($1-3\%$ -ным раствором амидопирин), размещают на пораженной стороне лица таким образом, чтобы одна из лопастей прилегла соответственно ко лбу, щеке и подбородку (глаза и рот оставляют свободными). При необходимости в наружный слуховой проход можно ввести марлевую турунду, смоченную раствором лекарственного вещества. Равновеликий индифферентный электрод помещают в межлопаточной области или на противоположном плече. Используют ток силой 15 мА , через день, $10-20 \text{ мин}$.

25.3.1.4. Ранения с эпилептиформными припадками

Электрофорез новокаина на область шейных симпатических ганглиев. Электрод с 2% -ным раствором новокаина (анод) площадью 20 см^2 располагают на боковой поверхности шеи в проекции узлов, другой электрод (катод) площадью $40-50 \text{ см}^2$ — на задней поверхности шеи; $2-3,5 \text{ мА}$, $10-20 \text{ мин}$, через день, $N. 6-12$.

Кальций-электрофорез «воротниковой» зоны по Щербаку. $6-16 \text{ мА}$, $6-16 \text{ мин}$, ежедневно или через день, $N. 12$.

Электросонотерапия. Сила тока — до появления ощущений покалывания, вибрации, постукиваний под электродами. Частота $15-75 \text{ имп} \cdot \text{с}^{-1}$, $20-40-60 \text{ мин}$, $15-20 \text{ мА}$, $10-15 \text{ мин}$, ежедневно или через день, $N. 15$.

Местное СУФ-облучение позвоночника. В положении больного лежа на животе облучают по одному полю в день паравerteбральные зоны шейного, грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. В зависимости от возраста, степени пигментации кожи и фазы воспалительного процесса указанные области облучают $3-5$ биодозами. Через 2 дня добавляют 50% от первоначальной дозы; курс 4 облучения.

Эндоназальный электрофорез магния, лития, амитриптилина, брома.

Акупунктура на точки: ней-гуань, сань-инь-цзяо, да-лин, ней-тин, цзу-сань-ли; тормозный метод, 20 мин , $N. 10$.

Электрическое поле УВЧ на область шейных симпатических узлов. Конденсаторные пластины диаметром $3,6$ ($N. 1$) с зазором 2 см устанавливают параллельно передней поверхности шеи. Используют электрическое поле УВЧ при выходной мощности аппаратов $15-20 \text{ Вт}$. Ежедневно или через день, 10 мин , курс — до 15 процедур.

25.3.1.5. Ранения с психопатизацией личности

Кальций-электрофорез «воротниковой» зоны по Щербаку. $6-16 \text{ мА}$, $6-16 \text{ мин}$, ежедневно или через день, $N. 12$.

Транскраниальная электроанальгезия. Воздействие осуществляют прямоугольными импульсами тока продолжительностью $3,5-4 \text{ мс}$, частотой $50-80 \text{ имп} \cdot \text{с}^{-1}$ в сочетании с постоянным током силой 35 мА , при соотношении импульсного и постоянного токов $1:2\text{e}1:5$. Ежедневно, $20-30 \text{ мин}$, курс $1-3$ процедуры.

Общее средневолновое ультрафиолетовое облучение (СУФ-облучение) по замедленной схеме ($\frac{1}{8} + \frac{1}{8}$ биодозы). Ежедневно, курс $20-25$ процедур.

Хвойные ванны. Температура воды $36-37^\circ\text{C}$, $8-12 \text{ мин}$, ежедневно, $N. 10-12$.

Массаж воротниковой или пояснично-крестцовой областей позвоночника. $15-20 \text{ мин}$, ежедневно, $N. 10-15$.

Общие контрастные ванны. Процедуру проводят в двух смежных небольших размеров бассейнах с водой различной температуры, в которые больной погружается попеременно. Сначала — в бассейн с теплой или горячей водой ($38-42^\circ\text{C}$) на $2-3 \text{ мин}$, а затем — в соседний бассейн с холодной или прохладной водой ($10-24^\circ\text{C}$) на 1 мин . В последнем больной совершает активные движения. Количество переходов из бассейна в бассейн $3-6$ раз. Процедуру завершают в бассейне с горячей водой.

25.3.2. РАНЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА

25.3.2.1. При нарушении функций тазовых органов с задержкой мочеиспускания

Воздействие магнитного поля высокой частоты на область мочевого пузыря. Резонансный индуктор диаметром 12 см закрепляют на кронштейне в области гипогастрия с зазором 1 см . Используют магнитное поле высокой частоты в слаботепловой дозе ($2-3$ -е положения переключателя мощности). Ежедневно или через день, $10-15 \text{ мин}$, курс — до 15 процедур.

Воздействие электрическим полем УВЧ на область промежности. Одну конденсаторную пластину диаметром 8 см размещают со стороны крестцового отдела позвоночника, другую диаметром 11 см — над лонным сочленением с зазором 2 см . $30-40 \text{ Вт}$, 10 мин , ежедневно, $N. 5-8$.

Пилокарпин-электрофорез области мочевого пузыря. Один электрод прямоугольной формы площадью $150-200 \text{ см}^2$ с лекарственной прокладкой, смоченной $0,1-0,5\%$ -ным раствором пилокарпина гидрохлорида (анод), помещают над лонным сочленением, второй равновеликий электрод (катод) — в пояснично-крестцовой зоне; $15-20 \text{ мин}$, через день, ток $15-20 \text{ мА}$, курс $12-16$ процедур.

