

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**

УДК [616-001: 355]-08(035.3)

ББК 54.581-5я81

Б75

Старченко А.А., Устюгов А.В., Салдуева О.В., Перегудин С.А., Гуженко М.Д.
Реабилитация – конституционная гарантия государства и законное право
пострадавших с последствиями боевой травмы: Пособие для страховых предста-
вителей и экспертов качества медицинской помощи системы ОМС.- М., 2023.- с.

Авторы-составители: доктор медицинских наук, профессор Старченко А.А.,
кандидат медицинских наук Устюгов А.В., эксперты качества медицинской помо-
щи Салдуева О.В., Перегудин С.А., Гуженко М.Д.

Всероссийское голосование 2020 года о внесении поправок в Конституцию РФ показало высокую востребованность гражданами России новой конституционной гарантии государства: *«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»*. События 2022–2023 года в военной сфере показали чрезвычайную актуальность данной новой конституционной гарантии: всеобщими усилиями федеральной и региональной власти 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. Реалии последних 20 лет показывают, что право на реабилитацию пострадавших с последствиями боевой травмы нуждается в охране и защите со стороны субъекта и участников системы обязательного медицинского

страхования. Охрана права пострадавших на реабилитацию в системе ОМС осуществляется повседневной экспертной деятельностью страховой медицинской организацией и фондами ОМС с целью выявления возможных нарушений их прав на доступность и надлежащее качество мер реабилитации в отношении неопределенного круга лиц пострадавших. Охрана данного права 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. 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. 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. 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.

Новая конституционная гарантия о совершенствовании взаимодействия Федерации и ее регионов с целью повышения доступности медпомощи надлежащего качества наряду с ратификацией РФ Конвенции ООН о правах инвалидов получили конкретное развитие в Послании Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию РФ от 21 февраля 2023 года об интенсификации взаимодействия всех уровней власти и различных объединений в решении задач реабилитации пострадавших с последствиями боевой травмы. Реализация положений Конвенции ООН в Российской Федерации уже позволила улучшить качество жизни людей с ограниченными возможностями и членов их семей. Сегодня возникла необходимость обсуждения включения в межведомственное взаимодействие по обеспечению прав инвалидов института страховых представителей системы ОМС, с которым связываются определенные перспективы и возможности нового – усовершен-

ствованного уровня межведомственного взаимодействия по обеспечению прав инвалидов на полнообъемную, своевременную медицинскую реабилитацию надлежащего качества. Страховым представителям системы ОМС третьего уровня предложены единые принципы формулирования дефектов медпомощи в рамках экспертной деятельности с целью охраны, защиты и восстановления прав пострадавших на надлежащее качество, полнообъемность и своевременность медицинской реабилитации.

Пособие предназначено администраторам, страховым представителям всех уровней, врачам-экспертам качества медицинской помощи и юристам системы ОМС: предлагается обзор литературы по проблемам актуальности реабилитации пострадавших с последствиями боевой травмы, а также показана высокая эффективность реабилитации в достижении медицинской и социальной адаптации ветеранов боевых действий и пострадавших с последствиями боевой травмы.

Оглавление

Часть 1. Обязательства, актуальность и эффективность реабилитации пострадавших с последствиями боевой травмы в системе ОМС.....	7
Часть 2. Методы медицинской и психологической реабилитации пострадавших с последствиями боевой травмы в системе ОМС.....	89
Часть 3. Экспертный контроль медицинской реабилитации пострадавших с последствиями боевой травмы в системе ОМС.....	210
Список литературы.....	247
Приложение 1. Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002) (Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (2022))......	262
Приложение 2. Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД) (Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (2022))......	264

Часть 1. Обязательства, актуальность и эффективность реабилитации пострадавших с последствиями боевой травмы в системе ОМС

25 ноября 2022 года Президент России 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».

11 января 2023 года на совещании с членами Правительства РФ Президент России В.В. Путин призвал к повышению доступности качественного здравоохранения и обеспечению качественной медпомощью жителей всех регионов, тем самым Президентом РФ подчеркнута обязательность исполнения конституционного равенства прав граждан на равно доступную медицинскую помощь надлежащего объема и качества вне зависимости от территории проживания или страхования.

