

УДК 614.2

РЕАБИЛИТАЦИЯ – КОНСТИТУЦИОННАЯ ГАРАНТИЯ ГОСУДАРСТВА И ЗАКОННОЕ ПРАВО ПОСТРАДАВШИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ТРАВМЫ: ЧАСТЬ 2 – МЕТОДЫ И ЭКСПЕРТНЫЙ КОНТРОЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ В СИСТЕМЕ ОМС

А.А. Старченко, А.В. Устюгов



ООО «Капитал МС»

Реферат

Медицинская реабилитация пострадавших с последствиями боевой травмы, как конституционная гарантия государства, остро подчеркнута Президентом России Владимиром Путиным.

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

Владимир Путин, Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации.

Москва, Гостинный Двор, 21 февраля 2023 год.

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

Указом Президента РФ от 3 апреля 2023 г. № 232 создан Государственный фонд поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества». Распоряжением Правительства РФ от 6 мая 2023 г. № 1168-р «Об утверждении устава Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» учрежден устав фонда. Основными целями деятельности фонда объявлены:

а) организация и оказание поддержки и помощи: – ветеранам боевых действий, принимавшим участие (содействовавшим выполнению задач) в специальной военной операции; – членам семей лиц, умерших вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных ими при выполнении задач в ходе специальной военной операции (боевых действий);

б) обеспечение комплексного сопровождения лиц, а также обеспечение социальной адаптации, интеграции и ресоциализации, обучения (переобучения, повышения квалификации), содействие в трудоустройстве;

в) оказание психолого-психотерапевтической помощи, бесплатной юридической помощи по вопросам оформления и предоставления мер социальной поддержки, а также содействие в получении установленных законодательством Российской Федерации мер социальной поддержки;

г) реализация дополнительных финансовых механизмов обеспечения лиц лекарственными препаратами и медицинскими изделиями и техническими средствами реабилитации;

д) содействие в получении услуг по медицинской реабилитации, паллиативной медицинской помощи, санаторно-курортного лечения, надомного (долговременного) ухода.

Весь указанный комплекс целей и задач, поставленных Президентом России и Правительством РФ, целесообразно достигать и разрешать с помощью страховых представителей страховых медицинских организаций системы обязательного медицинского страхования (ОМС), которые призваны быть непосредственными исполнителями государственного конституционно гарантированного обязательства предоставления медицинской реабилитации пострадавшим с боевой и стрессовой травмой в полном объеме и своевременно.

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

В формировании таковой приверженности медицинской реабилитации важное участие должны занимать страховые представители системы ОМС. Страховые представители всех уровней должны быть ориентированы на первоочередность рассмотрения обращений и жалоб ветеранов и пострадавших с последствиями боевой травмы, в том числе при возникновении проблем со сроками начала, объемами и качеством реабилитационных мероприятий. Страховые представители, понимая психологическую сущность явления стигматизации, особенно у пострадавших с дефектами опорно-двигательного аппарата, челюстно-лицевой области, черепа, головного и спинного мозга, должны строить свою работу максимально деликатно, но в то же время достаточно активно, чтобы способствовать созданию у пострадавшего доверия к системе ОМС и мотивации приверженности к реабилитации и социализации.

Особое место в работе страховых представителей 3-го 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 своевременностью и качеством оказания медпомощи по поводу повторных ампутаций, пороков и болезней культей ампутированных конечностей.

После ампутации части конечности формируется новый орган опоры и передвижения – усеченная конечность с основными функциями: опороспособность, подвижность в суставах при управлении протезом. На опороспособность культы непосредственно влияют различные патологические состояния, связанные как с ампутацией, так и нерациональным протезированием.

Сотрудники Федерального научного центра реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта В.Г. Суляев и Л.М. Смирнова (2018 г.) указывают, что ведущий принцип протезирования, являющийся залогом успешной комплексной реабилитации больных, – проведение первичного лечебно-тренировочного протезирования в ранние сроки после ампутации (2–3 месяца).

Данные технологии раннего протезирования разработаны в Федеральном научном центре реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта и внедрены в Кемеровской области – Кузбассе: в Новокузнецком научно-практическом центре медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, Новокузнецком протезно-ортопедическом предприятии (в 2010, 2016 гг.), а позже – на протезно-ортопедических предприятиях в таких городах, как: Уфа (2012 г.), Улан-Удэ (2012, 2015 гг.), Санкт-Петербург (2013 г.), Самара (2016 г.), Брянск (2017 г.), Нижний Новгород (2017 г.), Орел (2017 г.), Иваново (2017 г.), Москва – в НПФ «Орто-Космос» (2017 г.), Киров (2003 г.), Петропавловск-Камчатский (2017 г.), Орел, Пермь и др.

Авторы указали на важные преимущества раннего первичного протезирования через 1–3 месяца после ампутации по сравнению с первичным протезированием в сроки 6–12 месяцев и более после ампутации:

- 1) облегчение болевого (фантомно-болевого) синдрома;
- 2) устранение, предупреждение венозного застоя, уменьшение отека послеоперационной раны;
- 3) стимуляция, улучшение кровообращения усеченной конечности;

- 4) стимуляция регенерации тканей культи, послеоперационного рубца;
- 5) предупреждение формирования стойких контрактур суставов;
- 6) улучшение тонуса мускулатуры культи, снижение вероятности атрофии мышц;
- 7) стимуляция заживления раны костной культи, предупреждение остеопороза;
- 8) снижение вероятности роста остеофицитов, формирования болезненных невриноом;
- 9) раннее восстановление способности к передвижению;
- 10) раннее восстановление способности к самообслуживанию;
- 11) улучшение психосоматического состояния;
- 12) предупреждение острых пограничных состояний (неврозов и др.), психологической дезадаптации;
- 13) раннее формирование положительной мотивации к реабилитационным мероприятиям.

Тогда как первичное в сроки 6–12 месяцев и более после ампутации протезирование отличается: замедлением нормализации кровообращения в усеченной конечности; замедлением заживления раны; повышенной вероятностью контрактур суставов; снижением тонуса мышц; замедлением формирования замыкательной пластинки на опиле, развитием остеопороза; повышением риска роста остеофицитов и формирования болезненных невриноом; вероятностью возникновения реактивных состояний и острых стойких к лечению пограничных состояний; отсутствием или замедлением мотивации пациента к реабилитационным мероприятиям.

Н.О. Коробенков и соавт. (2019 г.) сообщают, что основным принципом работы современных бионических протезов является использование электромиографии, которая позволяет определить пригодность культи к протезированию бионическим протезом; выявить уровни и места крепления накожных датчиков, настроить их конфигурацию и внести в программу определенные коррективы, позволяющие пациенту использовать бионический протез или же прибегнуть к другому методу протезирования, проведение первичной подготовки культи к протезированию с помощью бионического протеза. При бионическом протезировании конечности пациент полностью восполняет функционал утраченной конечности. В 2015 г. в России была открыта компания «Моторика», производящая разработку тяговых протезов, в 2017 г. компания представила первый российский бионический протез.

Г.А. Солодимовой и соавт. (2019 г.) предложена структура роботизированного комплекса, позволяющего повысить эффективность корректировки параметров протеза за счет организации биологической обратной связи с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Использование предложенной конструкции роботизированного комплекса позволит снизить механические нагрузки в процессе доводочных операций при создании протеза нижних конечностей.