10. И. п. — стоя, руки вниз. 1 — поднимаясь на носки, руки вперед — вдох; 2 — принять и. п. — выдох. Повторить 6–8 раз.
11. И. п. — стоя. Ходьба на месте, ходьба по палате 1 — 2 мин.
 Функционально-тренирующий режим после операций на органах груди и живота.
1. И. п. — стоя, руки на поясе. 1 — руки в стороны, ладони вверх — вдох; 2 — руки на пояс — выдох. Повторить 8–10 раз.
2. И. п. — стоя, руки за голову. 1 — поднять правую ногу вперед; 2 — ногу опустить; 3 — поднять левую ногу вперед; 4 — ногу опустить. Повторить 8–10 раз, темп медленный.
3. И. п. — стоя, ноги на ширине плеч, руки вперед. 1 — поворот туловища вправо, руки вправо; 2 — принять и. п.; 3 — поворот туловища влево, руки влево; 4 — принять и. п. Повторить 8–10 раз.
4. И. п. — стоя, руки на поясе. 1 — присесть, руки вперед; 2 — встать, руки на пояс. Повторить 6–8 раз.
5. И. п. — стоя, руки на поясе. 1 — правую ногу назад на носок, руки вперед; 2 — принять и. п.; 3 — левую ногу назад на носок, руки вперед; 4 — принять и. п. Повторить 8–10 раз.
6. И. п. — стоя, руки вперед. 1 — поднять правое колено вверх; 2 — колено опустить; 3 — поднять левое колено вверх; 4 — колено опустить. Повторить 8–10 раз.
7. И. п. — стоя, руки вниз. 1 — руки в стороны, мах правой ногой в сторону — вдох; 2 — принять и. п.; 3 и 4 — то же левой ногой. Повторить 8–10 раз.
8. И. п. — стоя, руки в стороны. 1 — поднять правую ногу вперед, руки вперед; 2 — принять и. п.; 3 — поднять левую ногу вперед, руки вперед; 4 — принять и. п. Повторить 8–10 раз.
9. И. п. — стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе. 1 — наклониться, руки опустить к правому носку; 2 — выпрямиться, принять и. п.; 3 — наклониться, руки опустить к левому носку; 4 — выпрямиться, принять и. п. Повторить 6–8 раз.
10. И. п. — руки вверх в «замок». 1 — правую ногу в сторону на носок, наклон вправо; 2 — выпрямиться; 3 — левую ногу в сторону на носок, наклон влево; 4 — выпрямиться. Повторить 6–8 раз.
11. И. п. — стоя, руки перед грудью. 1 — поворот туловища вправо, руки в стороны — вдох; 2 — принять и. п. — выдох; 3 — поворот туловища влево, руки в стороны — вдох; 4 — принять и. п. — выдох. Повторить 6–8 раз.
12. И. п. — ходьба в движении с различными положениями рук (на поясе, в стороны, вверх, вперед) 1,5–2 мин.
13. И. п. — стоя, руки вниз. 1 — поднимаясь на носки, поднять руки вперед и вверх — вдох; 2 — опуститься, руки вниз — выдох. Повторить 8–10 раз, темп медленный.

25.3.4. ПОВРЕЖДЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Лечебные физические факторы в первую стадию — травматического воспаления (1–10–15-й дни) — применяют для обезболивания, ликвидации отека и рассасывания гематом, борьбы с раневой инфекцией, профилактики развития остеомиелита. Применяют следующие методики.

При иммобилизации металлоостеосинтезом	При иммобилизации конечности гипсовой повязкой
УВЧ-терапия оперированной конечности. Методика продольная, 15–30 Вт, 10–15 мин, ежедневно, N. 10–14.	УВЧ-терапия пораженной области. Методика поперечная, 15–20 Вт, 10–15 мин, ежедневно, N. 10–14.
СУФ-облучение оперированной конечности и соответствующей рефлекторно-сегментарной зоны. Облучают по одному полю 200–300 см ² в день конечность и соответствующие паравертбральные зоны позвоночника. В зависимости от возраста, степени пигментации кожи и фазы воспалительного процесса указанные области облучают 3–5 биодозами. Через 2 дня добавляют 50 % от первоначальной дозы. На	Воздействие магнитного поля высокой частоты на область перелома. Индуктор-кабель сворачивают плоской спиралью, закрепляют гребенками-фиксаторами и устанавливают на гипсовую лангету. Места пересечения витков кабеля также разделяют прокладкой толщиной 1 см, а саму спираль фиксируют эластичным бинтом. Используют слаботепловую дозу (1–3 положения переключателя мощности). Про-

курс лечения назначают по 4 облучения каждой зоны.

Массаж симметричной здоровой конечности и соответствующей рефлекторно-сегментарной зоны, 20 мин, ежедневно, N. 10–12.

Во II фазу — образования первичной костной мозоли (10–30–40-й дни) лечебные физические факторы применяют для стимуляции дифференцировки остеокластов, предупреждения нарушений функций конечности (тугоподвижности и контрактур), регенерации периферических нервов.

