

УДК 614.2

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ТРАВМЫ – КОНСТИТУЦИОННАЯ ГАРАНТИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБЩЕСТВА. ЧАСТЬ 2

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



¹ ООО «Капитал МС»

² ГБУ Ростовской области «Госпиталь для ветеранов войн»

30 декабря 2025 года Президент России В.В. Путин провел рабочую встречу со статс-секретарем – заместителем Министра обороны, председателем Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» Анной Цивилевой, в рамках которой была подчеркнута возрастающая актуальность действенного межведомственного взаимодействия в организации помощи пострадавшим в результате боевой травмы, в том числе при реализации их права на медицинскую реабилитацию. Большую роль в указанном межведомственном сотрудничестве играет практическое ежедневное взаимодействие страховых представителей системы ОМС и социальных координаторов государственного фонда «Защитники Отечества», в котором, как сообщила А. Цивилева Президенту России, на сегодняшний день трудятся 4 300 социальных координаторов.

27 февраля 2026 года председатель Федерального фонда ОМС Илья Баланин сообщил о созданной к 2026 году эффективной службе почти 8,4 тыс. страховых представителей страховых медицинских организаций, на которых возложена обязанность информационного сопровождения застрахованных граждан на всех этапах медицинской помощи.

Важнейшей точкой их взаимодействия председателем фонда «Защитники Отечества» названа действенность диспансеризации участников СВО: из 65 тыс. тех, кто прошел диспансеризацию, выявлено случаев заболеваний 55 тыс., причем впервые выявлено заболевание у 12 тыс. участников.

Председатель Федерального фонда ОМС Илья Баланин 17 марта 2026 года в ходе круглого стола на общероссийском форуме

«Здоровое общество» доложил, что сфера медицинской реабилитации в России активно развивается, демонстрируя устойчивый рост – общий объем реабилитационных мероприятий в рамках Программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за последние пять лет вырос с 1,2 млн до почти 2 млн случаев, а их финансовое обеспечение увеличилось к 2026 году с 48,9 млрд рублей до 119,1 млрд рублей – рост составил 2,4 раза. При этом в рамках медицинской реабилитации отдельное внимание уделяется поддержке участников СВО – им доступны приоритетные условия: внеочередная реабилитация, консультации психолога, домашнее восстановление с телемедициной, санаторно-курортное лечение, оперативная выдача лекарств и изделий. С 2026 года вводится еще одно важнейшее преимущественное право – на размещение в одно-/двухместных палатах при получении специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи. Растет охват профилактикой и реабилитацией среди подопечных фонда «Защитники Отечества» – до 81,9%. Объем медицинской помощи участникам СВО по программе ОМС увеличился примерно втрое.

Защита права на полнообъемную индивидуальную программу медицинской реабилитации вне норм временной продолжительности, а исключительно по сохранению медицинских показаний в течение длительного времени возложена на страховых представителей страховых медицинских организаций. Медицинская реабилитация ветеранов специальной операции проходит в амбулаторных условиях, дневном и круглосуточном стационарах в особом – приоритетном и первоочередном порядке,

что требует неукоснительного экспертного контроля, а в случаях возникновения жалоб – немедленного восстановления нарушенных прав ветеранов. Сегодня данные установки в полном объеме реализуются страховыми представителями и экспертами качества медицинской помощи в субъектах РФ, в том числе на основе самых последних достижений в развитии реабилитационной науки и практики. Так, страховые представители третьего уровня системы ОМС приняли активное участие в дискуссионной части симпозиума *«Современные технологии реабилитации лиц с боевой травмой»*, состоявшегося в 2025 году в рамках IV Международного конгресса *«Медицинская реабилитация: научные исследования и клиническая практика»*. В кратком дайджесте докладов представлены итоги внедрения инноваций к 2025 году в систему медицинской реабилитации последствий боевой травмы, необходимые для организации предоставления и контроля за качеством реабилитационной помощи страховым представителям всех уровней и экспертам качества медицинской помощи системы ОМС.

