

грамм по борьбе с онкологическими заболеваниями; обсудили конкретные меры, направленные на снижение смертности от злокачественных новообразований, сокращение сроков диагностики и раннее выявление основных видов злокачественных новообразований, совершенствование противоопухолевой лекарственной терапии за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС), а также проведение информационной работы с целью повышения онконастороженности врачей первичного звена здравоохранения. Об опыте своей работы рассказали руководители онкологических служб Новосибирской области, Алтайского и Красноярского краев.

Бадма Башанкаев в числе главных результатов реализации федерального проекта «БОЗ» назвал сокращение летальности в течение первого года после постановки онкологического диагноза. Он отметил, что в России наблюдается серьезный прогресс в лечении онкологических заболеваний, в том числе благодаря своевременной диагностике и лечению с применением новейших препаратов.

Тигран Геворкян, заместитель директора ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России по реализации федеральных проектов, добавил, что в Кемеровской области на высоком уровне ведется работа по раннему выявлению онкологических заболеваний, сокращению смертности пациентов. Так, в регионе в трех случаях из пяти болезнь выявляется на ранней стадии, что повышает шансы пациента на полное выздоровление.

Вадим Захаров, главный областной специалист онколог Кемеровской области, главный врач ГБУЗ «Кузбасский клинический онкологический диспансер им. М.С. Раппопорта», рассказал, как реализуется региональная программа «БОЗ» на территории Кузбасса. За последние пять лет на реализацию региональной онкологической программы направлено 27,7 млрд рублей из федерального, областного бюджетов и ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса. За это время для медицинских организаций приобретено 254 единицы современного оборудования для диа-

гностики и лечения онкологических заболеваний, включая аппараты магнитно-резонансной томографии, мультиспиральной компьютерной томографии, линейные ускорители для лучевой терапии, рентгенологические и маммографические аппараты.

В регионе открыто десять центров амбулаторной онкологической помощи (далее – ЦАОП): по два – в Кемерове и Новокузнецке, по одному – в Анжеро-Судженске, Прокопьевске, Юрге, Ленинске-Кузнецком, Междуреченске и Мариинске. В ЦАОП можно пройти как первичную диагностику, так и продолжить наблюдение и лечение после получения специализированной медицинской помощи в условиях стационара.

Игорь Пачгин, директор ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса, отметил, что объемы оказания онкологической помощи с каждым годом увеличиваются. Если в 2021 году за счет средств ОМС было оплачено 19,9 тыс. случаев оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре, то в 2023 году – уже 26,1 тыс. госпитализаций. Аналогичная картина наблюдается и по случаям лечения в условиях дневного стационара: объемы увеличились с 21,6 до 30,9 тыс. случаев.

За последние три года возросло среднее число схем противоопухолевой лекарственной терапии на одного пациента: с 3,95 до 5,7 схемы в год при лечении в круглосуточном стационаре и с 5,1 до 5,45 схемы в год при лечении в дневном стационаре.

Такая динамика свидетельствует о повышении качества и доступности медицинской помощи для пациентов со злокачественными новообразованиями, об использовании новейших технологий и применении современных методов лечения.

В 2024 году общий объем финансирования кузбасской онкологической программы составит 5,5 млрд рублей, из них 5,02 млрд рублей – это средства системы ОМС.

(Фото предоставлено пресс-службой Администрации Правительства Кузбасса)

ДОСТИЖЕНИЯ НАУКИ И ПРАКТИКИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ – НА СЛУЖБУ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ТРАВМЫ

Постановлением Правительства России от 28.12.2023 № 2353 утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, которая предусматривает выделение в течение трех лет 70 млрд рублей на мероприятия комплексной реабилитации пострадавших в ходе проведения специальной военной операции. Совершенно очевидно, что ассигнованные Правительством РФ значительные материальные средства должны обеспечить самый современный научно обоснованный и высокоэффективный уровень медицинской реабилитации на основе инновационных и цифровых технологий.

Страховые представители 3-го уровня системы обязательного медицинского страхования (ОМС) приняли участие в работе XXI Международного конгресса «Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2023», состоявшемся в Москве. В рамках конгресса значительное место для страховых представителей системы ОМС занял симпозиум «Современная концепция комплексной реабилитации лиц с боевой травмой».