Интерференцирующая область перелома. Четыре пластинчатых электрода располагают парно справа и слева от области перелома. К одной цепи присоединяют диагонально расположенные электроды (один — в верхнепоясничном отделе справа, другой — на ягодице слева, и наоборот). Частота биений 50–100 Гц; силу тока в обеих цепях увеличивают до появления у больного ощущения безболезненной вибрации в интерполярной зоне. Продолжительность проводимых ежедневно или через день воздействий 8–15 мин, курс лечения — до 10–15 процедур.

Лазерное облучение области перелома. Пучок лазерного излучения направляют на область перелома 0,63 или 0,89 мкм, ППЭ 20–80 мВт · см⁻², 2–4 мин, ежедневно, N. 10.

Электростимуляция остеопарации. В асептических условиях в область перелома (замедленной консолидации) функциональным способом имплантируют 2–3 проволочных электрода, соединенных с катодом. Второй электрод (анод) располагают на поврежденной конечности поперечно. 5–10 имп · с⁻¹, 10–15 мА, 10–15 мин, ежедневно, N. 15–20.

должительность проводимых через день лечебных воздействий 10 мин, курс 10–12 процедур.

СУФ-облучение передне-внутренней поверхности бедра (плеча) и соответствующей рефлекторно-сегментарной зоны (поясничной или воротниковой). Облучают по одному полю 200–300 см² в день 2–3 биодозами. Через 2 дня добавляют 50 % от первоначальной дозы. Курс лечения — по 4 облучения каждой зоны.

Электростимуляция скелетных мышц. Активный электрод (катод) располагают в проекции двигательных точек мышц, индифферентный электрод (анод) — в области соответствующей сегментарной зоны позвоночника. При посттравматическом парезе мышц используют импульсы тока 10–15 мА экспоненциальной формы с частотой 5–30 имп · мин⁻¹. Силу тока увеличивают до появления выраженных сокращений мышц. Продолжительность проводимых ежедневно воздействий 10–15 мин, курс 10–15 процедур.

Воздействие магнитного поля низкой частоты на верхнюю (нижнюю) конечность. Пораженную конечность помещают внутрь блока соленоидов таким образом, чтобы расстояние от внутренних стенок соленоида до поверхности тела было примерно одинаковым со всех сторон. Используют бегущее магнитное поле частотой 10 имп · с⁻¹ и индукцией до 30 мТл. Продолжительность проводимых ежедневно или через день воздействий — до 30 мин, курс 20–30 процедур.

Приводим примерный перечень физических упражнений для занятий ЛФК.

При нарушении опорно-двигательной функции верхних конечностей проводят упражнения с мячом.

- И. п. — стойка, мяч в руках внизу; вращение мяча в вертикальной плоскости от себя и к себе 4–6 раз.
- И. п. — упражнение 1; вращение мяча тыльной и ладонной поверхностями кистей 4–6 раз.
- И. п. — упражнение 1; сгибая и разгибая руки, поднимать и опускать мяч на грудь, вперед, вверх. Дуги, круги в лицевой плоскости 4–6 раз.
- И. п. — упражнение 1; поочередное поднимание на носки и опускание на пятки 10–12 раз.
- И. п. — упражнение 1; выпадами поднимать мяч над головой 8–12 раз.
- И. п. — упражнение 1; подскоки на обеих ногах, с поворотами, с разведением ног, с различными движениями рук 8–10 раз.
- И. п. — сидя на полу, ноги вместе, мяч на груди; пружинящие наклоны поочередно к правой и левой ногам 8–10 раз.
- И. п. — сидя на полу, ноги врозь, мяч на груди; пружинящие наклоны поочередно к правой и левой ногам 8–10 раз.

11.1.4. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ МОЗГА В РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

В этом периоде продолжается медленная перестройка и компенсация многих функциональных систем, выявляются поздние осложнения травматической болезни. Проводятся лечебно-восстановительные мероприятия, начатые в предыдущий период. Кроме того, осуществляется направленная компенсация утраченных двигательных функций с целью обучения необходимым бытовым и трудовым навыкам, самообслуживанию и передвижению, трудовым процессам и тем самым социальной реабилитации больного. Эффективность занятий лечебной гимнастикой может быть повышена трудотерапией в сочетании с физиотерапевтической и медикаментозной терапией. Например, электростимуляция кисти и пальцев рук у больных с гемиплегией уменьшает контрактуру.

При отсутствии прогрессивного течения рекомендуется УФ-облучение позвоночника отдельными полями (3 поля), каждое поле облучают 3–4 раза 4–5 биодозами, ежедневно или через день. При преобладании вегетативных, сосудистых и обменных нарушений целесообразны УФ-облучение воротниковой зоны (3–4 биодозы), а также электрофорез новокаина в чередовании с магнием. Показаны также электрофорез брома по глазнично-затылочной методике или по методике общего воздействия Вермеля, а также гальванизация по воротниковому методу с кальцием (по Шербаку). На область шейных симпатических узлов показано э. п. УВЧ в атермической дозе (по 5–10 мин на курс 8–10 процедур). Применяются импульсные токи по методике электрона, частота 10 Гц, сила тока 2–3 мА, продолжительность импульса 0,2–0,3 мс по 30–60 мин на курс 10–15 процедур.

Лечебную гимнастику для большей эффективности можно проводить в теплой ванне, бассейне. Для предупреждения астенизации больного применяют хвойные ванны, циркулярный душ. При болях используют местную дарсонвализацию, ДДТ или СМТ, на пораженные конечности — парафин.