В докладе *«Ампутация конечности: особенности применительно к последующему протезированию»* профессор К.К. Щербина представил данные Федерального научно-образовательного центра реабилитации им. Г.А. Альбрехта: потребность в протезах при ампутациях конечностей в мирное время составляет 50–60 тыс. изделий в год; прогнозируемая потребность в протезах с учетом новых территорий – 60–70 тыс. изделий в год; при этом 88% – это протезы нижних конечностей, 12% – верхних конечностей. По данным COMEDS NATO (2022), число раненых ВСУ с ампутационными дефектами достигает 4,1%. Авторы со ссылкой

на профессора С.Ф. Курдыбайло приводят данные о частоте болезней и пороков куль-ти конечности вследствие минно-взрывной травмы: в период Великой Отечественной войны – 38%; в период боевых действий в Афганистане – 42%; в современных условиях – 70%. Болезни и пороки куль-ти формируются ввиду несовершенства хирургической практики. Хирург должен четко определить, является ампутация «предварительной» или «окончательной». Предварительная ампутация является практически расширенной обработкой раны и производится при невозможности точно установить необходимый уровень усечения или при противопоказаниях к глухому шву. При тяжелой механической травме военного времени 60–70% первичных ампутаций вынужденно носят предварительный характер, что предопределяет в дальнейшем реконструкцию куль-ти, в том числе и реампутацию. Ампутация в мирное время носит плановый характер, что позволяет сразу сформировать готовую к протезированию куль-тю. Ампутацию при минно-взрывной травме производят в рамках первичной хирургической обработки раны (ПХО). В результате в 70% случаев болезней и пороков куль-ти встречаются: инородные тела (осколки, люверсы, фрагменты формы и т.д.), грубые рубцы и обширные мягкотканые дефекты. Среди пороков куль-ти встречаются: неправильный или необработанный опил кости, выстояние опи-ла кости под кожей – в 6–22%; чрезмерно длинная или короткая куль-тя, вальгусное положение малоберцовой кости, контрактуры и анкилоз суставов – 18–33%; дефекты кожного покрова, болезненные и спаянные рубцы, избыток мягких тканей – 24–45%; булавовидная или чрезмерно коническая куль-тя – 5–9%.

Среди болезней куль-ти выделяют: остеофиты, остеонекроз, остеомиелит торца костной куль-ти – в 8–34%; фантомные боли, болезненные невралгии – 10–40%; длительно гранулирующие и незаживающие раны, лигатурные свищи – 10–30%. Де факто дефектами ампутационной техники являются:

- 1) невключение в кожный лоскут фасции или апоневроза, что препятствует должной подвижности рубца;
- 2) выкраивание мышечных, кожно-мышечных лоскутов, сшивание антагонистов или покрытие конца костной куль-ти мышцами, т.к. мышечная прокладка не может служить мягкой опорой концам костей, а мышцы, сшитые над опи-лом костей, вскоре атрофируются и рубцово перерождаются;
- 3) нельзя вытягивать нерв – в результате его травматизации возникнут невриты и боли; перерезка ножницами недопустима вследствие раздавливания нерва; неукорочение нервов, причем как основы, так и крупных кожных; перерезать нервы следует только острым скальпелем или бритвой после отодвигания мягких тканей в проксимальном направлении примерно на 5–8 см; перевязка нервов шелковой лигатурой не только не предохраняет от развития невралгии, но и может вызвать постоянные местные и фантомные боли;
- 4) небрежное обращение с надкостницей ведет к образованию остеофитов; отсутствие обработки острых краев кости рашпилем, оставление гребня большеберцовой кости без сбития долотом и обработки рашпилем; опил малоберцовой кости должен располагаться на 1–2 см проксимальнее опи-ла большеберцовой куль-тью с целью уменьшения травматизации мягких тканей торцевой поверхности;

5) прошивание сосудов (в т.ч. мышечных артерий) не кетгутом, что приводит к лигатурным свищам; неправильная совместная перевязка артериальных и венозных сосудов; собственные артерии крупных нервных стволов следует перевязывать тонкой кетгутовой нитью или накладывать лигатуру на весь нервный ствол без чрезмерного натяжения.