Система работает следующим образом: пациента помещают на беговую дорожку роботизированного комплекса и на нем закрепляют датчики, электроды и исполнительные устройства; оператор включает беговую дорожку; контроллер комплекса подает силовое воздействие, и пациент начинает движение; система измеряет суставные углы, с электродов снимаются биопотенциалы мышечной активности; сигналы электромиограммы поступают в узел измерения ее параметров; отфильтрованный сигнал поступает в интегральную систему сбора данных для дальнейшей обработки; в интегральную систему сбора данных поступают данные с узлов измерения углов и силы реакции; интегральная система сбора данных обрабатывает полученные сигналы и подает сигнал на контроллер приводов, управляющий исполнительными механизмами.

Реализованная в роботизированном комплексе обратная связь позволяет системе управления эффективнее осуществлять реабилитацию, подбирая и заменяя соответствующие приводы для поддержания голеностопных, коленных и тазобедренных суставов пациента, нуждающегося в помощи.

Внедрение предложенного комплекса в реабилитационную практику позволит освободить ампутантов от ношения тяжелых блоков типа аккумуляторных батарей и блоков обработки сигналов, что, в свою очередь, делает его походку приближенной к естественной.

А.И. Горбатенкова и **В.И. Бондаренко** (2022 г.) сообщают о разделении бионических протезов на два типа:

- 1) **односхватовый** – протез с одним видом схвата, оснащен одним-единственным мотором, который в своей работе обеспечивает односложное смыкание-размыкание пальцев кисти руки при поступлении сигнала от процессора;
- 2) **многосхватовый** – биоэлектрический протез с несколькими видами схвата, имеет по двигателю для каждого пальца руки. Это позволяет

ему выполнять множество различных схватов (жестов) и видов смыкания-размыкания кисти. Количество жестов и их разновидность программируются в процессор протеза и зависят лишь от индивидуальных предпочтений конкретного пользователя.

Для работы бионического протеза требуется каким-либо путем получать показания о мышечной активности человека и обрабатывать их.

Разрабатываемый авторами бионический протез обладает следующими преимуществами по сравнению с аналогами:

- обеспечение управления двигательными функциями протеза без необходимости проведения подготовительных хирургических операции;
- предложенная реализация человеко-машинного интерфейса позволит тактильно определить силу воздействия протеза на предмет (предмета на протез) для каждого пальца протеза;
- использование аддитивных технологий при реализации механической части протеза позволит подойти индивидуально к каждому клиенту.

Основным направлением совершенствования протеза является создание более чуткого интерфейса, позволяющего управлять движением каждого пальца протеза в отдельности.

Ю.О. Уразбахтина и соавт. (2022 г.) приводят сравнительные характеристики параметров бионических протезов рук иностранного производства со сроком изготовления один месяц:

- 1) **BeBionic** (производитель: компания SRLSteeper, графство Кент, Великобритания). Благодаря отдельным электродвигателям для каждого пальца руки, протез позволяет выполнять скоординированные движения, максимально приближенные к естественным движениям обычной человеческой руки. Минимальная стоимость в России – 2 250 150 руб.;
- 2) **i-Limb** (производитель: компания Touch Bionics, г. Эдинбург, Шотландия). Искусственной рукой i-Limb UltraRevolution можно управлять при помощи мышц предплечья, а также через беспроводной интерфейс Bluetooth смартфона, на котором установлено необходимое программное обеспечение. Минимальная стоимость в России – 4 500 300 руб.;
- 3) **Michelangelo** (производитель: компания Ottobock, г. Дудерштадт, Германия). Протез имеет небольшой вес и натуральный внешний

вид. Благодаря четырем подвижным пальцам и большому пальцу, который двигается отдельно от них, кисть Michelangelo обеспечивает инновационную систему захвата. Минимальная стоимость в России – 1 500 100 руб.

В настоящее время в России имеется целый ряд предприятий, специализирующихся на изготовлении, расчете и подгонке современной протезно-ортопедической продукции, в частности: ООО «РИН» («Реабилитация инвалидов»), ООО «ПРИЗ» («Производство реабилитационных изделий»), центры «Здоровье», «Огонек», Реутовский экспериментальный завод средств протезирования и др., в распоряжении которых имеются необходимые клинические базы и самое современное оборудование.

Кроме того, на предприятиях, занимающихся производством изделий на заказ по индивидуальным заказам покупателя, созданы комнаты для снятия слепков, ламинации и примерки изделий, а также для обучения пользования протезами. Налажен в России и серийный выпуск протезно-ортопедической продукции на базе импортных аналогов. Все изделия изготавливаются из материалов, имеющих гигиенические сертификаты и допущенных к использованию в различных протезно-ортопедических конструкциях на территории России (www.rusmedserv.com/prostheticsextremities/).

После установки протеза следующим этапом реабилитации является обучение ходьбе.

С.Ф. Курдыбайло и **К.К. Щербина** (2006 г.) выделяют следующие этапы обучения ходьбе:

Первый этап: адаптация тканей культи к приемной гильзе в положении «стоя», обучение стоянию с равномерным распределением массы тела на обе конечности, обучение переносу массы тела с одной конечности на другую, выработка устойчивости на протезированной конечности, тренировка мышц таза и культи в статике, устранение контрактур и тугоподвижности в тазобедренном суставе.

Для решения задач первого этапа применяются следующие упражнения:

- 1) стояние с равномерной опорой на обе нижние конечности;
- 2) перенос массы тела с одной конечности на другую, постепенно увеличивая расстояние между стопами;
- 3) перенос массы тела с одной конечности на другую с одновременным отведением неопорной конечности;
- 4) ходьба вправо и влево приставными шагами с постепенно увеличивающейся шириной шага;

- 5) повороты, наклоны туловища с одновременным переносом веса тела соответственно повороту;
- 6) стояние на протезированной конечности, сгибание сохраненной конечности в коленном и тазобедренном суставах;
- 7) маховые движения сохранившейся конечностью вперед, назад;
- 8) поднимание половины таза на стороне сохранившейся конечности, удерживая равновесие на протезированной конечности;
- 9) броски и ловля мячей различного веса в положении «стоя» (внимание акцентируется на разгибании культи);
- 10) статическое напряжение разгибателей культи и ягодичных мышц (3–8 сек), выполняется стоя спиной к стенке, пятка искусственной стопы прижата к стенке;
- 11) упражнения на преодоление веса протеза (удерживать протезированную конечность максимально разогнутой 2–3 сек);
- 12) мах протезированной конечностью с целью выработки точных движений;
- 13) упражнения, укрепляющие разгибатели культи и направленные на устранение сгибательно-приводящей контрактуры;
- 14) упражнения для тренировки вестибулярного аппарата, сочетающиеся с упражнениями на равновесие (повороты, наклоны, вращения головы и туловища «сидя» и «стоя»).

Критерием перехода ко второму этапу обучения является способность удерживать равновесие на протезированной конечности (при сохранении правильной осанки) в течение 2–3 сек. Длительность первого этапа – 3–7 дней.

Второй этап: дальнейшая адаптация тканей культи к приемной гильзе, выработка равновесия в одно- и двухопорной фазах шага, укрепление мышц таза и культи в движении, обучение элементам шага, выработка координированных движений верхних и нижних конечностей.

