

**МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ - КАЛИНИНГРАД – 2023**  
**Секция ТФОМС «Пациентоориентированность»**



**Медицинская реабилитация –  
конституционная обязанность государства  
и законное право пострадавших  
с последствиями боевой травмы:  
актуальность, эффективность,  
методология и контроль в системе ОМС**



*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*

**Калининград - Светлогорск**  
**30 августа 2023 года**

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.**

# МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ТРАВМЫ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



Право пострадавших с последствиями боевой травмы на медицинскую реабилитацию является конституционной гарантией и установлено законодательством Российской Федерации.



Медицинская реабилитация пострадавших с последствиями боевой травмы проводится бесплатно по полису обязательного медицинского страхования (ОМС).

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ –

комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление и поддержание утраченных функций организма, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Медицинская реабилитация пострадавших с последствиями боевой травмы проводится в соответствии с Порядками организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденных приказами Минздрава России от 31.07.2020 № 788н, от 28.02.2023 № 81н.

Медицинская реабилитация осуществляется в амбулаторных условиях, дневном стационаре и круглосуточном стационаре медицинских организаций.

### МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ТРИ ЭТАПА:

#### 1-Й ЭТАП:

начинается в **острый и острейший периоды (до 72 часов) непосредственно в госпиталях.**

#### 2-Й ЭТАП:

проводится в **острый и ранний восстановительный период в стационаре**, в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, центральной нервной системы, с соматическими заболеваниями, созданных в медицинских организациях, в том числе в центрах медицинской реабилитации и санаторно-курортных организациях; **ежедневно, не менее 3 часов.**

#### 3-Й ЭТАП:

в **амбулаторных условиях** и (или) в условиях дневного стационара, в том числе в центрах медицинской реабилитации и санаторно-курортных организациях, а при ограничениях пациента – на дому; **не реже 1 раза в 2 дня, не менее 3 часов.**

Медицинская реабилитация на втором и третьем этапах осуществляется по направлению лечащего врача.

**Направление пациента на реабилитацию – это обязанность врача и право пострадавшего, при нарушении которого страховой представитель страховой медицинской организации обязан восстановить нарушенное право.**

#### МЕТОДИКАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- восстановительная медицина (медикаментозная терапия, физиотерапия, механотерапия, кинезотерапия, психотерапия, трудотерапия, ЛФК, массаж, логопедическая помощь);
- реконструктивная хирургия (пересадка органов и тканей, реконструктивные и пластические операции, в том числе коррекция и лечение пороков культи, эндопротезирование);
- протезирование и ортезирование.

Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 27.04.2023 № 342н утверждены перечни показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, такими как кресла-коляски с электроприводом, бионические протезы и других. Факт отсутствия конечности является медицинским показанием к протезированию при отсутствии противопоказаний.

#### НАЦИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ РФ:

- **ГОСТ Р 52877-2021** «Услуги по медицинской реабилитации инвалидов. Основные положения»;
- **ГОСТ Р 52876-2021** «Услуги организации реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы. Основные положения»;
- **ГОСТ Р 53871-2021** «Методы оценки реабилитационной эффективности протезирования нижних конечностей»;
- **ГОСТ Р 55138-2017** «Реабилитация и абилитация инвалидов. Качество реабилитационных и абилитационных услуг. Основные положения»;
- **ГОСТ Р 54735-2021** «Реабилитация инвалидов. Требования к персоналу учреждений реабилитации и абилитации инвалидов».

Эффективность медицинской реабилитации достигает 85-90% и характеризуется улучшением функционирования организма, расширением социальной деятельности инвалида, появление или восстановлением способности к самообслуживанию, общению, возвращению к профессиональной деятельности.