Д.В. Тришкин (2023) сообщил об успехах в оказании медицинской помощи пострадавшим с боевой травмой, которые привели резкому (в 2,2 раза) снижению общей летальности в период СВО на передовых этапах медицинской эвакуации и в военно-медицинских организациях (ВМО) по сравнению с данными летальности в период конфликта на Северном Кавказе: с 1,1% до 0,5%. Также в период СВО в пять раз по сравнению с данными конфликта на Северном Кавказе снизился уровень потенциально спасаемых, но умерших на поле боя: с 25% до 4,8%.

Из этого снижения уровня летальности следует существенное увеличение потребности в мерах медицинской реабилитации для выживших пострадавших.

Реалии последних двадцати лет показывают, что право на реабилитацию пострадавших с последствиями боевой травмы нуждается в охране и защите со стороны субъекта и участников системы ОМС. Охрана права пострадавших на реабилитацию в системе ОМС осуществляется повседневной экспертной деятельностью страховой медицинской организацией (СМО) и фондами ОМС с целью выявления возможных нарушений их прав на доступность и надлежащее качество мер реабилитации в отношении неопределенного круга лиц пострадавших. Охрана данного права 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. 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. 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. 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.

Право пострадавших на медицинскую реабилитацию установлено новой конституционной гарантией и законодательством РФ. Всероссийское голосование 2020 года о внесении поправок в Консти-

туцию РФ показало высокую востребованность гражданами России новой конституционной гарантии государства: «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». События 2022-2023 года в военной сфере показали чрезвычайную актуальность данной новой конституционной гарантии: всеобщими усилиями федеральной и региональной власти 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.

В статье 40 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Закон РФ № 323-ФЗ) определено: «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, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, 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». Качество медицинской помощи в соответствии с п 21 части 1 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ включает своевременность начала реабилитации, правильность выбора методов реабилитации и степень достижения запланированного результата реабилитации.

Статьей 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; профессиональную ориентацию, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственную адаптацию; социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию; физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт».

Все указанные в Законе РФ основные направления реабилитации и абилизации инвалидов – важные обязательства государства, в полном объеме относимые к новой категории пострадавших с послед-

ствиями боевой травмы.

В Национальном руководстве «Физическая и реабилитационная медицина» (2016) приведены ряд необходимых для системы ОМС определений. *Медицинская реабилитация* (МР) – система мероприятий, направленных на максимально полное восстановление или компенсацию функций организма, утраченных в результате болезни или травмы. Цель медицинской реабилитации – максимальное восстановление (или компенсация) последствий патологического процесса (болезни, повреждения, увечья). Основные задачи медицинской реабилитации: 1) восстановление функции поврежденных тканей, органов, систем и организма в целом; 2) коррекция высшей нервной деятельности пациентов и формирование адекватного отношения к заболеванию, работе, окружающему миру, правильной самооценки; 3) восстановление резервов адаптации организма и систем его жизнеобеспечения. Реабилитационный диагноз определяется по критериям трехмерной оценки нарастающих последствий болезни (ВОЗ, 1989) и включает определение уровня обратимого изменения (аномалия) функции поврежденного вследствие болезни органа или ткани (недостаток, impairment), ограничение или отсутствие (в результате нарушения) возможности осуществления нормальных функций целостного организма (ограничение жизнедеятельности, disability) и социальных последствий или ограничений, вызванных болезнью (социальная недостаточность, handicap). Реабилитационный потенциал определяет перспективы и направления реабилитационных мероприятий, как комплекс соматических и психофизических характеристик пациента, его мотивированности, а также факторов социальной среды, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные возможности. Определение реабилитационного потенциала является ключевым компонентом разработки программы реабилитационных мероприятий. Реабилитационная программа

– оптимальный комплекс видов, форм, объемов, сроков и порядка реализации медицинских и иных мероприятий, направленных на восстановление последствий заболевания; включает комплексное применение лечебных физических факторов, физических упражнений и других методов, обладающих доказанной эффективностью. Реабилитационный прогноз – медицински обоснованная вероятность реализации реабилитационного потенциала и 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 Международной классификации функционирования (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 четырех-балльной шкале: 1 – полное восстановление; 2 – частичное восстановление; 3 – без изменений от исходник уровня; 4 – ухудшение. К основным принципам МР относят: активное участие пациента, этапность, преемственность, непрерывность и комплексность.