После тяжелой открытой и закрытой черепно-мозговой травмы с двигательными нарушениями у лиц в возрасте до 40 лет в сроки до 3 лет после травмы применялся метод воздействия ДМВ на область очага поражения (выходная мощность 20 Вт), ежедневно по 10–12 мин на курс 10–15 процедур. Наличие эпилептических припадков является противопоказанием к проведению данной процедуры.

Разработан метод электрофореза натрия оксидбутирата по глазнично-затылочной методике, оказывающей седативное, миорелаксационное, анальгезирующее действие при черепно-мозговой травме с синдромом травматической энцефалопатии и церебрастении. При неврологическом, депрессивно-ипохондрическом, психоподобном синдроме разработан электрофорез натрия оксидбутирата по методике электрона (при силе импульсного тока до 0,8 мА, частоте импульсов 5–10–20 Гц, длительности 0,5 мс) продолжительностью 20–40 мин, ежедневно, в течение 10–12 мин (Улащик В. С., 1986).

11.2.4. ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ В ПРОМЕЖУТОЧНОМ И ПОЗДНЕМ ПЕРИОДАХ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА

Методы восстановительной терапии расстройств функций мочеиспускания и дефекации. Исходя из клинической картины и функционального состояния мочевого пузыря, в промежуточном и отдаленном периодах спинальной травмы наряду с применением системы Монро коррекция нейрогенной дисфункции мочеиспускания осуществляется по следующим направлениям.

1. Наружная электростимуляция мочевого пузыря: электростимуляция диадинамическими или синусоидальными модулированными токами (тормозной метод). При осуществлении метода преследуются такие цели:

повышение тонуса детрузора и сфинктера у больных с гипотоническим и атоническим синдромами (стимулирующая методика);

снижение тонуса детрузора и сфинктера при гипертонических синдромах нейрогенной дисфункции (тормозной метод). Обычно проводят 2–3 курса диадинамотерапии с перерывами между курсами в 10–15 дней. Методика проведения стандартной электростимуляции следующая: два электрода размерами 10 × 10 см накладывают над лобком по бокам от средней линии живота. При тормозном методе последовательно включают двухтактный ток (ДТ) на 2 мин, короткий период (КП) — на 3 мин, длинный период (ДП) — на 2 мин. При возбуждающем

методе последовательно включают одноактный ток (ОТ) на 2 мин и ритм синкопа (РС) на 3 мин. Сила тока — от 5 до 20 мА. Курс лечения — 6–12 процедур.

2. Транскректальная электростимуляция. Для преимущественного воздействия на сфинктер мочевого пузыря электроды располагают над лобом и ректально, а для преимущественного воздействия на детрузор мочевого пузыря — абдоминально-сакрально. Посылка модулированного тока частотой 20 Гц чередуется с паузами или частотой 150 Гц по 3 с, курс лечения — 12 процедур.

3. Медикаментозное воздействие на периферическое звено рефлекса мочеиспускания: эндосакральная стимуляция мочевого пузыря стрихнином и прозеринем. Для создания координированных взаимоотношений в системе детрузор-сфинктер курс эндосакрального введения стрихнина с прозеринем и блокад срамных нервов осуществляется по методике С. Д. Сергеевой: в крестцовый канал вводится по 1 мл официальных растворов прозерина и стрихнина на 4–5 мл физиологического раствора через день в количестве 7–10 манипуляций. Причем в первые два эндосакральных введения используют 0,1 мл стрихнина и 0,1 мл прозерина в 4–5 мл физиологического раствора с целью выявить реакцию больного на эндосакральное введение данных препаратов. В случае повышенного сопротивления наружного сфинктера эндосакральное введение прозерина со стрихнином целесообразно сочетать с блокадой срамных нервов, что дает возможность создания координированных взаимоотношений в работе детрузора и сфинктера мочевого пузыря.

4. Иглорефлексотерапия по возбуждающему методу. При задержке мочи вследствие атонии или гипотонии мочевого пузыря применяют возбуждающий метод, заключающийся в сильном коротком раздражении с длительностью оставления иглы в тканях от 10 мин при первых процедурах с постепенным уменьшением до 5–3 мин при последующих. При повышении тонуса детрузора или сфинктера используют тормозной метод с постепенно нарастающей интенсивностью раздражения и оставлением иглы на 25–50 мин. Курс лечения обычно состоит из 10–12 процедур. В среднем больной должен получить 3–4 курса.

5. Электрофорез с прозеринем, грязевые аппликации.

6. Комплекс лечебной гимнастики.

7. Методы хирургической коррекции, направленные на снижение интравезикального сопротивления оттока мочи, пулендоризотомия, сфинктеротомия, трансуретральная резекция шейки мочевого пузыря. Весьма перспективной представляется реконструктивная операция на спинном мозге при нарушениях мочеиспускания, разработанная в НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко (Басков А. В., 1987) — создание анастомозов между крестцовыми корешками, в норме иннервирующих мочевой пузырь, с поясничными корешками, расположенными выше места повреждения спинного мозга: под микроскопом выделяют 2–4 крестцовых корешка, после чего они пересекаются и сближаются со спинномозговыми нервами, расположенными выше места повреждения спинного мозга. Анастомоз выполняется с одной стороны, а с другой стороны корешки остаются интактными.

Разнообразие клинических синдромов нейрогенных расстройств акта дефекации обуславливает применение различных схем терапии.