СКАЧАТЬ ИНФОРМАЦИЮ  
О МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ  
С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ТРАВМЫ В СИСТЕМЕ ОМС  
Отсканируйте QR-код через мобильный телефон

Телефон Контакт-центра :

**8-800-100-81-02** (звонок по России бесплатный)

ООО «КАПИТАЛ МС»

лицензия ЦБ РФ ОС № 3676-01  
(без ограничения срока действия)

СПРАВОЧНЫЙ ЦЕНТР **24/7**  
как получить медпомощь бесплатно  
и качественно по полису ОМС





# РЕАБИЛИТАЦИЯ – КОНСТИТУЦИОННАЯ ГАРАНТИЯ ГОСУДАРСТВА И ЗАКОННОЕ ПРАВО ПОСТРАДАВШИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ТРАВМЫ: ЧАСТЬ 1 – ОБЯЗАТЕЛЬСТВА, АКТУАЛЬНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ В СИСТЕМЕ ОМС (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)



А.А. Старченко, А.В. Устюгов



Старченко А.А.

Устюгов А.В.

Реферат

ООО «Капитал Медицинское Страхование»

## Ключевые слова:

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

6 Экспертный совет

УДК 614.2

# РЕАБИЛИТАЦИЯ – КОНСТИТУЦИОННАЯ ГАРАНТИЯ ГОСУДАРСТВА И ЗАКОННОЕ ПРАВО ПОСТРАДАВШИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ТРАВМЫ: ЧАСТЬ 1 – ОБЯЗАТЕЛЬСТВА, АКТУАЛЬНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ В СИСТЕМЕ ОМС (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

А.А. Старченко, А.В. Устюгов



Старченко А.А.

Устюгов А.В.

ООО «Капитал Медицинское Страхование»

## Ключевые слова:

*обязательное медицинское страхование, страховые представители, экспертиза качества медицинской помощи, права пациентов, права пострадавших с последствиями боевой травмы, медицинская реабилитация, боевая травма, ампутация, протезирование, доступность и качество медицинской реабилитации, дефекты качества медицинской реабилитации, психологическая реабилитация, Фонд «Защитники Отечества».*

Реферат

16 июня 2023 года в рамках ПМЭФ состоялась сессия «**Комплексная ресоциализация ветеранов: мировой опыт и лучшие российские практики**», на которой реальные проблемы пострадавших осветил Антон Филимонов, участник СВО, кавалер ордена Мужества:

- 1) **слабо развита сфера протезирования**: «Сфера протезирования очень слабо развита в России, в основном используется иностранный опыт. Военнослужащий сталкивается с проблемой выбора кампании для протезирования. Это ключевой момент, потому что, если не разобраться во всех этих аспектах, это скажется на его здоровье и на дальнейшей жизни»;
- 2) **отсутствие взаимодействия врачей при операции приводит к проблемам с реабилитацией**: «В период ранения хирурги не работают с протезистами. К примеру, срез кости должен быть определенным под конкретный протез, чтобы не возникало никаких сложностей. Часто бывают случаи повторного протезирования»;
- 3) **создание консилиума хирургов и протезистов при операции**: «Необходимо создать консилиум, где протезисты могли бы работать с хирургами, чтобы не терять время при реабилитации»;
- 4) **психологам необходимо незамедлительно приступать к работе с военнослужащими, получившими серьезные ранения**: «Работа психологов должна концентрироваться на принятии того, что произошло. Если в этот момент тяжелого ранения, к примеру потери конечностей, психологи не будут работать с военнослужащими, то фаза принятия будет длиться очень долго».

## **Права пострадавших на медицинскую реабилитацию**

**1. Статья 72 Конституции РФ.** 1. В совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находятся: ж) **координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи; социальная защита, включая социальное обеспечение**».

Современность показала чрезвычайную актуальность данной новой конституционной гарантии: всеобщими усилиями федеральной и региональной власти следует воссоздать новую совершенную координацию, с одной стороны, с целью обеспечения пострадавших с последствиями боевой травмы доступной и максимально ранней системой реабилитации надлежащего объема и качества, а, с другой стороны, сформировать новый уровень их социальной защиты и обеспечения на этапах социальной адаптации и восстановления трудоспособности.

**2. Статья 40 Закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:** **«1. Медицинская реабилитация** – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, а также, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество. 2. Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов».