В докладе главного специалиста Минобороны России по санаторно-курортному лечению д.м.н. **Д.В. Ковлена** «Трансформация подходов к комплексной реабилитации лиц с боевой травмой» приведены особенности современной боевой травмы: – средний возраст пострадавших 31 год; – преимущественно минно-взрывной характер ранений – 70% пострадавших; – сочетанный и множественный характер повреждений; – повреждение нервов и сосудов на значительном удалении от зоны повреждения; – комбинации нескольких нарушенных функций, требующих различных методов реабилитации (например, нарушение зрения и ходьбы одновременно); – большой объем хирургических вмешательств и необходимость выполнения до 4 вмешательств последовательно; – более частое формирование пороков и болезней культуры. Докладчик представил патофизиологические особен-

ности длительного постельного режима и иммобилизации пострадавших, определяющие необходимость реабилитационных мер: – мышца теряет 10–15% силы в неделю (до 50% за 3–5 недель); – уже через 8 часов отмечаются укорочение конечностей и развиваются контрактуры суставов; – резорбция костной ткани составляет 1% в неделю.

Специалист Минобороны России привел данные статистики: – парные ампутации встречаются в 9% наблюдений; множественные ампутации – до 1%; изолированные ампутации – 90%: бедро – 21%; голень – 38%; стопа – 7%; плечо – 12%; предплечье – 11%; кисть – 1%.

Представленный доктором Д.В. Ковленом к реабилитации в широкой практике протокол ранней мобилизации в рамках реабилитации предусматривает следующее:

- лежачий пациент с нарушением сознания: постуральные техники, вертикализация, пассивная кинезиотерапия, электростимуляция;
- лежачий пациент без выраженного нарушения уровня сознания: постуральные техники, вертикализация, пассивная и ассистивная кинезиотерапия, электростимуляция, транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС), респираторная поддержка;

- пациент без нарушения сознания, способный самостоятельно сидеть: ассистивная, активная кинезиотерапия, циклический велотренинг, электростимуляция, ТМС;
- пациент без нарушения сознания, способный самостоятельно пересест в кресло, стоять, шагать: активная кинезиотерапия, электростимуляция, ТМС, циклический велотренинг.

В докладе приводятся практические алгоритмы профилактики осложнений ранней реабилитации и их эффективность в снижении риска осложнений:

1. Профилактика пролежней: постуральные техники, смена положения каждые 2 часа, ежедневная обработка, средневолновое ультрафиолетовое облучение, лазеротерапия – снижение риска осложнения в 3,8 раза.
2. Профилактика мышечной атрофии: аэробные циклические нагрузки, роботизированная механокинезиотерапия в пассивном и ассистивном режимах – снижение риска осложнения в 4,3 раза.
3. Профилактика ортостатических реакций: вертикализация, постуральные техники – снижение риска осложнения в 2,1 раза.
4. Профилактика контрактур: пассивные упражнения, роботизированная механокинезиотерапия, массаж – снижение риска осложнения в 3,4 раза.
5. Профилактика тромбозов: эластический трикотаж, периодическая пневмокомпрессия, пассивные упражнения для нижних конечностей – снижение риска осложнения в 1,7 раза.
6. Коррекция спастичности: ботулинотерапия, массаж, позиционирование, низкочастотная электротерапия – снижение риска осложнения в 1,4 раза.
7. Профилактика инфекций: высокочастотная осцилляция грудной клетки, ингаляционная терапия, дыхательные тренажеры, периодическая катетеризация – снижение риска осложнения в 2,3 раза.

Автором также представлен этапный протокол обучения ходьбе на протезе (применение протокола позволило сократить время обучения ходьбе: при средней степени двигательной активности – с 14 до 11 дней; при низкой – с 28 до 23 дней):

1. Освоение элементов шага.
2. Ходьба с опорой на брусья.
3. Ходьба с опорой на костыли или трости.
4. Ходьба по специальной лестнице с перилами.
5. Имитация входа и выхода из транспорта.