Представлен медико-социальный портрет инвалида – участника СВО:

- нуждаемость в социально-психологической реабилитации составляет 100% случаев;
- более 85% – комбинированные минно-взрывные травмы: травматические ампутации конечностей; черепно-мозговые травмы, контузии; тяжелые осколочные ранения внутренних органов; травмы органа зрения, слуха;
- преобладание II группы инвалидности (выраженные нарушения здоровья) – 58%, I группа – 15%; III группа – 27%;
- высокая потребность в технических средствах реабилитации (ТСР) в целях компенсации нарушенных функций организма (85%);
- молодой возраст;
- утрата в военной профессии;
- отсутствие гражданской профессии;
- необходимость использования особых подходов и технологий в реабилитации.

Выделены особенности специальных целевых реабилитационных групп (ЦРГ):

1) ЦРГ 12 – инвалиды, получившие ранение (травму, контузию, увечье) или заболевание в связи с участие в боевых действиях:

- молодой возраст – 100%;

- комбинированность травмы – 85%;
 - наличие боевого стрессового расстройства (БСР) – 100%;
 - наличие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) – 40%;
- 2) ЦРГ 13 – инвалиды, получившие ранение, травму, контузию, увечье в связи с боевыми действиями:
- любой возраст от 18 лет;
 - психологические травмы, связанные с разрушением жилища, пере боями с продовольствием, отсутствием медицинской помощи и др.

Авторы акцентируют внимание на проблеме низкой приверженности пострадавших к реабилитации. Приверженность в рамках медицинского подхода – выполнение пациентом рекомендаций врача в ходе лечения. Приверженность в рамках психологического подхода – усилия личности, формирующиеся в ответ на «вызов» заболевания, направленные на активное социальное восстановление. В рамках социальной реабилитации под реабилитационной приверженностью личности понимается интегративное ресурсно-преодолевающее свойство, отражающее направленность личности на реабилитацию, активность и участие в социальном функционировании в различных сферах жизнедеятельности – в быту, в социальной среде, межличностных отношениях, профессиональной и социокультурной самореализации, а также здоровьесберегающей деятельности. К основным методам для применения в рамках реализации услуг по социально-психологической реабилитации авторы относят: когнитивно-поведенческую терапию; семейную психотерапию; кататимно-имагинативную психотерапию (символ-драму); экзистен-

циальную психотерапию; гештальт-терапию; арт-терапию; десенсибилизацию и переработку движением глаз; психодраму и различные методы психологической саморегуляции.

В докладе «Уровень жизни и социальной поддержки инвалидов вследствие военной травмы (инвалидов боевых действий) на основе результатов социологических исследований» Я.С. Рочева со ссылкой на ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта представила демографическую структуру инвалидов – участников СВО: 20–30 лет – 24%; 31–35 лет – 24%; 36–40 лет – 19%; 41–45 лет – 11%; 46–50 лет – 13%; 51–55 лет – 6%; 56–60 лет – 1,4%; старше 60 лет – 0,7%. Автор представила результаты анкетирования инвалидов – участников СВО в 2023 и 2024 годах о состоянии их здоровья: удовлетворительное – 60–61%; плохое – 21–23%; очень плохое – 4–8%; хорошее – 5–3%; отличное – 0,2–0,3%. При этом 4,5% пострадавших не обращается за медицинской помощью и не состоит на диспансерном учете; 34–28% обращаются в военную медорганизацию (МО); 3,5–4,8% – в ведомственную МО; 55–58% – в государственную МО; 1,9–2,1% – в частную МО за счет собственных средств платно.

В докладе «Актуальные вопросы освидетельствования участников специальной военной операции в Волгоградской области» И.А. Морозова представила данные о структуре инвалидности среди участников СВО: I группа – 8–10%; II группа – 60–63%; III группа – 26–27%. У 50% (303 человека) инвалидов имеются ампутированные дефекты: парная ампутация – 9%; ампутация верхних конечностей – 10%; ампутация нижних конечностей – 81%. В медицинской реабилитации нуждаются все 100%

пострадавших инвалидов. В протезах верхних и нижних конечностей (в соотношении 1:25) нуждаются 80% инвалидов, из них в 10% – в протезах с микропроцессорным управлением; в кресло-колясках комнатных и прогулочных – 80% инвалидов; в тростях, костылях, опорах и поручнях – 80% инвалидов; в ортопедической обуви – 80%.