**3. Качество медицинской помощи в соответствии с пунктом 21 части 1 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ** включает своевременность начала реабилитации, правильность выбора методов реабилитации и степень достижения запланированного результата реабилитации.

## Права пострадавших на медицинскую реабилитацию

**4. Статья 9 Закона РФ от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»** предусмотрено: *«Реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Абилизация инвалидов - система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация и абилизация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.*

**Основные направления реабилитации и абилизации инвалидов включают в себя: медицинскую реабилитацию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение ...».**

**5. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 года № 61/106 о принятии Конвенция ООН о правах инвалидов.**

6. 5 мая 2012 года вступил в силу **Федеральный закон № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».**

Сегодня возникла необходимость включения в межведомственное взаимодействие по обеспечению прав инвалидов института страховых представителей системы ОМС с целью охраны и защиты прав пострадавших и инвалидов на полную, своевременную медицинскую реабилитацию надлежащего качества.

1. **Охрана прав пострадавших на реабилитацию в системе ОМС** – это систематическая профилактическая и дисциплинирующая медорганизации функция СМО, направленная на исключение возможности нарушения прав пострадавших и создание равных надлежащих условий соблюдения их прав.

2. Охрана права пострадавших осуществляется повседневной экспертной деятельностью СМО с целью выявления возможных нарушений их прав на доступность и надлежащее качество мер реабилитации в отношении неопределенного круга лиц пострадавших.

3. Охрана права – это и всеобъемлющее информирование пострадавших об их правах и законных интересах, которое, становясь известным медорганизациям, создает условия для самостоятельного пресечения ими возможных нарушений.

4. Охрана права на реабилитацию в системе ОМС – это важнейший системный шаг к преодолению стигматизации пострадавших, к осознанию пострадавшим своего приоритетного положения при получении медицинской помощи и реабилитации.

5. При выявлении нарушений прав пострадавших на доступность, качество и объем реабилитации охрана права переходит в свою вторую и неотъемлемую ипостась – защиту нарушенного права, представляющую собой меры по восстановлению нарушенного права.



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

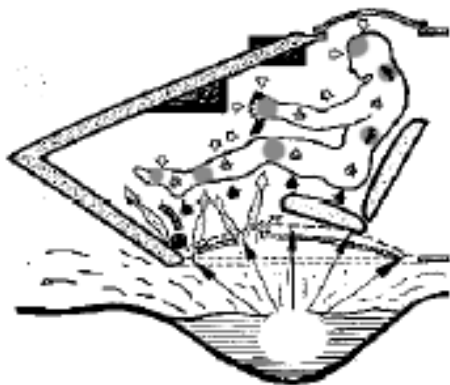
Утверждены  
начальником Главного военно-медицинского управления  
Министерства обороны Российской Федерации  
1 сентября 2022 года

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



Фигурные стрелки — действие газопылевого потока при пробитии 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/)

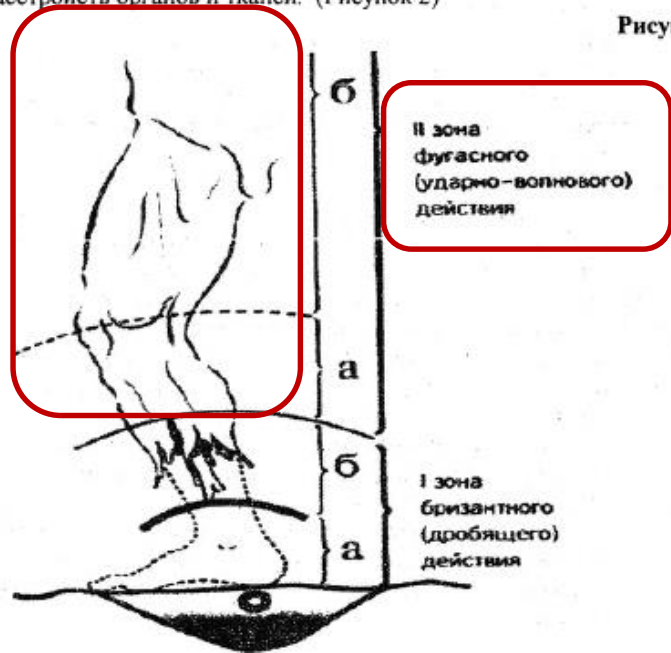
1 зона - бризантного (дробящего) действия:

- 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 МР последствий боевой травмы: нуждается 85-100%;

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

ФИСУН А.Я., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы<sup>1</sup>  
ЩЕГОЛЬКОВ А.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке<sup>2</sup>  
ЮДИН В.Е., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, доцент, полковник медицинской службы запаса (b.gospital@mail.ru)<sup>3</sup>  
ПОНОМАРЕНКО Г.Н., заслуженный деятель науки РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса<sup>4</sup>

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 72-95%!

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-

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).

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

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

Центр восстановительной терапии инвалидов и ветеранов боевых действий «Возрождение»,  
Государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, г. Воронеж

С.В. Русева, Г.Н. Пономаренко,  
И.Т. Русев, В.Б. Дергачёв

## Эффективность медицинской реабилитации раненых военнослужащих в вооружённых конфликтах

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

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.

По оценкам отечественных специалистов, в квалифицированной психологической помощи нуждается от 40 до 80 % военнослужащих, выполнявших боевые задачи по разоружению бандаформирований. По 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

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

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 имеющихся заболеваний 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\*

#### *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. Де-

сятки раз, рискуя жизнью, он вытаскивал истекающих кровью бойцов из-под обстрела. Награжден медалью “За службу на Кавказе”, приставлен к ордену Мужества. Но сам он получил ранение при других обстоятельствах: 24 сентября 2002 года, возвращаясь после выполнения задачи на автомашине медвзвода, 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, пригодились). 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.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Филиал № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» 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. Вишневского 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 РАНЕННЫХ С ОТРЫВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ  
ПРИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНИЕНИЯХ

14.01.17 – Хирургия

Диссертация  
на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:  
доктор медицинских наук, доцент  
Войновский Александр Евгеньевич

Москва – 2020

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ И.М.СЕЧЕНОВА  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

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.Черноп

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].

## 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.
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.

**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.**

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

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
 ЛИЦАМ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ  
 РАССТРОЙСТВОМ

Методические рекомендации

Санкт-Петербург  
 2022

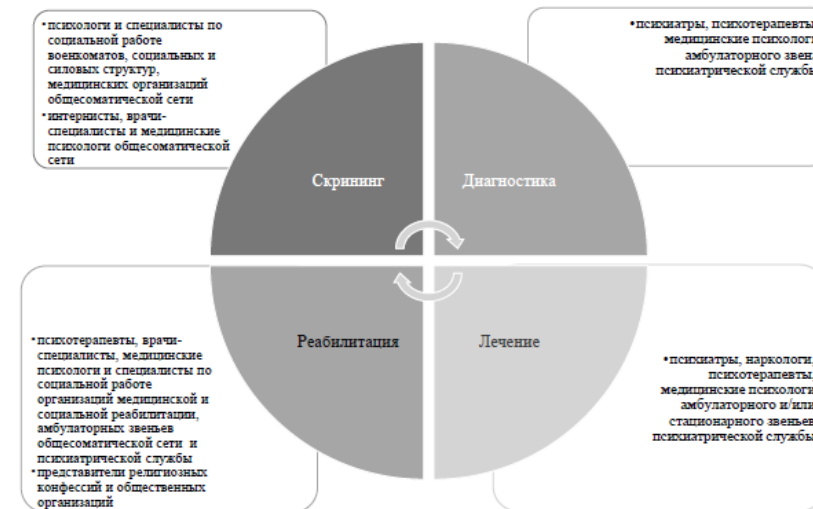


Рис. 4. Последовательность этапов оказания помощи при ПТСР и других связанных со стрессом расстройств

**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 стрессорной 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).