1. При синдроме гипотонического запора применяют в различных сочетаниях следующие лечебные мероприятия:

- подкожные инъекции прозерина и питуитрина;
- пероральный прием слабительных;
- пальцевая стимуляция ампулярной части прямой кишки;
- электрофорез прозерина на область кишечника;
- электроимпульсная стимуляция ректальным электродом;
- наружная электростимуляция кишечника импульсными модулированными токами;
- сегментарный массаж;
- иглорефлексотерапия по возбуждающему методу;
- грязевые прямокишечные тампоны;
- комплекс упражнений лечебной гимнастики для мышц живота и тазового дна.

2. При синдроме спастического запора показан комплекс следующих мероприятий:

- электрофорез атропина на область кишечника;
- наружная электростимуляция кишечника импульсными модулированными токами;
- электроимпульсная стимуляция ректальным электродом;
- массаж живота и сегментарный массаж;
- грязевые и парафиновые аппликации на область живота;

3. Контроль медицинской реабилитации последствий боевой травмы

Министерство здравоохранения
Свердловской области

И.о. Министра

А.А. Карлов

«__» ноября 2022 г.
М.П.

«Союз медицинского сообщества
«Медицинская палата Свердловской
области»

Председатель

Д.Р. Медведская

«__» ноября 2022 г.
М.П.

Территориальный фонд ОМС
Свердловской области

Директор

В.А. Шелякин

«__» ноября 2022 г.
М.П.

Всероссийский союз страховщиков

Полномочный представитель по
медицинскому страхованию в
Свердловской области

Г.А. Шандалов

«__» ноября 2022 г.
М.П.

**Рекомендации по проведению
экспертизы качества медицинской помощи,
в т. ч. с мультидисциплинарным подходом,
по профилю «медицинская реабилитация»
детей и взрослых на территории
Свердловской области**

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ;

- приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации:
 - от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»;
 - от 29.12.2012 № 1740н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга»;
 - от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;
 - от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;
 - от 23.10.2019 № 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей»;
 - от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;
 - от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

- приказ ФФОМС от 19.09.2022 № 120н «Об установлении форм заключения по результатам медико-экономического контроля, заключения по результатам медико-экономической экспертизы, заключения по результатам экспертизы качества медицинской помощи, заключения по результатам мультидисциплинарной внеплановой целевой экспертизы качества медицинской помощи, реестра заключений по результатам медико-экономического контроля, реестра заключений по результатам медико-экономической экспертизы, реестра заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи, претензии, уведомления о проведении медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи».

- Клинические рекомендации Федерации анестезиологов-реаниматологов, Союза реабилитологов России «Реабилитация в интенсивной терапии. РеабИТ», 2015;

- Методические рекомендации Союза реабилитологов России и Федерации анестезиологов и реаниматологов. Под редакцией Белкин А.А., Реабилитация в отделении реанимации и интенсивной терапии (РеабИТ). Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2022; 2: 7–40. <https://doi.org/10.21320/1818-474X-2022-2-7-40>.

Екатеринбург
2022

№	Критерии оценки качества (взрослые)	ШРМ 3 балла (ДС)	ШРМ 3 балла (КСС)	ШРМ 4 балла (КСС)	ШРМ 5 баллов (КСС)	ШРМ 6 баллов (КСС)	Наличие/отсутствие	Код дефекта
32.2	Наличие перечня реабилитационных мероприятий с фиксацией факта занятий и подписями исполнителей	+	+	+	+		да нет	3.11
32.3	Наличие медикаментов для вторичной профилактики ОКС и ОИМ	(только для КСГ дс37.006)		(только для КСГ и37.009)	(только для КСГ и37.010)		да нет	3.2.1
Профиль «МР при заболеваниях ОДА и ПНС»								
Документооборот								
33.	Наличие направления на госпитализацию по форме 057/у	+	+	+			да нет	3.11
34.	Наличие протокола ВК о маршрутизации пациента на следующий этап реабилитационного лечения при выписке из ОМП	+	+	+			да нет	3.6
35.	Соответствие оценки по ШРМ в Клиническом диагнозе выставленному на оплату тарифу КСГ	+	+	+			да нет	2.16.1

№	Критерии оценки качества (взрослые)	ШРМ 3 балла (ДС)	ШРМ 3 балла (КСС)	ШРМ 4 балла (КСС)	ШРМ 5 баллов (КСС)	ШРМ 6 баллов (КСС)	Наличие/отсутствие	Код дефекта
Медицинская карта								
36.	Первичный осмотр содержит:							
36.1	Наличие оценки факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий (боль (шкала ВАШ/ВРС), риск падения (шкала баланса Берга/шкала падений Морзе), дефицит коммуникации (афазия, языковой барьер, деменция), риск инфекционных осложнений (наличие источника инфекции), риск крупных и клинически значимых кровотечений, риск тромбоэмболических осложнений (шкала риска ВТЭО))	+	+	+			да нет	3.2.1
36.2	Наличие веса пациента с расчетом ИМТ и дефицита/избытка массы тела			+			да нет	3.2.1
36.3	Наличие оценки реабилитационного статуса пациента преморидный / при поступлении / предполагаемый при выписке	+	+	+			да нет	3.11
36.4	Наличие оценки по ШРМ в Клиническом диагнозе	+	+	+			да нет	3.11
36.5	Наличие Протокола консультации специалиста по ФР (инструктора-методиста ЛФК) с оценкой состояния по стандартизированным шкалам	+	+	+			да нет	3.2.1
36.6	Наличие оценки Индекса мобильности Ривермид при поступлении и выписке с фиксацией в протоколе консультации специалиста по ФР (инструктора-методиста ЛФК)	+	+	+			да нет	3.11