В соответствие с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утв. приказом МЗ РФ от 31 июля 2020 г. № 788н медицинская реабилитация осуществляется на основе клинических рекомендаций в три этапа:

1) на первом этапе МР осуществляется при взаимодействии мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК) с лечащим врачом и (или) врачом анестезиологом-реаниматологом в профильном отделении или отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) в острейший (до 72 часов) и острый периоды те-

чения заболевания, при неотложных состояниях, состояниях после оперативных вмешательств (в раннем послеоперационном периоде), хронических критических состояниях и осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 1 часа, но не более 3 часов; в переводном эпикризе указываются реабилитационный диагноз (перечень кодов по МКФ), реабилитационный потенциал, перечень проведенных диагностических и реабилитационных мероприятий, их эффективность, показатель по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), рекомендации о необходимости продолжения оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации с указанием условий ее оказания и целей;

2) второй этап осуществляется МДРК в стационарных условиях в отделении МР при нарушении функций периферической нервной системы и костно-мышечной системы, ЦНС и соматическими заболеваниями в острый и ранний восстановительный периоды течения заболевания или травмы и период остаточных явлений течения заболевания и осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 3 часов; в выписном эпикризе указываются клинический диагноз заболевания (состояния), реабилитационный диагноз, сведения о реабилитационном потенциале, индивидуального плана медицинской реабилитации (ИПМР), факторы риска проведения реабилитационных мероприятий, следующий этап медицинской реабилитации с учетом показателей ШРМ;

3) третий этап МР осуществляется МДРК при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара не реже, чем один раз каждые 48 часов, продолжительностью не менее 3 часов.

Пациент с ШРМ 0-1 балл не нуждается в продолжении медицинской реабилитации. Пациент после первого и второго этапов МР, имеющий значения ШРМ 2-3 балла, направляется на третий этап

МР. Пациент после первого этапа, имеющий значения ШРМ 4-6 баллов, направляется на второй этап МР. Пациент после МР, имеющий значения ШРМ 4-6 баллов и не изменивший своего состояния, направляется на второй этап МР.

Реабилитационный потенциал – комплекс морфологических и психофизических характеристик человека, а также факторов социальной среды, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности. При определении реабилитационного потенциала выделяют три уровня, характеризующие реабилитационные возможности инвалида относительно определенных видов жизнедеятельности:

- высокий реабилитационный потенциал предусматривает полное восстановление или высокую степень восстановления конкретного вида жизнедеятельности в процессе проведения реабилитационных мероприятий;
- умеренно выраженный реабилитационный потенциал предусматривает частичное восстановление конкретного вида жизнедеятельности в процессе реабилитации;
- низкий реабилитационный потенциал свидетельствует об отсутствии или незначительной степени восстановления конкретного вида жизнедеятельности в результате проведения реабилитационных мероприятий

Пунктом 9 Порядка организации медицинской реабилитации взрослых на всех этапах предусмотрено:

- 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 и личностных факторов на основе Международной классификации функциониро-

вания, 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 индивидуального плана медицинской реабилитации (далее – 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.