**Грудозатраты на проведение психотерапевтического лечения ПТСР**

Метод психотерапии	Длительность встречи	Частота	Длительность курса
<b>Индивидуальные встречи</b>			
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

<b>Групповые занятия</b>			
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

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

### МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РАНЕННЫХ И БОЛЬНЫХ

Под редакцией Ю.Н. Шанина



СПЕЦИАЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА



НАЦИОНАЛЬНОЕ  
РУКОВОДСТВО



# ФИЗИЧЕСКАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА

Под редакцией  
члена-корреспондента РАН,  
профессора Г.Н. Пономаренко

2-е издание,  
переработанное и дополненное



30 лет в России  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»



НАЦИОНАЛЬНОЕ  
РУКОВОДСТВО



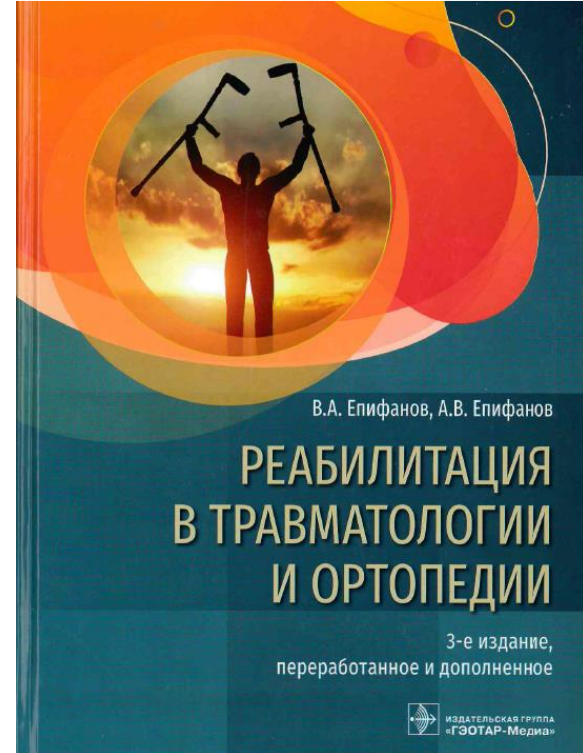
АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
НАУЧНЫЙ ЦЕНТР  
ЕВРАЗИЙСКОЙ  
ИНТЕГРАЦИИ

# ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Под редакцией  
профессора В.А. Епифанова,  
кандидата медицинских  
наук М.С. Петровой,  
профессора А.В. Епифанова



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»



Э.А.Нечаев, А.И.Грицанов,  
Н.Ф.Фомин, И.П.Миннуллин

# МИННО- ВЗРЫВНАЯ ТРАВМА

## БОЕВАЯ ТРАВМА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Под редакцией  
члена-корреспондента РАН  
Г.Н. ПОНОМАРЕНКО

ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»



## ПСИХОЛОГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

УЧЕБНИК

О. Б. Полякова, Т. И. Бонкало

### 3. Контроль медицинской реабилитации последствий боевой травмы

Министерство здравоохранения  
Свердловской области

Территориальный фонд ОМС  
Свердловской области

И.о. Министра

Директор

А.А. Карлов

В.А. Шелякин

«\_\_» ноября 2022 г.  
М.П.

«\_\_» ноября 2022 г.  
М.П.

«Союз медицинского сообщества  
«Медицинская палата Свердловской  
области»

Всероссийский союз страховщиков

Председатель

Полномочный представитель по  
медицинскому страхованию в  
Свердловской области

Д.Р. Медведевская

Г.А. Шандалов

«\_\_» ноября 2022 г.  
М.П.