Для решения задач второго этапа применяются следующие упражнения:

- 1) обучение сгибанию и разгибанию в коленном шарнире в сочетании с движениями в тазобедренном суставе выполняют стоя на сохранившейся конечности;
- 2) обучение выносу протезированной конечности вперед;
- 3) обучение перекату с пятки на носок и обратно (при стоянии на обеих ногах);

- 4) имитация ходьбы на месте (поочередное сгибание в коленном шарнире и коленном суставе, масса тела переносится на опорную конечность с убыстрением);
- 5) соединение двух шагов: шага сохраненной и протезированной конечностей;
- 6) отработка правильного положения туловища, головы, координации движений рук.

Длительность второго этапа – 5–7 дней.

Критерием возможности перехода к третьему этапу обучения является координированное выполнение шаговых движений обеими ногами при сохранении равновесия, правильной осанки и правильного положения таза.

Третий этап: выработка ритмичной, координированной, устойчивой ходьбы: адаптация тканей культи к меняющейся при ходьбе нагрузке, продолжение тренировки равновесия при ходьбе, обучение ритмичной ходьбе, ходьбе по лестнице, преодолению препятствий, приемам самоконтроля при ходьбе.

Информационно-методическим письмом Федерального бюро медико-социальной экспертизы Министерства труда и социальной защиты РФ от 02.12.2020 № 39617.ФБ.77/2020 определены особенности социально-психологической реабилитации и абилитации.

1. Психологическое консультирование включает в себя:

- выявление значимых для инвалида проблем социально-психологического содержания – в области межличностных взаимоотношений, общения, поведения в семье, в группе (учебной, трудовой), в обществе, при разрешении различных конфликтных ситуаций, проблем личностного роста, социализации и др.;
- изучение личности инвалида с целью выяснения того, сможет ли он самостоятельно справиться с возникшей у него проблемой;
- обсуждение с инвалидом выявленных проблем с целью раскрытия и мобилизации внутренних ресурсов для их последующего решения;
- информирование инвалида о сути возникшей у него проблемы, о реальной степени ее серьезности;
- оказание первичной психологической помощи в решении выявленных социально-психологических проблем, в восстановлении адекватных социальных отношений и в формировании позитивной установки на социально-психологическую реабилитацию;

- предварительное определение типа (вида) необходимой в дальнейшем услуги по социально-психологической реабилитации, уточнение ее содержания в каждом конкретном случае.
- II. Психологическая диагностика включает в себя следующие этапы:
- анализ исходной документации на обследуемого (медицинской и социальной);
 - конкретизацию целей и задач психодиагностики и планирование ее программы;
 - собеседование;
 - проведение психологической реабилитационно-экспертной диагностики;
 - обработку и анализ психодиагностических данных;
 - подготовку заключения по результатам психодиагностики;
 - разработку психологической составляющей индивидуальной программы реабилитации инвалида с конкретизацией содержания и направленности услуг по социально-психологической реабилитации.
- III. Психологическая коррекция необходима при нарушении (искажении) высших психических функций различной степени выраженности. Целью психологической коррекции является максимально возможная компенсация имеющихся нарушений и предотвращение последующих негативных изменений психических процессов. В зависимости от структуры и степени нарушения могут быть использованы различные коррекционные подходы, в том числе патопсихологические и нейропсихологические.
- IV. Методическим и теоретическим фундаментом психотерапии являются такие направления, как: психоаналитическое, когнитивно-поведенческое, гуманистическое, гештальт-терапия и др.
- V. В рамках проведения социально-психологического тренинга осуществляется работа с переживаниями инвалида, производится активное психологическое обучение (результатом которого является повышение психологической, коммуникативной компетентности), формирование новых копинг-стратегий.
- Групповая форма работы в виде психологического тренинга может быть эффективным средством помощи инвалидам вне зависимости от возраста и имеющейся патологии.
- Включение психологического тренинга наряду с другими формами социально-психологической

реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) рекомендуется в тех многочисленных случаях, когда имеются специфические личностные реакции на ситуацию болезни и новый социальный статус «инвалид» и/или когда стоит задача формирования отдельных социальных навыков, умений, повышения социальной активности.

- VI. Социально-психологическая реабилитация инвалидов по последствиям спинальных травм. В зависимости от степени выраженности нарушенных нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций организма могут варьироваться эмоциональные реакции на болезнь при данных патологиях.

Одними из наиболее типичных следствий оказываются тревожно-депрессивные состояния и различные виды нарушений адаптации. Депрессивные состояния могут быть значительно отложены по времени возникновения. Это связано с иллюзорным представлением обратимости патологического процесса и запоздалым по времени осознанием тяжести собственного состояния и наиболее вероятного прогноза течения заболевания. При этом однозначность прогноза заболевания, определенная врачами-специалистами медицинской организации, не всегда соотносится с субъективным восприятием своего заболевания самим инвалидом.

Риск возникновения депрессивных состояний увеличивается после первичной госпитализации, когда инвалид остается один на один со своими ограничениями. Частичная или полная утрата возможности самостоятельного перемещения меняет привычный уклад жизни инвалида и его семьи. Зависимость от близких людей воспринимается инвалидами по-разному: чувство вины, стыда или эмоциональная раздражительность, агрессия, негативизм и др. Утрата семейных и социальных ролей ставит перед инвалидом задачу поиска новых смыслов жизни, которую он не всегда способен решить самостоятельно или с помощью близких. Возможные нарушения мочевыделительной функции способны вызывать особенно сильные чувства вины, беспомощности и стыда или гнева, замешательства и др. Хронический болевой синдром, который может лежать в основе депрессивного состояния, требует выработки специальных стратегий совладания с болью.

Первой задачей социально-психологической реабилитации при данных патологиях является дифференциальная диагностика между депрессией и реакцией горя.

В отличие нормальной реакции на горе, имеющей ряд нечетко очерченных стадий (шок, поглощенность, дезорганизация, разрешение), которые протекают в течение года, патологическое горевание имеет ряд особенностей. Оно может длиться более 2 лет и нести в себе признаки подавления, избегания или затяжной характер симптомов «нормального» горевания. Риск развития большого депрессивного эпизода при патологическом горевании возрастает. Важным направлением реабилитационной работы при патологической реакции горя или большом депрессивном эпизоде является психотерапия, которая может выходить за рамки социально-психологической реабилитации и осуществляется при участии психиатра и, в случае необходимости, фармакотерапии. Патологические реакции на стресс и нарушение адаптации, что может сопровождать инвалидов со спинальной травмой, также требуют участия психиатра в процессе диагностики и психотерапии. Социально-психологическая реабилитация осуществляется при тесном взаимодействии психологов и психиатров в данных случаях.

Психологическая реабилитация при данных видах патологии достаточно многосторонняя. Ключевыми требованиями к программе психологической реабилитации являются комплексность и раннее начало. Центральными проблемами в ходе работы с инвалидом с последствиями спинальных травм или спинального инсульта являются работа с чувством утраты и горя, депрессивными проявлениями, достижение ощущения контроля над ситуацией посредством формирования соответствующих копингов (способы преодоления стресса), поддержание мотивации в ходе восстановительного лечения с выработкой соответствующих целей, поиск субъективных критериев эффективности восстановительных мероприятий, а также формирование нового «образа Я».