№	Критерии оценки качества (взрослые)	ШРМ 3 балла (ДС)	ШРМ 3 балла (КСС)	ШРМ 4 балла (КСС)	ШРМ 5 баллов (КСС)	ШРМ 6 баллов (КСС)	Наличие/отсутствие	Код дефекта
36.7	Наличие оценки Теста шестиминутной ходьбы при поступлении и выписке с фиксацией в протоколе консультации специалиста по ФР (инструктора-методиста ЛФК)	+	+	+			да нет	3.2.1
36.8	Наличие гониометрии пораженного сегмента конечности при поступлении и выписке с фиксацией в протоколе консультации специалиста по ФР (инструктора-методиста ЛФК)	+	+	+			да нет	3.2.1
36.9	Наличие оценки боли по ВАШ при поступлении и выписке с фиксацией в протоколе консультации специалиста по ФР (инструктора-методиста ЛФК)	+	+	+			да нет	3.2.1
37.	Оценка локализации дефицита: верхняя конечность							
37.1	Наличие оценки по Опроснику исходов и неспособности руки и кисти DASH при поступлении и выписке с фиксацией в протоколе консультации специалиста по ФР (инструктора-методиста ЛФК)	+	+	+			да нет	3.2.1
38.	Оценка локализации дефицита: нижняя конечность							
38.1	Наличие оценки по Шкале Харриса при поступлении и выписке с фиксацией в протоколе консультации специалиста по ФР (инструктора-методиста ЛФК) (при эндопротезировании тазобедренного сустава)	+	+	+			да нет	3.2.1
38.2	Наличие оценки по шкале Лекена при поступлении и выписке с фиксацией в протоколе консультации специалиста по ФР (инструктора-методиста ЛФК)	+	+	+			да нет	3.2.1

№	Критерии оценки качества (взрослые)	ШРМ 3 балла (ДС)	ШРМ 3 балла (КСС)	ШРМ 4 балла (КСС)	ШРМ 5 баллов (КСС)	ШРМ 6 баллов (КСС)	Наличие/отсутствие	Код дефекта
38.2	Наличие оценки индекса ходьбы Хаузера при поступлении и выписке с фиксацией в протоколе консультации специалиста по ФР (инструктора-методиста ЛФК)	+	+	+			да нет	3.2.1
38.3	Наличие оценки Теста «встань и иди» (tug-test) при поступлении и выписке с фиксацией в протоколе консультации специалиста по ФР (инструктора-методиста ЛФК)	+	+	+			да нет	3.2.1
38.4	Наличие Протокола консультации эрготерапевта* с оценкой состояния по стандартизированным шкалам	+	+	+			да нет	3.2.1
38.5	Наличие оценки индекса повседневной активности Бартела при поступлении и выписке с фиксацией в протоколе консультации эрготерапевта	+	+	+			да нет	3.11
38.6	Наличие Протокола консультации медицинского психолога с оценкой состояния по стандартизированным шкалам	+	+	+			да нет	3.2.1
38.7	Наличие в истории болезни протокола обхода МДРК с формированием целей реабилитации, индивидуальной программы реабилитации (задачи) не реже 1 раза в 7 дней	+	+	+			да нет	3.11
38.8	Наличие описания динамики состояния пациента в протоколе повторного обхода МДРК в соответствии с поставленными задачами	+	+	+			да нет	3.11

№	Критерии оценки качества (взрослые)	ШРМ 3 балла (ДС)	ШРМ 3 балла (КСС)	ШРМ 4 балла (КСС)	ШРМ 5 баллов (КСС)	ШРМ 6 баллов (КСС)	Наличие/отсутствие	Код дефекта
Выписной эпикриз								
39.	Выписной эпикриз содержит:							
39.1	Наличие оценки по ШРМ в Заключительном диагнозе	+	+	+			да нет	3.11
39.2	Наличие реабилитационного диагноза и реабилитационного прогноза	+	+	+			да нет	3.2.1
39.3	Наличие рекомендаций по необходимому ТСР, медицинским изделиям, лечебному питанию	+	+	+			да нет	3.11
39.4	Наличие рекомендаций по реабилитационному режиму в домашних условиях	+	+	+			да нет	3.11
39.5	Обоснование досрочной выписки или неэффективности реабилитационного лечения	+	+	+			да нет	3.11
39.6	Наличие в выписном эпикризе обоснования ненаправления пациента на следующий этап реабилитационного лечения или Отказа пациента/официальных представителей пациента от маршрутизации на следующий этап	+	+	+			да нет	3.6

№	Критерии оценки качества (взрослые)	ШРМ 3 балла (ДС)	ШРМ 3 балла (КСС)	ШРМ 4 балла (КСС)	ШРМ 5 баллов (КСС)	ШРМ 6 баллов (КСС)	Наличие/отсутствие	Код дефекта
Лист назначений								
40.	Лист назначений содержит:							
40.1	Наличие отметки о начале реабилитационных мероприятий не позднее 48 часов от момента поступления в отделение	+	+	+			да нет	3.2.1
40.2	Наличие перечня реабилитационных мероприятий с фиксацией факта занятий и подписями исполнителей	+	+	+			да нет	3.11