Докладчик указал на необходимость внедрения в широкую практику всех научно обоснованных элементов комплексной реабилитации:

1. Медицинская реабилитация.
2. Протезирование и ортезирование.
3. Обеспечение и обучение пользованию техническими средствами реабилитации.
4. Лекарственное обеспечение.
5. Медико-психологическое сопровождение, в том числе сопровождаемая ресоциализация (при необходимости).
6. Диспансерное наблюдение.
7. Профессиональная ориентация, обучение профессии.
8. Трудоустройство, в том числе на военной службе при желании ее продолжить.
9. Занятия спортом и адаптивная физическая культура.
10. Досуговые мероприятия.
11. Все виды освидетельствования (ВВК, МСЭ и др.).
12. Социальные выплаты.
13. Обеспечение жильем.
14. Меры социальной поддержки и реабилитации семей.

В заключение главный специалист Минобороны России обосновал главные направления развития межведомственного взаимодействия для реализации элементов комплексной реабилитации:

1. Создание единой этапной, интегрированной, бесшовной системы комплексной реабилитации.

2. Подготовка протоколов оперативного перевода гражданских медицинских организаций (МО) на прием раненых по единым стандартам при строгом соблюдении требований по защите персональных данных в условиях увеличения пациентопотока и массового поступления.
3. Резервирование сил и средств, определение МО, которые должны быть задействованы сейчас и при увеличении пациентопотока, в том числе для реализации медицинской реабилитации.
4. Отработка маршрутизации пациентов.
5. Доработка нормативно-правовой базы по комплексной реабилитации.
6. Разработка единых стандартов лечения, реабилитации и освидетельствования раненых в военно-медицинских организациях и гражданских МО.
7. Широкое обучение специалистов Минобороны России и гражданской системы здравоохранения принципам сортировки, лечения, реабилитации раненых с боевой травмой.
8. Отработка взаимодействия с другими ведомствами (Минтруда России, в т.ч. бюро medico-социальной экспертизы) и организациями.
9. Создание в субъектах РФ центров диспансерного наблюдения ветеранов на базе госпиталей ветеранов войн с разработкой расширенных программ диспансерного наблюдения, включая периодическое психологическое тестирование.

Главный специалист Минобороны России по медицинской реабилитации профессор ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого» Минобороны России **В.Е. Юдин** представил доклад на тему «Организация протезирования и комплексной реабилитации военнослужащих с травматическими дефектами конечностей» и сообщил, что эффективность протезирования зависит не только от точности выбора необходимой конструкции протеза и качества его изготовления, но и в значительной мере от уровня подготовки па-

циента к протезированию. Процесс реабилитации и подготовки к протезированию начинается с первых дней после ампутации. Своевременное начало процедур по снятию отека, профилактике и лечению контрактур, нормализации состояния кожных покровов культы, тренировке мышц и подготовке мышечного каркаса, а также повышение общей выносливости помогают сократить сроки послеоперационного восстановления и ускорить протезирование. Главный реабилитолог Минобороны России представил этапы протезирования пострадавших.

Первый этап – это подготовка к протезированию, которая включает: 1) клиническую оценку состояния пациента (клинические антропометрические исследования, определение объема движения в сохранившихся суставах и позвоночнике, исследование тонуса мышц и мышечной силы, координации движений, психологического состояния и др.); 2) оценку состояния культы (рентгенография, денситометрия, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и другие методы обследования по показаниям); 3) хирургические методы (ремодулирование культы, устранение пороков и болезней культы); 4) консервативные (формирование культы с применением силиконового лайнера с текстильным покрытием, изометрические, изотонические и изокинетические тренировки, физиотерапия, рефлексотерапия и др.). Хирургическое лечение пороков и болезней культей путем выполнения реконструктивно-восстановительных операций проводится у 33,5% пациентов.

Второй этап – обеспечение современными протезами. Для протезирования военнослужащих используются: модульные протезы нижних конечностей с гидравлической системой управления сгибания, а также протезы с микропроцессорным управлением при наличии клинических проявлений поражений центральной и периферической нервной системы с нарушением координации движений; протезы верхних конечностей с микропроцессорным управлением.

Третий этап – обучение пользованию протезом, восстановление двигательных навыков, стереотипа движения и ходьбы. Проводится на базе протезно-ор-

топедических, предприятий и военно-медицинских организаций.

Четвертый этап – проведение тренировок по использованию протеза (акцент на соблюдении принципа максимальной самостоятельности в обслуживании с постоянным увеличением перечня выполняемых двигательных навыков и нагрузок), тренировка выносливости и адаптация к новым условиям статики и биомеханики ходьбы.