Приспособление к инвалидности у инвалидов, страдающих от последствий спинальной травмы или спинального инсульта, подразумевает перестройку их жизни и смену социальной, семейной и профессиональной ролей.

Достижение целей социально-психологической реабилитации при данной патологии может осуществляться в рамках когнитивно-бихевиорального подхода (формирование адекватных копингов, перестройка «Я-концепции»), где цели достигаются путем структурирования переживаний, минимизации ощущений собственной уязвимости, обретения социальной поддержки и др.

Одним из популярных подходов является **гештальт-терапия**. Помощь в приспособлении инвалида со спинальной травмой к имеющимся ограничениям жизнедеятельности в данном подходе осуществляется за счет сохранения гармоничного отношения с миром и самим собой путем осознания собственных изменений (личностный рост, принятие травмы и др.) и трансформации окружающей среды (физических и социальных условий). Близкое социальное окружение потенциально является мощным ресурсом нормализации психического состояния, при этом родственники сами испытывают значительное психологическое напряжение и находятся в депрессии.

VI. Социально-психологическая реабилитация инвалидов с последствиями травм конечностей. В центре внимания при социально-психологической реабилитации при подобных состояниях находится щадящая установка инвалида в отношении поврежденной конечности, которая может возникнуть как частный аспект общей реакции на создавшуюся ситуацию. Возникшая после травмы субъективная задача защиты поврежденной конечности от вредных воздействий порой распространяется на последующие стадии восстановления и выступает помехой на пути максимально возможного восстановления поврежденной конечности. Всякое предметное действие, протекающее в таких условиях, частично утрачивает свою целенаправленность. Инвалид как бы старается не достичь определенной цели (забить гвоздь, переступить через бордюр и др.), а совершить это действие максимально безболезненно для себя.

Целью социально-психологической реабилитации при подобных травмах является формирование установки на восстановление поврежденной конечности путем изменения отношения инвалида к собственной травме (ее последствиям), своим возможностям в новых условиях, формирование адекватного отношения к процедуре реабилитации, преодоление сложившихся после травмы негативных двигательных паттернов.

Л.М. Смирновой (2009 г.) констатирован недостаток контроля качества протезирования и ортезирования, который не может быть компенсирован конкуренцией производителей или субъективной оценкой продукции потребителем. Причиной этого является как определенное ограничение инвалидов в возможности выбора поставщика реабилитационных услуг, так и то, что многие из них, в силу субъективных и объективных причин, не имеют должной информации о функциональных требованиях к протезно-

ортопедическим изделиям). Кроме того, пациент часто не обладает достаточным опытом для адекватной оценки качества изготовленного протеза. Автор отметила, что не проводится системная проработка проблемы контроля качества, отсутствуют методология и технология такого вида контроля и соответствующие ей технические и методические решения с учетом уровня развития измерительной техники, информационных технологий и современных представлений о требованиях к качеству протезно-ортопедического обеспечения.

Автор пришла к выводу о необходимости создания технологии объективизации оценки функциональной эффективности протезирования и ортезирования нижних конечностей. К проблемным вопросам разработки методологических основ технологии инструментальной оценки функциональной эффективности протезирования и ортезирования пациентов с патологией нижних конечностей автор относит: разработку системы показателей эффективности; определение параметров и критериев оценки; определение метода принятия решения при трактовке результатов оценки.

Для системы ОМС важно признание ведущими реабилитологами страны в руководстве «Реабилитация инвалидов» (2018; стр. 85) юрисдикции ст. 2 и 64 Закона РФ № 323-ФЗ в проведении экспертизы качества реабилитации в системе ОМС: «Для выявления нарушений при оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации (своевременности ее оказания, правильности выбора методов реабилитации, степени достижения запланированного результата) проводится экспертиза качества медицинской помощи».

Важным этапом для системы ОМС стало утверждение ТФОМС Свердловской области и Минздравом Свердловской области совместно с Медицинской палатой области и Всероссийским союзом страховщиков Рекомендаций по проведению экспертизы качества медицинской помощи, в том числе с мультидисциплинарным подходом, по профилю «медицинская реабилитация» детей и взрослых на территории Свердловской области (2022 г.).

Предлагаем страховым представителям системы ОМС 3-го уровня основные принципы формулирова-

ния дефектов медпомощи в рамках экспертной деятельности с целью охраны, защиты и восстановления прав пострадавших на надлежащее качество, полноту, объемность и своевременность медицинской реабилитации.

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

1. Отказ от выполнения требований Порядка организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 788н (далее – Порядок):

- 1) п. 9 – отсутствует: – оценка реабилитационного статуса пациента и его динамики; – установление реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды или личностных факторов на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации; – оценка реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени; – формирование цели и задач проведения реабилитационных мероприятий; – оценка факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; – формирование и реализация индивидуально-го плана медицинской реабилитации (ИПМР); – оценка эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий; – составление заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента;

- 2) п. 12 – несвоевременное начало выполнения мероприятий по медицинской реабилитации на первом этапе – позже 72 ч в острейший и острый периоды течения заболевания, при неотложных состояниях, состояниях после оперативных вмешательств (в раннем послеоперационном периоде), хронических критических состояниях; – невыполнение объема мероприятий: ежедневно, продолжительностью не менее 1 ч, но не более 3 ч;
 - 3) п. 13 – отсутствие в переводном эпикризе реабилитационного диагноза (перечень кодов по МКФ), реабилитационного потенциала, перечня проведенных диагностических и реабилитационных мероприятий, их эффективность, показателя ШРМ, рекомендаций о необходимости продолжения оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации с указанием условий ее оказания и целей при переводе пациента из отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реаниматология», для продолжения лечения в отделении, оказывающем специализированную, медицинскую помощь по профилям;
 - 4) п. 16 – отсутствие лечащего врача и (или) врача – анестезиолога-реаниматолога в составе мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК);
 - 5) п. 18 – сниженный объем проведения мероприятий медицинской реабилитации на втором этапе – не ежедневно и/или продолжительностью менее 3 ч;
 - 6) п. 20 – отсутствие в выписном эпикризе второго этапа медицинской реабилитации: клинического диагноза заболевания (состояния), реабилитационного диагноза (перечень кодов по МКФ), сведений о реабилитационном потенциале, ИПМР, факторов риска проведения реабилитационных мероприятий, наименования следующего этапа с учетом показателей ШРМ;
 - 7) п. 23 – сниженный объем проведения мероприятий медицинской реабилитации на третьем этапе: реже чем 1 раз каждые 48 ч и/или продолжительностью менее 3 ч;
 - 8) п. 27 – несоответствие суммы баллов ШРМ и уровня реабилитационной медицинской организации;
 - 9) п. 28 – необоснованный отказ от применения телемедицинских технологий.
- II. Отказ от выполнения требований Положения о мультидисциплинарной реабилитационной команде Порядка:
- 1) отсутствие оказания услуг реабилитации МДРК (п. 2 Положения);
 - 2) несоответствие состава МДРК ИПМР (пп.4 и 5 Положения: врач по физической и реабилитационной медицине/врач по медицинской реабилитации, специалист по физической реабилитации, специалист по эргореабилитации, медицинский психолог/врач-психотерапевт, медицинский логопед, медицинская сестра по медицинской реабилитации, медицинская сестра палатная);
 - 3) невыполнение МДРК функции (п. 6 Положения) – отсутствуют: – оценка реабилитационного статуса пациента и его динамики на основании анализа жалоб, анамнеза, физического обследования, клинических данных, результатов лабораторных, инструментальных исследований, назначенных лечащим врачом и (или) врачом по физической и реабилитационной медицине/врачом по медицинской реабилитации, данных обследований, проведенных медицинским психологом/врачом-психотерапевтом, медицинским логопедом, специалистом по физической терапии, специалистом по эргореабилитации; – установление реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды и личностных факторов на основе МКФ и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации; – оценка реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени; – формирование цели и задач проведения реабилитационных мероприятий; – оценка факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; формиро-