*при наличии показаний по профилю заболевания

«Мы вместе». Преимущество в медицинской реабилитации пациентов, вернувшихся с территорий СВО. Лучшие практики МСЧ № 9 ФМБА России



Основные задачи реабилитации пациентов вернувшихся с территории проведения СВО в МСЧ № 9

- 1 восстановление функций утраченных
- 2 восстановление психологического статуса
- 3 развитие компенсаторных приспособлений к условиям повседневной жизни и труду
- 4 предупреждение развития патологических процессов
- 5 осуществление мер вторичной профилактики
- 6 помощь в переобучении, получении профессии
- 7 восстановление утраченных документов
- 8 эффективное и раннее возвращение пациентов в общество

4

Особенности медицинской и психологической реабилитации пациентов после СВО



4. Страховые представители и информационное сопровождение пострадавших с последствий боевой травмы

В.П. Шестаков и соавт. (2016) в докладе «**Реализация положений Конвенции ООН о правах инвалидов в области абилитации и реабилитации инвалидов в Российской Федерации**» **указали на серьезные проблемы межведомственного взаимодействия** при реализации индивидуальной программы реабилитации инвалидов указывали и участники одноименной конференции в Санкт-Петербурге в 2015 году.

Новый уровень межведомственного взаимодействия в реабилитации инвалидов с целью устранения недостатков в решении проблем комплексной реабилитации возможен **с участием современного института страховых представителей системы ОМС.**

Страховые представители всех уровней должны быть ориентированы на первоочередность рассмотрения обращений и жалоб ветеранов и пострадавших с последствиями боевой травмы, в т.ч. при возникновении проблем со сроками начала, объемами и качеством реабилитационных мероприятий.

Страховые представители, понимая психологическую сущность явления стигматизации, особенно у пострадавших с дефектами опорно-двигательного аппарата, челюстно-лицевой области, черепа, головного и спинного мозга, должны строить свою работу максимально деликатно, но в тоже время достаточно активно, чтобы способствовать созданию у пострадавшего доверия к системе ОМС и мотивации приверженности к реабилитации.

Информационное сопровождение пострадавших в системе ОМС должно строиться, исходя из этапов психологического переживания последствий боевой травмы, и прежде всего направлено на скорейшее преодоление этапа неприятия последствий травмы, неверия в будущее, отсутствия осознания себя, как полноценного правового субъекта социума, невозможности возврата полноценной жизни.

Информационное сопровождение пострадавших должно учитывать необходимость предоставления пострадавшим реальной информации по эффективности мер современной медицинской реабилитации и воссозданию в ее результате приемлемого качества жизни с реализацией возможных новых жизненных перспектив – жизнь без боли и депрессии, новая учеба, трудоустройство, творчество, спорт, культура.

Наш опыт научно-практической работы в Научно-исследовательской лаборатории боевых и стрессовых повреждений центральной нервной системы Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова **показывает высокую эффективность реальной и правдивой информации в мотивировании пострадавших к мерам медицинской реабилитации**, к формированию приверженности к длительному периоду жизни с постоянно повышающимся ее качеством и улучшающимся отношением к ней в условиях непрерывно действующей системы медицинской реабилитации.

Так медицинская реабилитация переходит свои чисто медицинские границы и становится длительным этапом жизни пострадавшего, занимая множество ее времени, создавая занятость пострадавшего и отвлекая его от возможных пагубных пристрастий и соблазнов.

В формировании таковой приверженности важное участие должны занимать страховые представители системы ОМС.

Важный раздел работы страховых представителей будет содержать и проблемы контроля за надлежащим диспансерным наблюдением за хроническими неинфекционными заболеваниями у пострадавших, возникающими в посттравматическом периоде, которые периодически будут требовать специализированной и высокотехнологичной помощи: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь ЖКТ, ожирение и др.

Формирование приверженности к диспансерному наблюдению

за хроническими неинфекционными заболеваниями и их осложнениями, требующими экстренной и неотложной помощи (ОКС, инфаркт миокарда, инсульт, желудочно-кишечное кровотечение, астматические приступы, панические атаки, попытки суицида) –

задача страхового представителя.

Особое место в работе страховых представителей 3 уровня должна занимать принципиальная позиция эксперта качества медицинской **помощи в экспертном контроле за пострадавшими с ампутациями конечностей на этапе подготовки к протезированию**, в частности контроль за качеством оказания медпомощи по поводу повторных ампутаций, пороков и болезней культей ампутированных конечностей.

После ампутации части конечности формируется новый орган опоры и передвижения — усеченная конечность с основными функциями: опороспособность, подвижность в суставах при управлении протезом.

На опороспособность культы непосредственно влияют различные патологические состояния, связанные как с ампутацией, так и нерациональным протезированием.

В связи с этим различают пороки и болезни культей.

Пороки культы в основном связаны с погрешностями при выполнении ампутаций и послеоперационного ведения больного.

Болезнями культы называют патологическое состояние усеченной конечности, возникающее в послеампутационном периоде или в результате нерационального протезирования.

К послеампутационным болезням культи относят: остеофиты, фантомные боли и (или) ощущения, болезненные невромы, неврит, длительно гранулирующие и незаживающие раны, остеомиелит торца костной культи, остеонекроз.