В докладе «Медицинская реабилитация раненых с боевыми повреждениями конечностей» Д.В. Аверкиев (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ) представил данные о доле огнестрельных ранений конечностей и переломов в общей структуре боевых повреждений в 70%, среди которых 40% составляют огнестрельные переломы, а в 40% – ранения мягких тканей. Наиболее сложными с точки зрения лечения и реабилитации являются раненые с огнестрельными переломами длинных костей конечностей. Стойкие контрактуры крупных суставов наблюдаются в 79% переломов длинных костей. Поиск эффективных способов предотвращения развития стойких нарушений функции опорно-двигательного аппарата у раненых с огнестрельными переломами длинных костей конечностей является приоритетным направлением совершенствования как лечебной, так и реабилитационной тактики. Основными задачами оказания медпомощи в поздний период функциональных нарушений (постиммобилизационный) являются: активное восстановление и тренировка функций опорно-двигательного аппарата и других систем; усиление минерализации костной мозоли; размягчение рубцов, рассасывание спаек; восстановление амплитуды, силы и координации движений; восполнение функциональных резервов организма.

В докладе «Особенности возникновения, клиники, динамики и исходов ПТСР у комбатантов» профессор С.В. Литвинцев (ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта) указал, что любая война сопровождается:

- а) высоким уровнем психогенных расстройств;
- б) высоким уровнем симптоматических психических расстройств;
- в) высоким уровнем аддиктивных расстройств (патологические зависимости);
- г) высоким уровнем органических расстройств ЦНС травматического происхождения.

Кроме того, высокий уровень физических увечий, влекущих изменение качества жизни у получивших их комбатантов, создает основу для возникновения дополнительных стрессовых реакций, и стабильного психического здоровья в боевой обстановке не бывает.

В период ведения боевых действий у комбатантов, находящихся в состоянии дистресса, всегда присутствует предуготованность к возникновению острых реакций боевого стресса, по существу являющихся разновидностью острых реакций на стресс. Неуправляемый страх, выраженная тревога и их вегетативные корреляты, возникшие у комбатантов, являются облигатными признаками боевого стресса. Поведение участника боевых действий при признаках острой реакции на боевой стресс проявляется или симптомами оцепенения, или бессмысленной и бессвязной моторной и речевой активностью. Реакции боевого стресса существенно затрудняют либо полностью исключают способность комбатанта выполнять боевые задачи.

Сложные и многообразные патогенные факторы боевой обстановки не только учащают и утяжеляют уже известные психические расстройства, но и порождают немало хотя и не новых, но необычных и непривычных для мирного времени случаев психической патологии. Нахождение комбатанта в непосредственной боевой обстановке с угрозой для жизни и вселяющей страх само по себе является безусловным психогенным событием. Характерная специфическая черта боевой обстановки – постоянная угроза быть убитым либо покаленным, но вместе с тем, несмотря на это, комбатант обязан выполнять боевые задачи. Именно этим несоответствием: осознаваемая возможность быть убитым либо покаленным, но невозможность оставить поле боя, – и порождается боевой стресс со своей спецификой у комбатанта. Проблемы реабилитации ветеранов войн ввиду затрудненной адаптации к мирной жизни: одной из основных проблем реабилитации ветеранов войн является сформированное и зачастую закрепившееся у них, уже на условно-рефлекторном уровне, то есть на уровне подсознания, непонимание и непринятие мирных условий, преисполненных полной противоположности деструктивной действительности войны.

Возвращаясь в мирную обстановку, ветераны войны в большинстве своем не способны быстро забыть свой боевой опыт и наделять его иным смыслом. Многие, условно говоря адаптивные признаки, приобретенные на театре военных действий, позволяющие комбатанту сохранять жизнь и боеготовность, в мирной жизни оказываются психопатологическими симптомами и ведут к различным формам социальной дезадаптации.

Мероприятия по психосоциальной реабилитации ветеранов войн являются важнейшим условием восстановления их не только физического, но и психического здоровья. Они базируются, прежде всего, на отношении к ним общества, включая создание действенных многоуровневых программ проведения медицинских, психосоциальных и других реабилитационных мероприятий с учетом приобретенных пострадавшими личностных особенностей.