вание и реализация ИПМР; – оценка эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий; – заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации, рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента; – консультирование по вопросам медицинской реабилитации с использованием телемедицинских технологий; дача рекомендаций по направлению пациентов в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь.

- III. Отказ от выполнения требований Правил организации деятельности стационарных отделений медицинской реабилитации Порядка – невыполнение функции (п. 7 Правил) в полном объеме: – отсутствие оценки реабилитационного статуса пациента и его динамики на основании анализа жалоб, анамнеза, физикального обследования, клинических данных, результатов лабораторных, инструментальных исследований, назначенных лечащим врачом и (или) врачом по физической и реабилитационной медицине/врачом по медицинской реабилитации, данных обследований, проведенных медицинским психологом/врачом-психотерапевтом, медицинским логопедом, специалистом по физической терапии, специалистом по эргореабилитации; – отсутствие реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды и личностных факторов на основе МКФ и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации; – отсутствие оценки реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени; – отсутствие цели и задач проведения реабилитационных мероприятий; – отсутствие оценки факторов риска проведения

реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; – формирование и реализация ИПМР; – отсутствие оценки эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий; – отсутствие заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации, рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

- IV. Отказ от выполнения требований Правил организации деятельности дневного стационара медицинской реабилитации Порядка организации медицинской реабилитации взрослых, утв. приказом МЗ РФ от 31.07.2000 № 788н – невыполнение функции дневного стационара (п. 7 Правил) в полном объеме: – отсутствие оценки реабилитационного статуса пациента и его динамики на основании анализа жалоб, анамнеза, физикального обследования, клинических данных, результатов лабораторных, инструментальных исследований, назначенных лечащим врачом и (или) врачом по физической и реабилитационной медицине/врачом по медицинской реабилитации, данных обследований, проведенных медицинским психологом/врачом-психотерапевтом, медицинским логопедом, специалистом по физической терапии, специалистом по эргореабилитации; – отсутствие реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды и личностных факторов на основе МКФ и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации; – отсутствие оценки реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени; – отсутствие цели и задач проведения реабилитационных мероприятий; – отсутствие оценки факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов,

ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; – формирование и реализация ИПМР; – отсутствие оценки эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий; – отсутствие заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации, рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

- V. Отказ от выполнения требований Правил организации деятельности амбулаторного отделения медицинской реабилитации Порядка – невыполнение функции амбулаторного отделения дневного стационара (п. 6 Правил) в полном объеме: – отсутствие оценки реабилитационного статуса пациента и его динамики на основании анализа жалоб, анамнеза, физикального обследования, клинических данных, результатов лабораторных, инструментальных исследований, назначенных лечащим врачом и/или врачом по физической и реабилитационной медицине/врачом по медицинской реабилитации, данных обследований, проведенных медицинским психологом/врачом-психотерапевтом, медицинским логопедом, специалистом по физической терапии, специалистом по эргореабилитации; – отсутствие реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды и личностных факторов на основе МКФ и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации; – отсутствие оценки реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени; – отсутствие оценки факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; – отсутствие ИПМР; – отсутствие оценки эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий

мероприятий; отсутствие заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по ШРМ, рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

- VI. Отказ от выполнения требований Правил организации деятельности центра медицинской реабилитации Порядка – невыполнение функции (п. 9 Правил) в полном объеме: – отсутствие оценки реабилитационного статуса пациента и его динамики на основании анализа жалоб, анамнеза, физикального обследования, клинических данных, результатов лабораторных, инструментальных исследований, назначенных лечащим врачом и (или) врачом по физической и реабилитационной медицине/врачом по медицинской реабилитации, данных обследований, проведенных медицинским психологом/врачом-психотерапевтом, медицинским логопедом, специалистом по физической терапии, специалистом по эргореабилитации; – отсутствие реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды и личностных факторов на основе МКФ и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации; – отсутствие оценки реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени; – отсутствие цели и задач проведения реабилитационных мероприятий; – отсутствие оценки факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; – отсутствие ИПМР; – отсутствие оценки эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий; – отсутствие заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием

достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации, рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента; – отказ в консультировании законных представителей пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации, и обучение их реабилитационным методикам, разрешенным к применению на дому; – отказ в организации и проведении консультаций и (или) в участии в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий по вопросам осуществления медицинской реабилитации; – нарушение преемственности в организации оказания медицинской реабилитации; – отказ в проведении клиничко-экспертной оценки качества медицинской реабилитации; – отказ в медико-психологическом и социально-правовом консультировании пациентов, находящихся на реабилитационном лечении.

В фундаментальном руководстве «Медицинская реабилитация раненых и больных» (ВМедА, 1997 г.) указано, что больные с травмой позвоночника и спинного мозга в мирное время составляют от 1 до 4% от общего числа пациентов с различными видами травм, тогда как боевая спинальная травма, по данным разных авторов, составляет от 2,5 до 4,6% (в локальных конфликтах и войнах) и до 7% в условиях применения оружия массового поражения.

Травматическая болезнь спинного мозга разделяется на 4 периода. Острый период продолжается до 2–3 суток и характеризуется сходной клинической картиной при повреждениях спинного мозга разной степени, что обусловлено развитием спинального шока. Ранний период продолжается следующие 2–3 недели. Неврологическая симптоматика проявляется чаще синдромом полного нарушения проводимости спинного мозга вследствие грубого его повреждения. Обратимые изменения в спинном мозгу к концу этого периода обычно исчезают. Промежуточный период длится до 2–3 месяцев. Характеризуется постепенным регрессом спинального шока, вследствие чего выявляется истинный характер повреждения спинного мозга. Поздний период начинается с 3–4-го месяца и продолжается неопределенно долгое время. Неврологически он характеризуется дальнейшим, очень медленным восстановлением функций спинного мозга или автоматизма его отдела, расположенного книзу от уровня полного перерыва.