Г.М. Белозеров и др. уже в 2004 году сообщали, что по оценкам отечественных специалистов, в квалифицированной психологической помощи нуждается от 40 до 80% военнослужащих, выполнявших боевые задачи по разоружению бандформирований. До 25% личного состава, выведенного из зоны боевых действий, нуждается в целом комплексе реабилитационных мероприятий с целью предупрежде-

ния постстрессовых реакций (по типу «вьетнамского» и «афганского» синдромов). Это обусловлено следующими факторами: часто наблюдаемой тяжелой травматической патологией вследствие огнестрельных ранений и минно-взрывных травм; широким распространением сочетанной травмы; более тяжелым течением соматических и инфекционных заболеваний; высоким процентом инвалидизации; почти 100-процентной нуждаемостью в социально-психологической адаптации вследствие психотравмирующего действия боевой обстановки; преимущественно молодым и трудоспособным возрастом участников боевых действий. Анализ поведения солдат и офицеров, в том числе в Афганистане и Чечне, позволяет обратить внимание на то, что «наряду с реальным героизмом, взаимовыручкой, боевым братством и другой относительно позитивной атрибутикой войны имеют место грабежи и убийства (в том числе и как исход «разборок» среди своих), средневековые пытки и жестокость к пленным, извращенное сексуальное насилие в отношении населения (особенно на чужой территории). Вооруженный разбой и мародерство составляют неотъемлемую часть любой войны и относятся не к единичным, а к типичным явлениям в любой из воюющих армий, как только ее солдаты ступают на землю противника. При этом неизбежность возмездия за содеянное осознается обычно ими не сразу. Первоначально преобладают публично провозглашаемые героические воспоминания. Но по прошествии определенного времени постоянное чувство тревоги и вины за содеянное приводит к деформации личности. И эта деформация «молчаливо проецируется на все межличностные отношения, составляя часть эмоционального поля, а иногда и весь эмоциональный фон». У 15-20% военнослужащих, принимавших участие в войне в Афганистане, в военных действиях в Карабахе, Абхазии, Таджикистане, Чечне, по данным главного психиатра Министерства обороны РФ В.В. Нечипоренко

(1995), имеются «хронические посттравматические состояния», вызванные стрессом. До 12% участников боевых действий хотели бы посвятить свою жизнь любой воюющей армии. У этих людей выработались свои извращенные взгляды на запрет убийства, грабеж, насилие. В разных странах мира они пополняют ряды не только воинских, но и криминальных структур. В нашей стране это в наибольшей мере относится к участникам локальных войн, прежде всего в Афганистане и Чечне. М.М. Решетников (1995) называет эти войны «эпидемией аморальности», ведущей к девальвации идеи освободительной миссии армии, к криминализации и психопатизации многих военнослужащих.

Авторы сожалеют, что в настоящее время отсутствуют единые подходы к оценке качества реабилитации. При оценке деятельности медицинских учреждений используются показатели, относящиеся как к качеству, так и к эффективности лечебно-диагностического процесса, а также организации медицинской помощи в целом. Эффективность медицинской помощи отражает степень достижения конкретных конечных результатов при определенных временных, трудовых и материальных затратах, а качество – степень соответствия проводимого комплекса мероприятий медицинским стандартам или правилам выполнения тех или иных технологий, направленных на обеспечение результативности лечения. Авторы указывают, что задачи и конечные результаты центров реабилитации могут меняться в зависимости от материально-технической оснащенности, уровня профессиональной подготовки, структуры, но качество их работы даже при прочих неравных условиях должно быть одинаково высоким. Отсюда возникает задача оптимизации структуры многопрофильного реабилитационного центра, организации рационального приема больных, что требует высокой координации деятельности управленческих, клинических, параклинических служб на

основе применения компьютерных технологий. Авторы подчеркнули, что актуальность этой проблемы особенно возрастает в условиях медицинского страхования, что во многом обусловлено появлением правовой основы для контроля и оценки качества и эффективности медицинской помощи.

Ю.Н. Клемешева и О.Н. Воскресенская (2009) приводят определение из литературы: под реабилитационным потенциалом понимается «комплекс биологических, личностных и социально-средовых факторов, которые составляют основу ресоциализации больного», т.е. это возможности больного человека при определенных условиях в содействии реабилитационных служб и общества в целом привести в действие биологические и социально-психологические резервы мобилизации реституционных, компенсаторных и адаптивных процессов и других механизмов, лежащих в основе восстановления его нарушенного здоровья, трудоспособности, личного статуса и положения в обществе. Авторы рассматривают реабилитационный потенциал на биологическом, личностном и социальном уровне, как трехуровневую систему:

- уровень 1-го порядка – биологический (саногенетический) потенциал – возможности реституции, регенерации или компенсации анатомических, физиологических, функциональных и психических нарушений;
- уровень 2-го порядка – личностный (потенциал ресоциализации личности) – возможность восстановления или компенсации проявлений активной жизнедеятельности, т. е. адекватного поведения и ориентации, самообслуживания, передвижения, способности к обучению, общению, трудовой деятельности, рекреации и творчеству;
- уровень 3-го порядка – потенциал социальной интеграции (реинтеграции) в общество больного или инвалида – возможности

индивидуума к возобновлению привычного для его (ее) пола, возраста, уровня и характера образования, социального положения и личных интересов образа жизни и восстановления доболезненного статуса в обществе, экономической и юридической самостоятельности, вместе и наравне со здоровыми людьми.

Авторы приводят литературный обзор показателей оценки уровня реабилитационного потенциала при заболеваниях нервной системы:

- *высокий уровень* – незначительные нарушения функций нервной системы (статодинамические, сенсорные, вегетативно-сосудистые, гипертензионно- ликворные и др.), течение заболеваний – стационарное, регрессирующее, рецидивирующее с редкими (с интервалом более года) и недлительными обострениями (10-15 дней); статодинамические функции верхних конечностей свидетельствуют о сохранности основной функции схвата и удержания предметов с возможностью выполнения различных видов захвата, нижних конечностей – о возможности самостоятельного передвижения; исследование координационных возможностей с изучением функционального состояния вестибулярного аппарата (вращательная, калорическая пробы), биомеханики ходьбы (темп ходьбы, длительность двойного шага, коэффициент ритмичности ходьбы и др.) указывают на сохранность самостоятельного передвижения;
- *средний уровень* – умеренные нарушения статодинамической, сенсорной и других функций нервной системы; рецидивирующее течение с обострениями средней частоты (1-2 раза в год) продолжительностью 1-2 мес., медленно прогрессирующее течение; статодинамические функции верхних конечностей – сохранность функции схвата и удержания предметов при затруднении схвата мелких предметов, нижних конечностей – возможность самостоятельного передвижения при использовании дополнительных

средств опоры при ходьбе; исследование координационных возможностей с изучением функционального состояния вестибулярного аппарата (вращательная, калорическая пробы), биомеханики ходьбы (темп ходьбы, длительность двойного шага, коэффициент ритмичности ходьбы и др.) указывают на сохранность самостоятельного передвижения с использованием дополнительной опоры при ходьбе.

- *низкий уровень* – выраженные или значительно выраженные нарушения статодинамической, сенсорной и других функций нервной системы; рецидивирующее течение с частыми обострениями (3-4 раза в год и более), быстро прогрессирующее течение с нарастанием степени выраженности нарушений функций нервной системы; статодинамические функции верхних конечностей – сохранность функции схвата крупных предметов, но без длительного и прочного их удержания, либо невозможность схвата и удержания крупных и мелких предметов, иногда доступно поддержание, прижатие предмета, нижних конечностей – возможность самостоятельного передвижения при использовании дополнительных средств опоры при ходьбе, либо невозможность передвижения при значительно выраженном парезе или параличе; исследование координационных возможностей с изучением функционального состояния вестибулярного аппарата (вращательная, калорическая пробы), биомеханики ходьбы (темп ходьбы, длительность двойного шага, коэффициент ритмичности ходьбы и др.) указывают на возможность самостоятельного передвижения с использованием вспомогательных средств с опорой на костыли или невозможность самостоятельного передвижения при значительно выраженном парезе или параличе нижних конечностей, выраженных вестибулярных нарушениях. Авторы со ссылками на литературные данные заключают, что реабилитационный потенциал

представляет собой сложный комплекс факторов, определяемых на уровне организма, а также возможность или способность их взаимодействия с факторами внешней среды; оценка заложенных и сохранившихся внутренних резервов больного человека и их «силы», исходя из его потенциальных особенностей, является основной предпосылкой использования реабилитационного потенциала в процессе реабилитации инвалидов, а следовательно, определения более эффективной интеграции данной категории граждан в семью и общество.