Общество всегда тяжело переносит любую войну, глубоко задумывается об обоснованности и целесообразности ее проведения, возможности ее исхода, переживает людские потери и способно к поляризации мнений. Негативное отношение к войне у определенной части общества может распространиться и на участников боевых действий, провоцируя и усугубляя тем самым у них рост и глубину посттравматических расстройств. Следовательно, важными для восстановления психического здоровья ветеранов являются такие обстоятельства, как и насколько понятны обществу условия и причины войны, разделяет ли оно духовно ее как защиту национальных интересов. Реабилитация ветеранов СВО с боевыми посттравматическими стрессовыми расстройствами является сегодня важной государственной задачей.

В докладе «Использование математического прогноза ПТСР в медико-психологической реабилитации лиц с боевой травмой» О.С. Ковшова (Самарский областной клинический госпиталь для ветеранов войн имени О.Г. Яковлева) представила вывод: у мужчин – участников СВО по сравнению с ветеранами Афганистана, достоверно более высокий уровень тревоги и депрессии.

В докладе «Социально-психологические детерминанты отклоняющегося поведения участников СВО» М.Б. Кувшинниковой (Самарский ГМУ) представлены следующие выводы: 1) ветераны СВО проявляют тенденцию к социальной интроверсии, что может вызвать проблемы сложности адаптации к условиям мирной жизни, особенно у ветеранов, принявших участие в боевых действиях во второй раз; 2) тенденция к открытому проявлению агрессии является одной из наиболее значимых детерминант формирования отклоняющегося поведения, при возникновении проблем в сфере социальных взаимодействий снижается вероятность мирного разрешения противоречий и конфликтов; ветераны, принявшие участие в боевых действиях во второй раз, более склонны к открытому агрессивному поведению, чем принявшие участие в боевых действиях впервые.

В докладе «Стационарная реабилитация пациентов с минно-взрывной травмой на примере Госпиталя для ветеранов войн СПб» профессор Т.А. Скоромец сообщил об особенностях этой группы пострадавших: молодой возраст пациентов (28 ± 3 года); пострадавшие с ампутацией конечностей составляют 91,4% поступивших; военнослужащие с тяжелой черепно-мозговой и/или спинальной травмой – 8,6%; наступление инвалидности в большинстве случаев; 78% военнослужащих получили минно-взрывную травму (политравма, комбинированная травма), особенностью которой является синдром взаимного отягощения; повреждения конечностей у большинства были тяжелыми и практически всегда сопровождалась повреждением периферической нервной системы и развитием нейропатического болевого синдрома; наличие у 81,2% висцеральных расстройств, нарушений обмена веществ

и иммунного статуса, снижение адаптационных возможностей организма; наличие психических расстройств (ПТСР) у 71,9% военнослужащих с боевыми поражениями. Автор представил спектр современных приемов и технологий необходимого реабилитационного лечения:

- 1) лечебная физкультура: индивидуальная, групповая;
- 2) кинезиотерапия, активно-пассивная механотерапия (в том числе роботизированная, с биологической обратной связью (БОС) и функциональной электростимуляцией), тренировки на силовых и циклических тренажерах, баланс-тренировки;
- 3) локомоторные тренировки с помощью медицинских активных экзоскелетов;
- 4) физиотерапия с использованием природных и преформированных лечебных факторов (электро-, магнито-, свето-, лазеро-, водо-, термо-, парафинотерапия, лечение ультразвуком, ингаляционная терапия, криотерапия, гипокситерапия и др.);
- 5) различные виды массажа;
- 6) психокоррекция и психотерапия;
- 7) применение аппаратно-программных комплексов с БОС и виртуальной реальностью;
- 8) фармакотерапия;
- 9) детоксикационная терапия (гипербарическая оксигенация, внутривенная лазеротерапия);
- 10) диетотерапия, энтеральное и парентеральное питание.