Автор указал, что на протяжении всех этапов протезирования должна проводиться медицинская и медико-психологическая реабилитация пострадавших с последствиями боевой травмы.

Страховые представители 3-го уровня системы ОМС также приняли участие в VI Национальном конгрессе «Реабилитация – XXI век: традиции и инновации», состоявшемся в Санкт-Петербурге.

В рамках Конгресса значительное место для страховых представителей системы ОМС заняла панель «Боевая травма: медико-социальная реабилитация». Профессор кафедры военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова **И.М. Самохвалов** представил характеристики современной боевой хирургической патологии: – множественность поражений органов и систем (36% пострадавших), сочетанность поражений конечностей (41% пострадавших); – высокая частота взрывных поражений (46% пострадавших) и осколочных ранений (25%); – повреждения конечностей в качестве ведущей патологии отмечаются у 55% раненых; – у большинства раненых с тяжелыми полостными ранениями также имеются повреждения конечностей.

В докладе директора ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, профессора **Г.Н. Пономаренко** «Боевая травма: медико-социальная реабилитация на санаторно-курортном этапе» указывалось на основные клинические профили пострадавших:

- ампутации и травмы конечностей;
- ранения головы с поражением головного мозга;
- позвоночно-спинномозговая травма;
- поражения периферических нервов;
- ожоги, отморожения;
- акубаротравма;

- травмы органа зрения;
- посттравматические стрессорные расстройства.

Докладчик выделил наиболее частые нарушения функций: двигательные нарушения; нарушение ходьбы, баланса, равновесия; боль; нарушения чувствительности, глотания, речи, функций тазовых органов; когнитивные, коммуникативные нарушения; нарушения бытовых навыков и самообслуживания, слуха, зрения.

К особенностям современной боевой травмы, влияющим на эффективность реабилитации, отнесены:

- высокая частота минно-взрывных ранений – 70%;
- сочетанный и множественный характер повреждений;
- дистантное повреждение нервов и сосудов;
- комбинации нескольких нарушенных функций (нарушение зрения и ходьбы одновременно);
- большой объем хирургического вмешательства;
- локализация боевых ранений: голова – 11–17%; грудь – живот – 34–41%; конечности – 64–71%.

К ведущим клиническим синдромам у пациентов с боевой травмой автором отнесены: болевой синдром; трофические и метаболические нарушения; локомоторная дисфункция; миотонический и миопатический, воспалительный (отечный) синдром, метаболические нарушения; депрессивный синдром.

При вышеуказанных синдромах, по мнению специалиста Минтруда России, должны применяться физические методы лечения:

- 1) анальгетические: периферическая импульсная терапия, высокоинтенсивная лазеротерапия;
- 2) трофостимулирующие: лечебный массаж, лазеротерапия, электростимуляция;
- 3) локомоторнокорректирующие: локомоторнокорректирующие тренировки;
- 4) фиброкорректирующие: ультразвуковая терапия, электрофорез, ультрафонофорез, кинезиотерапия;
- 5) психокорректирующие: центральная импульсная электротерапия.

Докладчик привел данные, полученные совместно с аспирантом реабилитологом Е.О. Свиридовой (2022), о более высокой эффективности персонализированных программ реабилитации, которая составляет 88%, тогда как эффективность стандартизированных программ без учета индивидуальных особенностей пациента – ниже и составляет не более 76%.

Профессор Г.Н. Пономаренко сообщил со ссылкой на Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России (2022) о потребности инвалидов боевой военной травмы в протезировании, по данным анализа статистики СВО: инвалиды I группы – 50%; II группы – 97,8%; III группы – 94,6%.

Докладчик отметил рост частоты болезней и пороков культы конечности вследствие минно-взрывной травмы: если в период ВОВ она составляла 39%, то в период ведения боевых действий в Афганистане уже 43%, в конфликтах 2000-х годов частота пороков и болезней культей конечностей уже достигает 70%, что требует увеличения необходимых объемов реабилитации.

Специалист Минтруда России указал на необходимость внедрения новых цифровых технологий как в индустрию протезирования, так и в медицинскую реабилитацию. Так, традиционная технология изготовления приемных гильз протезов реализуется в течение 5–14 суток: 1) снятие гипсового слепка; 2) получение и доработка позитива индивидуально-го модуля; 3) изготовление индивидуального модуля; 4) сборка и настройка (подгонка) протеза. Тогда как цифровая дистанционная технология протезирования – всего за 3–6 часов: 1) 3D-сканирование пациента; 2) компьютерное моделирование; 3) 3D-печать индивидуального модуля протеза (ИМП); 4) инвалид в протезе бедра с 3D-печатным ИМП.