«\_\_» 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**

Екатеринбург  
2022

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52877-2021  
«Услуги по медицинской реабилитации инвалидов.  
Основные положения»

(утв. приказом Росстандарта от 27.05.2021 г. N 467-ст)

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52876-2021  
«Услуги организаций реабилитации инвалидов  
вследствие боевых действий и военной травмы.  
Основные положения»

(утв. приказом Росстандарта от 27.04.2021 г. N 288-ст)

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 53871-2021  
«Методы оценки реабилитационной эффективности  
протезирования нижних конечностей»

(утв. и введен в действие приказом Росстандарта от  
27.05.2021 г. N 469-ст)

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 55138-2017  
«Реабилитация и абилитация инвалидов. Качество  
реабилитационных и абилитационных услуг. Основные  
положения»

(утв. приказом Росстандарта от 17.11.2017 г. N 1774-ст)

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 54735-2021  
«Реабилитация инвалидов. Требования к персоналу  
учреждений реабилитации и абилитации инвалидов»  
(утв. приказом Росстандарта от 27.04.2021 г. N 289-ст)

# Трудозатраты на реабилитацию последствий боевой травмы в 2-3 раза выше!

ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО

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

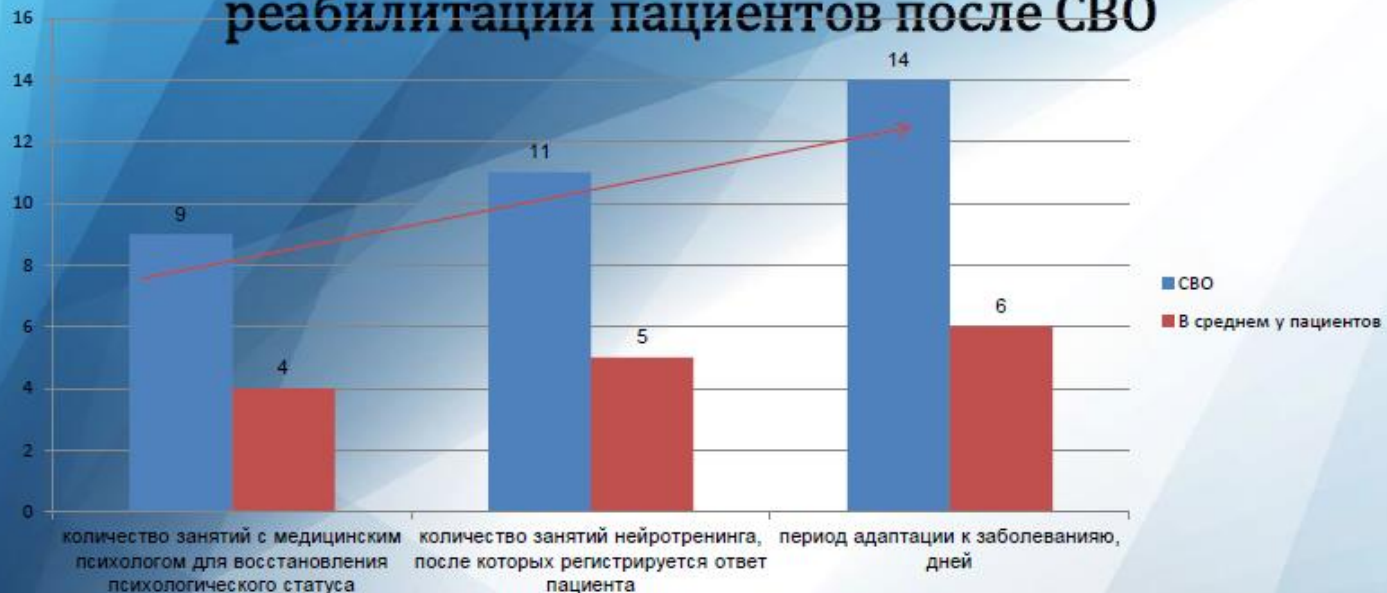


## Основные задачи реабилитации пациентов вернувшихся с территории проведения СВО в МСЧ № 9

- 1 восстановление функций утраченных
- 2 восстановление психологического статуса
- 3 развитие приспособлений к условиям повседневной жизни и труду компенсаторных к условиям
- 4 предупреждение патологических процессов развития
- 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. (2015) 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.