Д.В. Товпеко и др. (2018) сообщили, что уже в период Первой мировой войны средства физической реабилитации имели огромную практическую и идеологическую силу. Они доказали свою терапевтическую ценность, способствуя развитию новых и компенсирующих сил, а также предоставили после окончания войны возможность ветеранам-инвалидам восстановиться, поверить в себя и свои силы, вернуться к полноценной жизни. Используя эти формы терапевтического движения, врачи Великой войны создали прецеденты для более поздних врачей и специалистов по реабилитации и стали важным звеном в развитии физической реабилитации. Важную роль при лечении в петроградских лазаретах, куда эвакуировали раненых, играли физические методы лечения, в частности, массаж, лечебная физическая культура и физиотерапия.

По данным материалов III и IV Международных конференций «Медицина в годы Великой Отечественной войны». более 700 тысяч медработников трудились над реабилитацией и возвращением в строй раненых.

Д.В. Товпеко и соавт. (2019) приводят данные об эффективности ЛФК для лечения раненых в годы Великой отечественной войны – применение ЛФК имеет прямое отношение к величинам исходов лечения: – хорошая оценка проводимой ЛФК: средняя продолжи-

тельность лечения 43-45 койко-дней; возвращено в строй 93-95%; уволено – 6-8%; – плохая оценка проводимой ЛФК или ее отсутствии: средняя продолжительность лечения 54-71-85 койко-дней; возвращено в строй 46-58%; уволено – 21-30%. Авторы заключили: правильное и своевременное применение ЛФК ускоряет выздоровление, способствует восстановлению нарушенной трудоспособности и возвращению к нормальной жизнедеятельности. Являясь одним из важнейших элементов современного комплексного лечения, ЛФК воздействует не только на патологически измененные ткани, органы или системы органов, но и на весь организм в целом. Физические упражнения влияют на реактивность всего организма и вовлекают в общую реакцию механизмы, которые участвовали в патологическом процессе. В связи с этим лечебную физкультуру можно назвать методом патогенетической терапии.

Е.А. Леушина и соавт. (2020) представили обзорные данные о медицинской реабилитации в годы Великой отечественной войны, которая приобретала все возрастающее значение. Быстрое создание и внедрение развитой системы реабилитационных мероприятий в лечебных учреждениях действующей армии и тыла позволило в годы Великой Отечественной войны вернуть в строй 72,3% раненых и 90,6% больных. Количество раненых, получавших физиотерапию, неуклонно возрастало: с 19% от всего числа раненых в летне-осеннюю кампанию 1941 года до 70% в летнюю кампанию 1942 года. В структуре физиотерапии первого периода войны наибольший удельный вес занимала светотерапия (свыше 70%), гидро- и теплотерапия (23%) и лечебный массаж (5%). К концу первого периода войны снабжение физиотерапевтической аппаратурой с полевых армейских санитарных складов значительно улучшилось. На втором этапе войны были изданы массовым тиражом методические разработки, рекомендации по составлению комплексов лечебной физической культуры

(ЛФК). Кабинеты ЛФК приобрели роль организационно-методических центров подготовки методистов и медицинских сестер. Здесь готовили раненых и больных из «команд выздоравливающих» для проведения гигиенической гимнастики в палатах, обучали навыкам самомассажа, разрабатывали оригинальные аппараты для кинезотерапии. Благодаря отлаженной организации физиотерапевтической помощи и возросшей квалификации специалистов существенно уменьшились сроки назначения процедур. Раннее применение физиотерапии приводило к значимому снижению числа осложнений (келоидных рубцов, контрактур, невралгий) у раненых в конечности и грудь, количество которых составило 80% из всего числа раненых. Основными показаниями к использованию физиотерапии являлись огнестрельные ранения мягких тканей и периферических нервов, костные переломы и их осложнения, инфицированные и вялозаживающие раны, остеомиелиты, травмы периферических нервов, контрактуры суставов, постампутационные фантомные боли и трофические расстройства, отморожения. На завершающем этапе войны успешно применялась разработанная во втором периоде система этапного оказания физиотерапевтической помощи. В батальонном и полковом медицинских пунктах, где оказывалась соответственно доврачебная и первая врачебная помощь в первые часы после ранения, физиотерапия не проводилась. Физические методы лечения начинали применять в дивизионном медицинском пункте на этапе оказания квалифицированной медицинской помощи через 8-12 часов после ранения. Здесь врачи назначали преимущественно процедуры неотложной физиотерапии: ультрафиолетовое облучение в гиперэритемных дозах перед хирургической обработкой раны или сразу после неё. Широко использовали свето-тепловое облучение ран, парафинолечение, местные ручные и ножные ванны с добавлением антисептиков (перманганата калия), УВЧ-терапию при отмо-