Основным направлением медицинской реабилитации докладчик считает нейрореабилитацию, решающую следующие задачи: 1) вертикализация, последовательное

обучение ходьбе при тяжелых поражениях головного и спинного мозга, тренировка вестибулярной устойчивости; 2) восстановление двигательной функции, основанное на системной модели двигательного контроля и ориентированное на тренировку и восстановление определенной двигательной задачи; 3) купирование (уменьшение) слабости, спастичности и боли; 4) коррекция речевых и когнитивных (восприятие, мышление, концентрация, внимание, память и др.) расстройств; 5) стимуляция нейропластических процессов в ЦНС; 6) восстановление координации и мышечной силы; 7) коррекция психических расстройств; 8) возвращение способности к самообслуживанию, социальных и поведенческих навыков.

При преобладании в политравме поражений головного мозга необходимы: ранняя краниопластика (возможность двухэтапного реабилитационного курса – до и после операции); двигательная реабилитация; обязательная когнитивная реабилитация (тренажеры с БОС, психолог, логопед); коррекция астенического синдрома и ПТСР.

При преобладании поражений опорно-двигательного аппарата следует обращать внимание на: адекватность стабилизирующих операций; течение репаративных процессов; трофические нарушения; сочетание поражений костно-мышечной системы и периферических нервов с выраженным нейропатическим болевым синдромом (фантомным болевым синдромом). Реабилитационные интервенции у пострадавших с повреждением опорно-двигательного аппарата направлены на: 1) адаптацию к новым условиям жизни в физическом плане (тренировка самообслуживания и адаптация среды, тренировка выносливости,

адаптация к новым условиям статики и локомоции); 2) формирование культуры конечности правильной формы; 3) купирование болевого синдрома (ампутационные, фантомные, нейропатические и ишемические боли) и коррекцию психоэмоциональных нарушений; 4) первичное протезирование в ранние сроки; 5) обучение пользованию протезами с дозированной возрастающей нагрузкой; 6) восстановление (выработку) правильного стереотипа двигательных навыков; 7) достижение максимальной самостоятельности в обслуживании с постоянным увеличением перечня выполняемых навыков деятельности повседневной жизни. Фантомно-болевым синдромом требует фармакологической коррекции: назначение антидепрессанта из группы трициклических соединений кломипрамина (анафранил) по 25 мг × 2 р/д, стимулирующего адренергические и серотонинергические механизмы в ЦНС за счет угнетения обратного нейронального захвата медиаторов, обладающего альфа-адреноблокирующей, холиноблокирующей и антигистаминной активностью.

В докладе «Препятствия в процессе медицинской реабилитации (второй этап) пациентов с повреждением спинного мозга на фоне военной травмы» С.Ш. Забиловым освещены реальные проблемы медицинской реабилитации: урологические (80–90% пациентов: инфекции нижних мочевых путей, острая задержка мочи, камни мочевых путей, повреждения уретры, вторичный пиелонефрит, пиелит, уросепсис), тромбэмболические (до 10%), трофические (пролежни) (35–40%) осложнения, спастичность (4%), госпитальные пневмонии (20%). Среди причин смерти – урологические осложнения и уросепсис, госпитальная пневмония.

К задачам лечебных мероприятий при нейрогенных дисфункциях нижних мочевых путей относят: обеспечение сохранности верхних мочевых путей; обеспечение удержания мочи (или обеспечение контроля над недержанием мочи); восстановление функции нижних мочевых путей; улучшение качества жизни больных.

Авторы указывают, что периодическая катетеризация по асептической методике является стандартом лечения пациентов, неспособных к опорожнению мочевого пузыря; всегда следует стараться избегать установки постоянных уретральных или надлобковых катетеров. Авторы констатировали, что если в Европейских странах частота использования метода периодической катетеризации составляет 70–90%, то в России пока только 5%, и используются устаревшие методы: цистостома, выдавливание мочи, постоянный уретральный катетер.

В докладе «Медико-социальная реабилитация раненых с ампутационными дефектами конечностей» В.В. Хоминец (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова) сообщил, что в 2023 году на Военно-медицинскую академию пришлось 37% от всего пациентопотока с ампутациями в ВС РФ. Хирурги отмечают увеличение тяжести разрушений мягких тканей и костей применением беспилотных летательных аппаратов (БПЛА) с боеприпасом. К медико-социальным особенностям военнослужащих – участников СВО с травматическими ампутациями конечностей авторы относят: молодой возраст пациентов (32,4 года); 78% с минно-взрывной травмой; высокий уровень физической подготовленности; высокая мотивация на восстановление и продолжение военной службы; нуждаются в обеспечении высокофункциональными протезами.