Автор к проблемам комплексной реабилитации лиц с боевой травмой относит:

- отсутствие стандартов оказания услуг и оценки их эффективности (кроме услуг по медицинской реабилитации);
- не развита и недостаточно эффективно используется реабилитационная инфраструктура;

- отсутствие центров комплексной реабилитации;
- отсутствие нормативного правового закрепления вопросов сопровождения и трудовой занятости;
- отсутствие эффективного взаимодействия между ведомствами и организациями при предоставлении реабилитационных услуг.

В докладе профессора ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России **О.В. Юровой** «Медицинская реабилитация пациентов, пострадавших в результате боевых действий: научные основы и практические решения» указано, что совершенствование военных технологий и оружия ведет к увеличению количества ампутаций конечностей и связанных с ней показателей смертности и инвалидизации, в первую очередь молодого работоспособного мужского населения. Автор полагает, что ключевым звеном последующей после травмы медико-социальной реабилитации является протезирование утраченной конечности с использованием лечебно-тренировочного или первично-постоянного протеза с последующим переходом к постоянному протезированию.

Основой для успешной адаптации к новым условиям функционирования ампутированной конечности, по предложению автора, является получение навыков ходьбы и необходимость в формировании совершенно нового моторного паттерна ходьбы в изменившихся условиях нагрузки на опорно-двигательный аппарат и организм в целом. Ампутационные дефекты – причина формирования целого ряда взаимосвязанных патологических изменений в организме:

- со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, испытывающих максимальную нагрузку при восстановлении функции ходьбы: инфаркта миокарда – 30–40%, инсульта – 4%;
- хронического болевого синдрома в области культы, болей в поясничной области спины;
- развития контрактуры ампутированной конечности.

Автором представлены основные направления программ реабилитации после протезирования: увеличение уровня физической активности, оптимизация физиологических возможностей организма; повышение функциональных результатов пользования протезом, увеличение уровня мобильности; снижение уровня психологических ограничений; улучшение качества жизни пациентов с протезами конечностей; сокращение сроков медицинской реабилитации; снижение риска развития постампутационных осложнений и повторных операций.

К задачам медицинской реабилитации пациентов с протезированием конечностей НМИЦ реабилитации и курортологии относится:

1. Снижение интенсивности болевого синдрома фантомные боли.
2. Коррекция двигательных нарушений с предварительной оценкой на тренажере, амплитудных и силовых возможностей нижних конечностей пациента.
3. Повышение выносливости, развитие гибкости, силовой дифференциации.
4. Тренировка координации и баланса, функции равновесия, силы и скорости передвижения.
5. Повышение компенсаторных возможностей организма.
6. Профилактика развития различных проявлений заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем (улучшение гемодинамических показателей и реологии крови, микроциркуляции, снижение выраженности отека в культе).
7. Улучшение трофики и обменных процессов в тканях, улучшение регенеративных процессов.
8. Профилактика и лечение контрактур.
9. Нормализация когнитивных функций головного мозга.
10. Улучшение психоэмоционального состояния НМИЦ реабилитации и курортологии разработаны и представлены методы реабилитации пациентов после протезирования конечностей:
 1. Занятия на роботизированном биомеханической диагностическом комплексе с биологической обратной связью (БОС).
 2. Занятия на интерактивном тренажере с нестабильной платформой с БОС.
 3. Тренировки на велоэргометре.
 4. VR-технологии – визуальные технологии с виртуальной и дополненной реальностью.
 5. Гидрокинезиотерапия.
 6. Лазерная терапия.
 7. Электро- и магнитостимуляция.
 8. Массаж спины, здоровой и усеченной нижней конечности.
 9. Сухие углекислые ванны.
 10. Теплолечение (парафин, озокерит, парафанго).
 11. Методы психологической коррекции.
 12. Тренировки на многофункциональной системе с БОС – на сенсорной беговой дорожке.

Обзорный материал представлен советником генерального директора ООО «Капитал Медицинское Страхование» профессором Алексеем Старченко.