рожениях и электрофорез новокаина для анестезии. Наряду с ними на данном этапе в значительном объёме применяли средства ЛФК: дыхательную гимнастику, активные упражнения на поражённых конечностях, лечение положением. Раннее и квалифицированное использование физиотерапии и лечебной гимнастики позволило охватить этими методами в третьем периоде войны 6 миллионов человек, что составило свыше 80% всех раненых и больных.

Методическими рекомендациями по лечению боевой хирургической травмы, утвержденными Главным военно-медицинским управлением Минобороны РФ от 01.09.2022 года, предусмотрена необходимость медицинской реабилитации для пострадавших со средней, тяжелой и крайне тяжелой степенью травматической болезни в стационарных условиях. Таким пострадавшим реабилитационная помощь должна оказываться уже в рамках специализированной помощи в военно-медицинских организациях 4-5 уровня:

- 4 уровня: Окружной военный госпиталь с филиалами и структурными подразделениями; Военный полевой госпиталь для легкораненых -специализированная хирургическая помощь и лечение, медицинская реабилитация, лечение легкораненых до 30 суток;
- 5 уровня: Главный и центральные военные госпитали, клиники Военно-медицинской академии – специализированная хирургическая помощь и лечение, медицинская реабилитация тяжелораненых.

В тыловых военно-медицинских организациях осуществляется специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь и лечение раненых (окончательное восстановление структуры и функции поврежденных органов и тканей), медицинская реабилитация.

Таким образом, пострадавшие, которым показана медицинская реабилитация, находящиеся в стационарных условиях военно-меди-

цинских организаций, могут быть признаны решением Военно-врачебной комиссии не годными к службе и подлежащими демобилизации, а также легко пострадавшие (легкораненые), в период лечения которых закончился их срок службы, но нуждаемость в мерах медицинской реабилитации в стационарных условиях у всех указанных категорий сохраняется.

Необходимость обеспечения непрерывности медицинской реабилитации в условиях стационара диктуется рядом факторов:

- тяжестью полученной травматической болезни и необходимостью получения навыков жизни в условиях полученного объема повреждений и увечий;
- психологическим неприятием пострадавшего реалий объема повреждений и увечий;
- психологической неготовностью перемещения к месту проживания и призыва с полученным объемом повреждений и увечий;
- подготовки к протезированию;
- необходимостью долечивание сопутствующей травматической болезни патологии внутренних органов (сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний пищеварительной, дыхательной, эндокринной систем, стоматологических заболеваний, заболеваний кожи и др.);
- необходимостью составления длительного плана медицинской реабилитации на основе современных научно-медицинских подходов в условиях специализированной медорганизации реабилитационного профиля.

Указанные факторы, а также неготовность системы медицинской реабилитации (кадровый голод, отсутствие методических разработок, организаций и оборудования) в субъектах РФ по месту жительства или призыва диктуют необходимость непрерывной медицинской реабилитации прямым переводом из военно-медицинской

организации 4-5 уровня в МО реабилитационного профиля – на первый непрерывной медицинской реабилитации пострадавших (НМРП).