зами нижних конечностей (3–4-й уровень активности по MOBIS) и протезами верхних конечностей с микропроцессорным управлением.

Среди причин ампутаций (2022–2023 гг.) выделяют: минно-взрывные ранения – 45%; огнестрельные (преимущественно осколочные) ранения – 27%; функциональная непригодность конечности – 10%; необратимая ишемия вследствие ранений магистральных сосудов – 7%; отморожения – 6%; формирование в области ранения первичного септического очага при неэффективности комплексного лечения – 5%.

Уровни ампутации составляют: голень – 47%, бедро – 20%, плечо – 10, предплечье – 7%, стопа – 6%, кисть – 1%. Парные ампутации составляли – 8%: обе голени – 2,3%, оба бедра – 2,2%, голень и бедро – 1,3%, бедро и плечо – 0,4%, бедро и предплечье – 0,33%, голень и стопа – 0,33%, обе стопы – 0,25%, голень и плечо – 0,17%, голень и предплечье – 0,17%, оба плеча – 0,08%, бедро и кисть – 0,08%, стопа и предплечье – 0,08%, плечо и предплечье – 0,08%.

Высока доля раненых с ошибками, допущенными при выполнении ампутаций, – 27,2%.

Доля раненых, нуждающихся в реампутации, – 63,2%.

В 23,5% реампутация выполняется с целью исправления медико-тактических и технических ошибок, а также вследствие наступивших в их результате осложнений.

Частота патологических осложненных состояний, ассоциированных с дефектами медпомощи:

1. Состояние культи:

- длина (слишком короткая или длинная культи с точки зрения функционально выгодного протезирования) – 20%;
- неправильная форма (порочная культи) – 15%;

- контрактуры смежных суставов – 10%;
- синдром «удушья» – состояние, когда окружность проксимальный отдела культи значительно больше дистального, при этом приемная гильза протеза за счет избыточной компрессии тканей культи в верхнем отделе нарушает венозный отток – 5%.

2. Кожа:

- инфицирование – 25%;
- раздражение, изъязвление (экзематит) – 8%;
- оmozолелости – 7%;
- эпидермальные кисты – 6%.

3. Рубец:

- спаянный с подлежащими тканями – 9%;
- избыток кожи по краям торца культи – так называемые «собачьи уши» – 4%;
- гиперчувствительный – 5%.

4. Мягкие ткани:

- недостаток мягких тканей – 10%;
- избыток мягких тканей – 6%;
- наличие невром – 22%;
- гетеротопическая оссификация – 4%.

5. Кость:

- избыточная длина – 12%;
- остеофиты – 34%;
- остеомиелит – 3%;
- нерезецированный гребень большеберцовой кости – 2%;
- опилы костей голени на одном уровне – 2%.

В 23,5% реампутация выполняется с целью исправления медико-тактических и технических ошибок, а также вследствие наступивших в их результате осложнений.

Основой предотвращения ошибок и осложнений при выполнении ампутаций конечностей на этапах медицинской эвакуации являются: исчерпывающая первичная хирургическая обработка ран

(ампутация по типу ПХО), включающая радикальную некрэктомию, фасциотомию, гемостаз и оставление раны открытой с целью эвакуации экссудата; формирование кожно-фасциальных лоскутов с широким основанием; выполнение транспортной иммобилизации; проведение повторных ПХО (санаций) с удалением вторичных некрозов и отсроченным закрытием ампутационной раны.

В докладе «Немедикаментозные технологии реабилитации лиц с последствиями неогнестрельной травмы: перспективные направления применения лечебных физических факторов» И.Н. Смирнова (Томский НИИ курортологии и физиотерапии) приведены основные методы медицинской реабилитации: магнитотерапия; лазерное излучение; озонотерапия; светотерапия; терагерцовая терапия; импульсное микроволновое излучение – стимулирующее влияние на процессы регенерации.