В результате пользования протезом нерационального протезирования формируются болезни культи: опрелости и мацерации кожи, пиодермия культи, лихенизация, экзема, хронический венозный застой, мягкотканые валики, намины, травмоид (травматическая эпителиальная киста), потертости, гиперкератоз, атрофия мягких тканей, трофическая язва, бурсит, аллергические проявления на кожных покровах.

И, конечно, серьезному контролю и бескомпромиссной негативной оценке со стороны страховых представителей должны быть подвержены случаи нарушения медицинской этики и деонтологии в отношении пострадавших: именно эти, возможно с точки зрения, медицинских работников несущественные дефекты, самым серьезным образом **стигматизируют** пострадавшего, создают условия для отказа от приверженности лечению и реабилитации, лишают его веры во врачей и в медицину.

ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда РФ направило методическое письмо от 27.12.16 г. №4.1040/2016 по вопросам, вызывающим трудности при определении медицинских показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации - протезами верхних и нижних конечностей.

К порокам культи, затрудняющим протезирование, относятся: контрактуры суставов усеченной конечности, высокое расположение мышц и выстояния опилов, неправильный опилов, болезненные, спаянные рубцы, избыток мягких тканей надкостностным опиловом, чрезмерно длинные или короткие культя, анкилоз ближайшего к культе сустава.

К болезням культи, препятствующим протезированию, относятся: остеофиты в дистальном или боковом направлениях, болезненные невномы, невриты, незажившие язвы, свищи, остеомиелит конца костной культи, концевой остеонекроз, лимфостаз мягких тканей, валики, гиперкератоз, травмоиды, потертости, бурситы, опрелости и мацерация кожи, экзема культи, фолликулиты.

Для оценки перспектив протезирования ортопеду-протезисту необходимо отразить в консультативном заключении для МСЭ следующие данные: - состояние усеченной конечности (клиническая характеристика культи с указанием имеющихся (либо отсутствующих) пороков и болезней культи); - наличие лечебно-тренировочного протеза либо постоянного протеза (с какой даты и вид); - степень обученности к протезированию (сформированные или формирующиеся навыки и умения использования протеза); - двигательный режим (сколько часов (длительность и частота использования протеза в сутки), темп ходьбы на протезе, наличие других вспомогательных средств передвижения при ходьбе на протезе, устойчивость на протезе); - уровень двигательной активности по системе MOBIS.

Приказом Минтруда РФ от 05.03.2021 № 106н утверждены перечни показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации.

Медицинское показание к протезированию: сам факт отсутствия конечности является медицинским показанием к протезированию при отсутствии противопоказаний.

Абсолютные противопоказания к протезированию встречаются редко - декомпенсация сопутствующей соматической патологии, при которой инвалиду предписан постельный режим или наличие психических заболеваний в стадии обострения.

Относительные противопоказания: острые и хронические заболевания ЦНС, сердечно-сосудистой, эндокринной систем, органов дыхания, мочевыведения, существенно ограничивающие возможности пользования протезно-ортопедическими изделиями.

Информационно-методическим письмом Федерального бюро медико-социальной экспертизы Минтруд РФ от 02.12.2020 г. № 39617.ФБ.77/2020 определена структура социально-психологической реабилитации:

- 1. Психологическое консультирование.**
- 2. Психологическая диагностика.**
- 3. Психологическая коррекция.**
- 4. Психотерапия.**

5. Разработаны принципы экспертизы качества реабилитационной помощи

Дефекты качества реабилитационной помощи по критериям п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ: **несвоевременность, неправильный выбор методов реабилитации и не достижение запланированного результата реабилитации.**

Дефекты качества реабилитационной помощи - **отказ от выполнения требований Порядка организации медицинской реабилитации взрослых,** утв. приказом МЗ РФ от 31.07.20 г. № 788н.

Дефекты медицинской помощи – **нарушения требований КР «Ведение больных с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы на втором и третьем этапах медицинской и медико-социальной реабилитации»** (Союз реабилитологов России; Всероссийское общество неврологов; Ассоциация нейрохирургов России; Российское общество урологов; Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов, 2017).

Дефекты оказания медицинской помощи **при подготовке к протезированию, дефекты ведения болезней и пороков культуры.**

Дефекты реабилитационной помощи **при наличии сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, системы дыхания и ЖДТ, отягчающих процесс подготовки к протезированию, а также период после протезирования.**

Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 года № 61/106 была принята **Конвенция ООН о правах инвалидов**, закрепляющая основные права и свободы личности по отношению к людям с инвалидностью — **первый всеобъемлющий договор в области прав человека XXI столетия.**

Конвенция изменяет само понимание инвалидности, признавая, что инвалидность — эволюционирующее понятие.

Она является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

**15 мая 2012 года вступил в силу Федеральный закон № 46-ФЗ
«О ратификации Конвенции о правах инвалидов».**

Реализация положений Конвенции в Российской Федерации позволила улучшить качество жизни людей с ограниченными возможностями и членов их семей.

Сегодня возникла необходимость включения в межведомственное взаимодействие по обеспечению прав инвалидов **института страховых представителей системы ОМС**, с которым связываются определенные перспективы и возможности нового — усовершенствованного уровня межведомственного взаимодействия по обеспечению прав инвалидов на полнообъемную, своевременную медицинскую реабилитацию надлежащего качества.



КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ



Спасибо за внимание!