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

1. Отсутствие комплексной оценки уровня реабилитационного потенциала пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) по критериям с позиций МКФ:

- стандартная неврологическая классификация ASIA;
- опросник «Самочувствие, активность настроение» (САН);
- функциональная оценочная шкала для больных с травмой спинного мозга (VFM):

РП	Балл	Структуры	Функции, активность и участие		Сумма баллов по выбранным параметрам, баллы	Степень нарушений структур и функций по МКФ, %
		ASIA (категория, баллы)	VFM, баллы	САН, баллы		
Отсутствует	1	A <10	<61	<10	<3	96–100
Низкий	2	B 10–106	61–155	10–30	4–6	50–95
Средний	3	C 107–159	156–231	30–50	7–9	25–49
Высокий	4	D 160–202	232–292	>50	9–12	5–24
Норма		203–212	293–305	60–70		0–4

Реабилитационный потенциал (высокий, умеренно выраженный и низкий) – комплекс биологических, личностных и социально-средовых факторов, а также факторов социальной среды, позволяющих в той или иной степени реализовать потенциальные возможности инвалида, которые составляют основу ресоциализации пациента. Комплекс соматических, психофизических и мотивационных характеристик пациента определяет перспективы и направления реабилитационных мероприятий. Определение реабилитационного потенциала является ключевым компонентом разработки программы реабилитационных мероприятий. *Реабилитационный прогноз* – медицински обоснованная вероятность достижения

намеченных целей реабилитации в намеченный отрезок времени с учетом характера заболевания, его течения, индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей. *Критерии эффективности медицинской реабилитации* определяют по шкалам МКФ. Они включают оценку повреждения, нарушения навыков, активности и социального участия пациентов, влияние факторов окружающей среды и личности пациента. Интегральным показателем эффективности реабилитации является динамика качества жизни пациента. Результаты реабилитации (степень восстановления нарушенной функции) оценивают по 4-балльной шкале: 1 – полное восстановление; 2 – частичное восстановление; 3 – без изменений от исходного уровня; 4 – ухудшение.

II. Отсутствие протокола анализа факторов риска проведения реабилитационных мероприятий:

- 2.1.** Острые и хронические соматические заболевания в стадии обострения или декомпенсации.
- 2.2.** Инфекционные заболевания (включая гнойные процессы и венерические заболевания) в острой или заразной формах.
- 2.3.** Наличие показаний к оперативному вмешательству или применению других специальных методов лечения.
- 2.4.** Кожные заболевания.
- 2.5.** Тяжелые сопутствующие заболевания, препятствующие проведению медицинской реабилитации: некупируемые нарушения ритма и проводимости сердца, опасные для жизни; некупируемая артериальная гипертензия с высокими показателями артериального давления; сердечная недостаточность II–III стадии; заболевания легких с выраженной дыхательной недостаточностью; хроническая почечная недостаточность (декомпенсация); сахарный диабет (декомпенсация или нестабильное течение); бронхиальная астма (декомпенсация или нестабильное течение); злокачественные новообразования и болезни крови (декомпенсация или нестабильное течение); туберкулез в активной стадии.
- 2.6.** Психические заболевания, слабоумие, эпилепсия с частыми припадками, изменения личности (декомпенсация или нестабильное течение).
- 2.7.** Все формы наркомании и алкоголизма (декомпенсация или нестабильное течение).

- 2.8.** Кровотечения различного происхождения (часто повторяющиеся и обильные).
 - 2.9.** Беременность, протекающая с осложнениями, требующими специализированного стационарного лечения.
 - 2.10.** Неустраненная компрессия спинного мозга или недостаточная консолидация перелома позвоночника.
 - 2.11.** Другие заболевания, препятствующие применению реабилитации, необходимой больным с ПСМТ.
 - 2.12.** Наличие двух факторов риска и более (пп. 1–11) является противопоказанием к проведению реабилитационных мероприятий.
 - 2.13.** Абсолютным противопоказанием к проведению реабилитационных мероприятий является отсутствие мотивации; степень мотивации к восстановлению поврежденных функций определяется по опроснику «Восстановление локуса контроля».
- III.** Не выполнено требование об объеме обследования больного (приложение 2 к клиническим рекомендациям): – лабораторные анализы: клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови; – коагулограмма и т.д.; – исследование нутритивного статуса; – исследование морфологического статуса пациента (длина тела, длина конечностей и их сегментов, масса тела, объем сегментов тела) и двигательной функции (гониометрия, динамометрия, исследование тонуса, координации, постральной функции, исследование функции верхних и нижних конечностей, включая биомеханику ходьбы); – электронейромиография; – электрофизиологические методы исследования двигательных и чувствительных нарушений; мониторинг электроэнцефалограммы; – исследование функциональных возможностей кардиореспираторной системы – проведение тестов с дозированной нагрузкой, мониторинг артериального давления и электрокардиограммы; – исследование выделительных функций (мочеиспускание, дефекация); – исследование когнитивного статуса пациента: праксиса, гнозиса, памяти, внимания, мышления, управляющих функций; – нейропсихологическое обследование; – лучевые методы диагностики ПСМТ: магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, денситометрия, ультразвуковое исследование; – исследование степени нарушения жизнедеятельности, а также влияния на нее факторов окружающей среды; – оценку реабилитационного

потенциала по МКФ (Приложение 6); – комплексную оценку реабилитационного потенциала пациентов с ПСМТ (Приложение 7, табл. 13).

IV. Отсутствие протоколов исследования степени нарушения жизнедеятельности и влияния на нее факторов окружающей среды по общепринятым валидным шкалам морфологического повреждения, функционального класса, самообслуживания и функциональной независимости, социальной активности и участия в общественной жизни:

- МКФ;
- шкалы оценки активности жизнедеятельности;
- шкала Бартел;
- шкала функциональной независимости FIM;
- шкалы активностей повседневной жизни Ривермид;
- функциональная оценочная шкала VFM;
- модифицированная функциональная оценочная шкала активности и качества жизни.

Отсутствие применения МКФ в первичной, динамической (каждые 72 ч) и заключительной оценках. Отсутствие определения эффективности реабилитации по каждому реабилитируемому параметру и каждому критерию ограничения жизнедеятельности.

IV. Отсутствие в документации фактов назначения и выполнения следующих видов терапии:

- медикаментозная терапия (*ноотропы* (пирацетам, гамма-аминомасляная кислота, пиритинол, цитиколин); *витамины* (токоферол, ретинол, тиамин, рибофлавин, пиридоксин, цианокобаламин, аскорбиновая кислота, никотиновая кислота, кокарбоксилаза, пиридоксальфосфат); *антихолинэстеразные препараты* (ипидакрин, галантамин, неостигмин, амбенония хлорид); *анаболические стероиды со слабым андрогенным эффектом* (оксандролон, нандролон); *вазо- и реологически активные средства* (винпоцетин, пентоксифиллин, декстран, актовегин, дипиридамол); *иммуноактивные препараты* (левамизол, тималин); *биогенные стимуляторы и ферменты* (алоэ, румалон, гиалуронидаза); *миорелаксанты* (баклофен, тизанидин, дантролен, римаботулинотоксин В, онаботулинотоксин А); *седативные средства – фитопрепараты* (валериана, пустырник и пр.), бромиды (бромкамфора), барбитураты (беллатаминал, валокордин, корвалол, диазепам); *транквилизаторы* (диазепам, клоназепам, лоразепам); *антидепрессанты* (дулоксетин, amitриптилин, милнаципран); *противосудо-*

рожные препараты (габапентин, леветирацетам, прегабалин, вальпроевая кислота); *местные анестетики* (лидокаин); *анальгетики*.