**1. Первоочередность.** 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.

**2. Преодоление стигмы.** 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.



**3. Принятие последствий.** 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.

**4. Реальная информация.** 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.**

## **5. Реабилитация длиною в жизнь.**

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

**6. Приверженность.** В формировании приверженности важное участие должны занимать страховые представители системы ОМС.

## **7. Диспансерное наблюдение.**

**Важный раздел работы страховых представителей 3 уровня 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.**

## 8. ЭКМП.

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 культи непосредственно влияют различные патологические состояния, связанные как с ампутацией, так и нерациональным протезированием.

**В связи с этим различают пороки и болезни культей.**

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

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

## **Письмо Федерального бюро МСЭ Минтруда РФ от 27.12.16 г. №4.1040/2016.**

**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 культы, анкилоз ближайшего к культе сустава.

**К болезням культи, препятствующим протезированию,** относятся: остеофиты в дистальном или боковом направлениях, болезненные невромы, 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.

**КОНТРОЛЬ СП-3: 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 (длительность и частота использования протеза в сутки), темп ходьбы на протезе, устойчивость на протезе); - уровень двигательной активности по системе MOBIS.

### **9. Этика и деонтология.**

**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, в медицину и нормальную жизнь.

**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.**

# ПРОЕКТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

## РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВ УЧАСТНИКОВ СВО В СФЕРЕ ОМС



Капитал МС развивает сотрудничество с региональными подразделениями Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества»

### ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ СВО



индивидуальное информационное сопровождение на всех этапах оказания медпомощи, в т.ч. по медицинской реабилитации

психологически-ориентированное информирование, в т.ч. о возможностях современной реабилитации, восстановлении или улучшении качества жизни



индивидуальное информирование, в том числе о различных видах профмероприятий, включая диспансерное наблюдение

контроль за надлежащим диспансерным наблюдением за хроническими неинфекционными заболеваниями и их осложнениями у пострадавших, возникающими в посттравматическом периоде



организацию досудебной защиты прав в сфере ОМС, включая проведение экспертизы качества оказанной медпомощи

контроль этапа подготовки к протезированию, нарушений медицинской этики и деонтологии в отношении пострадавших



консультативная помощь по вопросам ОМС круглосуточно в режиме on-line по телефонам Контакт-центра компании, при необходимости – очные консультации по месту нахождения граждан

первоочередность рассмотрения обращений ветеранов и пострадавших с последствиями боевой травмы, в т.ч. при проблемах со сроками начала, объемом и качеством реабилитационных мероприятий



оформление и выдача выписок о полисах ОМС из единого регистра

актуализация персональных данных в едином регистре застрахованных по ОМС лиц

## 5. Разработаны принципы экспертизы качества реабилитационной помощи

1. 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.**
2. Дефекты качества реабилитационной помощи - **отказ от выполнения требований Порядка организации медицинской реабилитации взрослых**, утв. приказом МЗ РФ от 31.07.20 г. № 788н.
3. 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 реабилитации инвалидов, 2017).
4. Дефекты оказания медицинской помощи **при подготовке к протезированию, дефекты ведения болезней и пороков культуры.**
5. Дефекты реабилитационной помощи **при наличии сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, системы дыхания и ЖДТ, отягчающих процесс подготовки к протезированию, а также период после протезирования.**



Национальное Агентство по безопасности пациентов  
и независимой медицинской экспертизе

А.А. Старченко, А.В. Устюгов, О.В. Салдуева,  
С.А. Перегудин, М.Д. Гуженко

**РЕАБИЛИТАЦИЯ –  
КОНСТИТУЦИОННАЯ ГАРАНТИЯ  
ГОСУДАРСТВА И ЗАКОННОЕ ПРАВО  
ПОСТРАДАВШИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ  
БОЕВОЙ ТРАВМЫ:  
ПОСОБИЕ ДЛЯ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ  
И ЭКСПЕРТОВ КАЧЕСТВА  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СИСТЕМЫ ОМС**

Москва  
2023





**КАПИТАЛ**  
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ



**Спасибо за внимание!**