Мультидисциплинарному подходу в лечении фантомной боли на этапах реабилитации при политравме посвящен доклад А.В. Белаш, в котором приведены основные звенья патогенеза фантомной боли:

- 1) совокупность раздражений с периферии:
 - послеоперационные боли в культе;
 - двусторонняя ампутация;
 - высокий уровень ампутации;
 - ампутация нижних конечностей;
 - наличие болевого синдрома различного генеза;
 - невриномы;
 - отечность культы;
 - нарушение перфузии культы;
 - прорастание нервов рубцовой тканью;
- 2) центральные нейрофизиологические механизмы:
 - реорганизация в спинном мозге;

- перестройка схемы тела;
- центральная сенситизация;

3) психическая переработка травмы:

- травматический стресс;
- тревога;
- депрессия;
- склонность к соматизации;
- трудности идентификации и вербализации эмоционального опыта;
- личностные особенности;
- кинезиофобия.

В медицинской реабилитации пациентов с фантомной болью важное значение имеют, помимо медикаментозных, и немедикаментозные методы: физиотерапия, психотерапия, ЛФК, телесно-ориентированная терапия.

Т.Е. Ермоленко в докторской диссертации на тему «Научные основы формирования системы медико-социальной реабилитации инвалидов в РФ» (2023) указывает: 1) потребность инвалидов в технологиях медицинской реабилитации инвалидов составляет 99,8%; в санаторно-курортном лечении – 18,2%; в социальной реабилитации – 98,5; в профессиональной реабилитации – 52,9%; в мероприятиях ранней помощи – 65,1%; в сопровождаемом проживании – 0,05%, среди которых доля пациентов с нарушениями психических функций составляет 93,5%; 2) потребность инвалидов I группы в мероприятиях медицинской реабилитации составляет 11,3%, II группы – 34,6%, III группы – 54,1%. Из них 82,9% инвалидов полностью обеспечены средствами медицинской реабилитации, 12,4% – в неполном объеме, а 4,7% – не обеспечены; 3) результативность программ медицинской реабилитации инвалидов составляет 84%; санаторно-курортного лечения – 82%, социальной реабилитации – 15,5%, профес-

сиональной реабилитации – 14,6%, ранней помощи – 90,3%, сопровождаемого проживания – 94%.

В рамках проведенного 18 октября 2023 года в Совете Федерации Федерального Собрания РФ круглого стола на тему **«Комплексная реабилитация участников специальной военной операции, получивших увечья или заболевания в ходе выполнения боевых задач»** заместитель Министра труда и социальной защиты РФ А. Вовченко сообщил, что более половины установленных медико-социальной экспертизой случаев инвалидности среди участников специальной военной операции связаны с ампутацией конечностей. **«Признаны инвалидами с ампутацией конечностей порядка 54% от всех освидетельствованных. Это действительно такая яркая проблема, это много. У нас среди гражданских инвалидов такого**

процента с ампутацией, конечно, нет. Потому что основные причины для основного количества инвалидов, связанных с ампутации конечностей, это диабет, это старческие нарушения, это сосудистые отклонения, это люди в возрасте... Здесь, конечно, это молодой возраст. Доля ампутаций верхних конечностей составляет около 20%, что также – «беспрецедентно высокая доля». У нас из всех освидетельствованных участников, 84% имеют рекомендации по обеспечению техническими средствами реабилитации. Причем всеми типами, это не только протезы, это коляски различных типов, это и специальная одежда, ортопедическая обувь. Весь тот необходимый набор, который положен, по индивидуальной программе реабилитации и абилитации, уже эти назначения идут».

Продолжение следует.

Для корреспонденции

Старченко Алексей Анатольевич

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

Тел.: +7 (495) 287-81-25, доб. 179

E-mail: oms@kapmed.ru

Альперович Дмитрий Валерьевич

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

Тел.: +7 (863) 232-34-32

E-mail: oms.rostov-na-donu@kapmed.ru

Ковалева Евгения Игоревна

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

Тел.: +7 (863) 251-82-63

E-mail: gvv-06@mail.ru

Устюгов Антон Владимирович

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

Тел.: +7 (495) 287-81-25, доб. 110

E-mail: oms@kapmed.ru

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