- физиотерапия;
- механотерапия;
- кинезитерапия (лечебное применение дозированной физической нагрузки, связанной с произвольным чередованием напряжения и расслабления мышечного аппарата);
- гидрокинезотерапия (дозированное произвольное чередование напряжения и расслабления мышечного аппарата больного в воде);
- психотерапия;
- трудотерапия;
- прогулки, ближний и дальний туризм;
- лечебная физическая культура и массаж;
- мануальная терапия.

VI. Отказ от применения физиотерапевтических методов при ПСМТ в восстановительном и позднем периодах:

- 6.1.** Болевой синдром: Импульсные токи ДДТ (диадинамические токи), СМТ (синусоидально-модулированные токи), ЧЭНС (чрескожная электронейростимуляция); транскраниальная магнитная стимуляция; транскраниальная электростимуляция; статическое магнитное поле; электромиостимуляция; озокеритовые и грязевые аппликации; электрофорез ганглиоблокирующих и анальгезирующих препаратов; эуфиллин-электрофорез; СМТ-форез эуфиллина; СМТ-грязелечение; ультрафиолетовое облучение по полям; поляризованный свет.
- 6.2.** Двигательные и чувствительные нарушения: электростимуляция мышц: использование модулированных токов (экспоненциальных, ДДТ, СМТ, ЧЭНС, ФЭМС (функциональная электромиостимуляция); магнитостимуляция; ультразвук или ультрафонофорез лекарственных средств (трилон Б, ксантинола никотинат, эуфиллин, контрактубекс); бальнеотерапевтические методы: грязелечение, гальваногрязелечение; сероводородные, радоновые, хлоридно-натриевые, бишофитные, йодобромные, вихревые и вибрационные ванны; подводный душ-массаж, подводное вертикальное и горизонтальное вытяжения; массаж, сегментарный массаж, гидромассаж; суховоздушная и криотерапия; пневмокомпрессия; лимфодренаж.

- 6.3.** Трофические нарушения: ультрафиолетовое облучение в суб- или эритемных дозах; поляризованный свет; лазерная или красная светодиодная терапия; КВЧ-терапия; электрофорез лидазы, геля контрактубекс; аэроионотерапия или аэроионофорез биогенных стимуляторов; дарсонвализация, ультратонотерапия; ультразвук, фонофорез, магнитотерапия; УВЧ-терапия; электростимуляция ДДТ или СМТ.
- 6.4.** Нарушения функции тазовых органов:
 1) по проводниковому типу: электрическое поле УВЧ; электрофорез атропина; иглорефлексотерапия по тормозному методу; наружная или трансректальная электростимуляция;
 2) по сегментарному типу: электрофорез прозерина или пилокарпина; иглорефлексотерапия.
- 6.5.** Недержание мочи: электрофорез атропина; инфракрасное облучение; поляризованный свет.
- 6.6.** Задержка мочеиспускания: электрофорез пилокарпина в сочетании с теплыми ваннами или грелками; наружная стимуляция кишечника импульсными токами (СМТ); электрофорез атропина.
- VII.** Отказ в назначении или применении методик гидрокинезотерапии в зависимости от уровня поражения позвоночника.
- VIII.** Отказ в мероприятиях социально-психологической реабилитации: психологическое консультирование, ориентированное на решение социально-психологических задач; психологическая диагностика; психологическая коррекция; психотерапевтическая помощь; социально-психологический тренинг; психологическая профилактика; социально-психологический патронаж в рамках постреабилитационной программы.

Дефекты оказания медицинской помощи при подготовке к протезированию:

- 1.** Отсутствие в медицинской документации описания анатомо-функциональных особенностей культы: форма культы, наличие укорочения культы, состояние мускулатуры, мышечного баланса, наличие контрактур в коленном суставе (для культы голени) и тазобедренном суставе (для культы бедра), состояние мягких тканей, конечная опороспособность, наличие остеофитов, наличие невром.
- 2.** Отсутствие анализа и учета наличия противопоказаний первичному лечебно-тренировочному протезированию голени и бедра, связанных с анатомо-функци-

ональным состоянием усеченной конечности: – некроз лоскутов культы после оперативного лечения; – длительно не заживающие обширные гранулирующие раны и трофические язвы культы; – гнойно-воспалительные заболевания костных тканей культы (остеомиелит, остеонекроз) в стадии обострения; – воспалительные процессы кожных покровов и мягких тканей в стадии обострения; – хроническая ишемия культы и/или сохранной конечности III–IV степени.

3. Отсутствие анализа и учета наличия противопоказаний первичному лечебно-тренировочному протезированию голени и бедра, связанных с наличием заболеваний: – перенесенный инфаркт миокарда (до 3 месяцев с момента его возникновения) и нестабильная стенокардия; – стенокардия IV функционального класса, сердечная недостаточность III стадии у больных с культей бедра; – ухудшение общего состояния, когда в результате декомпенсации сопутствующей соматической патологии инвалиду прописаны постельный режим или передвижение в кресле-коляске; – наличие психических заболеваний в стадии обострения.

4. Отсутствие протокола оценки физического состояния инвалидов и их толерантности к нагрузке в период подготовки к протезированию – результатов функциональных проб («сесть-лечь», ортостатическая проба, «степ-тест», показанных всем инвалидам, в первую очередь перенесшим ампутацию нижних конечностей.

5. Отсутствие протокола анализа эффективности подготовительных мероприятий к протезированию в соответствии с клиническими и анатомо-функциональными особенностями двигательного статуса пациента независимо от уровня ампутации: – состояние – повышение общего тонуса организма; – укрепление усеченных мышц культы и мышц вышерасположенных сегментов конечности; – устранение контрактур и тугоподвижности в суставах усеченной конечности, – развитие силы мышц туловища и плечевого пояса; тренировка равновесия и вестибулярного аппарата; – развитие координации движений верхних и нижних конечностей; – совершенствование опорной функции рук; – развитие силы мышц контралатеральной конечности при односторонних ампутациях.

6. Отсутствие методов реабилитации в полном объеме подготовки к протезированию после ампутации верхних конечностей: лечебная гимнастика; фантомно-импульсивная гимнастика; упражнения для мышц контралатеральной конечности, тренировка функции равновесия; упражнения для тренировки силы мышц туловища и плечевого пояса; упражнения для развития координационных способностей; упражнения для улуч-

шения функционального состояния культи; развития динамической и статической силы; массаж.

7. Отсутствие методов реабилитации в полном объеме подготовки к протезированию после ампутации верхних конечностей: упражнения для развития силы мышц культи, локтевого и плечевого суставов; упражнения для развития силы мышц надплечий; корригирующие упражнения для профилактики нарушений осанки; упражнения для укрепления мышц туловища; ручная редрессация – устранение тугоподвижности и контрактур в суставах.

8. Отсутствие выявления, наблюдения, направления на госпитализацию и оказания медицинской помощи по поводу пороков и болезней культи.

9. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации болезней и пороков культи – фантомных болей культи: транскраниальная электроаналгезия (15–20 мин ежедневно, курс 10 процедур); диадинамотерапия (ежедневно, курс более 10 процедур); СМТ-терапия (ежедневно или через день, курс 8–12 процедур); короткоимпульсная электроаналгезия (20 мин ежедневно, курс 8–10 процедур); лекарственный электрофорез анестетиков (лидокаина, новокаина) по эндоназальной методике (15–20 мин ежедневно, курс 10 процедур).

10. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации болезней и пороков культи – раны и язвы: инфракрасная лазеротерапия (8–10 мин ежедневно, курс 10–12 процедур); ультразвуковая терапия (ультрафонофорез гидрокортизона или фенилбутазона) (4–6 мин ежедневно, курс 10–12 процедур).

11. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации болезней и пороков культи – остеомиелит культи: УВЧ-терапия (10–12 мин, ежедневно; курс 5–7 процедур); СУФ-облучение (эритемные дозы) (ежедневно или через день, курс 4–5 процедур ин одно поле); СВЧ-терапия (15 мин ежедневно, курс 5–7 процедур); низкоинтенсивная лазеротерапия (до 20 мин. ежедневно, курс 10–15 процедур); низкочастотная магнитотерапия (15–20 мин. ежедневно, курс 10–15 процедур); ультрафонофорез дефибрирующих препаратов (гиалуронидаза, коллализин, ронидаза) (5–10 мин. ежедневно, курс 8–12 процедур); пелоидотерапия (30 мин. ежедневно, курс 10–12 процедур); лечебная гимнастика и дозированная ходьба.

12. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации болезней и пороков культи – болезненные и спаянные рубцы (размягчение, уплощение и рассасывание рубца): электрофорез ферментных препаратов (лидаза, гиалуронидаза, ронидаза, коллализин, карипазим в 20 мл 50% ДМСО) (до 40 мин еже-

дневно или через день; курс лечения 10–20 процедур, повторный курс электрофореза проводят через 1 месяц); ультрафонофорез ферментных препаратов (лидаза, гиалуронидаза, лонгидаза, солкосерил, коллагеназа, пруксол, контрактубекс (5–8 мин, курс 10–12 процедур); лазерная дермабразия; лазерная абляция; лазерная ангиофото-термолизия (повторный курс проводят через 1 месяц); локальная криотерапия. Используют водосодержащие криоагенты (продолжительность ежедневных процедур контактными криоагентами составляет от 30 сек до 3 мин, газовой (воздушной) от 1 до 5 мин, продолжительность курса от 3 суток до 4 недель; повторный курс через 1 месяц).

13. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации болезней и пороков культи – лигатурные свищи: диадинамотерапия (ежедневно, курс 8–10 процедур), амплипульстерапия (5 мин ежедневно, курс 8–10 процедур); высокочастотная магнитотерапия (10–15 мин ежедневно, курс 7–10 процедур); оксигенобаротерапия (45–60 мин ежедневно, курс 7–10 процедур); местная дарсонвализация (до 15 мин ежедневно, курс 10–15 процедур); низкочастотная магнитотерапия (15–30 мин ежедневно, курс 10–20 процедур); КУФ-облучение (2–4 биодозы (в среднем 1–2 мин) ежедневно, курс 3–5 процедур); низкоинтенсивная лазеротерапия; хромотерапия; ультрафонофорез дефибрирующих препаратов.

14. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации болезней и пороков культи – избыток мягких тканей и хронический венозный застой: компрессионное лечение; гидротерапия (15–20 ежедневных процедур); местная дарсонвализация (10–15 мин слабым искровым разрядом ежедневно, курс 8–12 процедур); прессотерапия (10–20 сеансов по 20–30 мин); низкочастотная магнитотерапия «бегущим» магнитным полем (ежедневно 20 мин, курс 10–15 процедур).

15. Отсутствие определения степени функциональности в зависимости от степени активности инвалида в соответствии с классификационной системой MOBIS и оценки критериев уровня потенциальной двигательной активности (низкий, средний, повышенный, высокий).

16. Отсутствие анализа противопоказаний к протезированию.

Дефекты реабилитационной помощи при наличии сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, отягчающей процесс подготовки к протезированию, а также период после протезирования:

1. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации сопутствующей ишемической болезни сердца: кинезотерапия (дозированные физические нагрузки,

гидрокинезотерапия, лечебная гимнастика, углекислые ванны (через день или два дня подряд с перерывом на третий день, курс 10–12 процедур); «сухие» углекислые ванны (15 мин ежедневно, курс 10–12 ванн); оксигенотерапия (45–60 мин, курс 7–10 процедур); усиленная наружная контрпульсация (ежедневно или через день, не менее 3 процедур в неделю, курс 15–35 процедур, продолжительность процедуры 1 ч); электростимуляция мышц нижних конечностей; импульсная электротерапия (ежедневно или через день, курс 8–12 процедур); центральная импульсная электротерапия (30–40 мин ежедневно, курс 8–12 процедур); транскраниальная электроаналгезия (30–40 мин ежедневно, курс 10–12 процедур); лечебный массаж (30 мин ежедневно или через день, курс 10–15 процедур); акупунктура (10–12 процедур); низкочастотная магнитотерапия (10–15 мин ежедневно, курс 14–16 процедур); йодобромные ванны (через день или два дня подряд с перерывом на третий день в первую половину курса лечения и по 4–5 ванн в неделю во вторую, курс 10–12 ванн); транскутанное лазерное облучение крови (8–10 мин ежедневно, курс 10 процедур); аэротерапия (воздушные ванны проводят ежедневно по режимам слабого и умеренного воздействия, курс 12–20 ванн); гелиотерапия и талассотерапия.

2. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации сопутствующей ишемической болезни сердца – гипертоническая болезнь: кинезиотерапия; талассотерапия; контрастные ванны (2 раза в неделю, курс 8–10 процедур); круглосуточная аэротерапия (курс 10–12 процедур); лечебный массаж; транскраниальная электроаналгезия (15–20 мин ежедневно, курс 6–8 процедур); низкочастотная магнитотерапия (15–20 мин ежедневно, курс 15 процедур).

3. Отсутствие диспансерного наблюдения за сопутствующими хроническими неинфекционными заболеваниями и их осложнениями.

Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13.12.2006 № 61/106 была принята Конвенция ООН о правах инвалидов, закрепляющая основные права и свободы личности по отношению к людям с инвалидностью – первый всеобъемлющий договор в области прав человека XXI столетия.

Конвенция знаменовала смену парадигмы отношения и подходов к инвалидности и инвалидам. Конвенция изменяет само понимание инвалидности, признавая, что инвалидность – эволюционирующее понятие. Она является результатом взаимодействия между имеющимися нарушениями здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами, которые мешают их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

15.05.2012 вступил в силу Федеральный закон от 03.05.2012 № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». Реализация положений Конвенции в Российской Федерации позволила улучшить качество жизни людей с ограниченными возможностями и членов их семей. Сегодня возникла необходимость включения в межведомственное взаимодействие по обеспечению прав инвалидов института страховых представителей системы ОМС, с которым связываются определенные перспективы и возможности нового – усовершенствованного уровня межведомственного взаимодействия по обеспечению прав инвалидов на полнообъемную, своевременную медицинскую реабилитацию надлежащего качества.

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. 4079
E-mail: oms@kapmed.ru

Устюгов Антон Владимирович

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

Тел.: +7 (495) 287-81-25, доб. 4079
E-mail: oms@kapmed.ru

Адрес: 115184, Москва, ул. Б. Татарская, д. 13, стр. 19