В рамках первого этапа НМРП возможна инициация медико-социальной экспертизы и процесса получения инвалидности в соответствии с письмом Федерального бюро медико-социальной экспертизы Министерства труда и социальной защиты РФ от 29.08.2022 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 в рамках индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, в том числе назначения технических средств реабилитации с учетом характера полученных травм и ранений, включая ампутации верхних и нижних конечностей». Согласно пункту 17 Правил признания лица инвалидом, утв. постановлением 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. Этот первичный выход на инвалидность может потребовать проведение экспертизы качества медицинской помощи (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».

Вторым этапом непрерывной медицинской реабилитации пострадавших (НМРП) является медицинская реабилитация в условиях субъекта РФ – места проживания или призыва пострадавшего в МО, перечень которых определяется органом исполнительной власти субъекта РФ (маршрутизация, порядок).

Приказом Министра обороны РФ от 27.01.2017 г. № 60 «О медико-психологической реабилитации военнослужащих» утверждены:

1) 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;

2) Перечень показаний к медико-психологической реабилитации и продолжительность медико-психологической реабилитации: при утомлении 1 и 2 степени – 10 суток; при утомлении 3 степени и пе-

реутомлении – 20 суток; при астении – 30 суток.

Д.В. Тришкин и др. (2016) уточнили показания для медико-психологической реабилитации военнослужащих:

F48.0 – Синдром усталости – реабилитация продолжительностью до 10 суток;

F43.0 – Истощение и усталость (вследствие, при): нервной демобилизации, опасности – реабилитация продолжительностью до 1- суток;

Z73.0 – Переутомление – реабилитация продолжительностью до 20 суток;

R53 – Недомогание и утомляемость; астения, слабость – реабилитация продолжительностью до 30 суток;

F48.8 – Психастения (уточненные невротические расстройства) – реабилитация продолжительностью до 30 суток.

Сотрудники Международного Комитета Красного Креста К. Жианну и др. (2010; 2013) указывают, что конечный результат лечения пациентов, раненных на войне, зависит от многих факторов, включающих в т.ч. физиотерапию и реабилитацию. Правильно проведенная хирургия дает пациенту самые лучшие шансы на выживание и на хорошее качество жизни, а также сокращает срок пребывания в больнице. Для быстрого восстановления подвижности и достижения хороших функциональных показателей необходима высококачественная физиотерапия. Лечение не может считаться законченным, пока пациент не пройдет реабилитацию. Успешное хирургическое лечение жертв минно-взрывных травм является лишь первым шагом в оказании им помощи. Затем появляются проблемы физической и психологической реабилитации, а также социальной и экономической реинтеграции лиц, у которых ампутированы конечности. Хотя ближайшие последствия истощения больничных ресурсов сами по себе весьма ощутимы, в долгосрочном плане стоимость реабили-

тации, обеспечение протезами, потеря доходов и социально-экономическая зависимость тяжелейшим образом сказываются на инвалидах, их семьях и на обществе в целом. При переломах нижней конечности приложении нагрузки приводит к быстрому заживлению кости, и поэтому необходимо, чтобы пациенты как можно скорее начинали выходить на костылях. Без мотивированной физиотерапии физическая реабилитация раненой конечности происходит очень медленно, а функциональные результаты совершенно недостаточны. Лечение пациента может считаться законченным только после завершения его реабилитации. Реабилитация должна включать в себя: реконструктивную хирургию с применением специальных методов, описание которых не входит в задачи настоящего издания; физиотерапию в течение долгого времени после операции; оснащение протезом и, наконец, последующее профессиональное обучение, которое должно помочь пациенту вновь обрести, насколько это возможно, активное и независимое положение в обществе.

Указаниями по военно-полевой хирургии ГВМУ Минобороны РФ (2000) предусмотрено: задачами медицинской реабилитации является восстановление анатомических структур поврежденных тканей, нарушенных органов и систем, что осуществляется путем применения консервативных (физиотерапия, лекарственная терапия, лечебная физкультура) и хирургических методов. Они проводятся по реабилитационным программам в соответствии с периодами раневого процесса, имеющими особенности при ранении каждой области тела и органа, и основываются на принципах максимально раннего начала лечебно-восстановительных мероприятий, комплексности, динамическом врачебном контроле за ответными реакциями организма. В полной мере концепция травматической болезни реализуется на этапе оказания специализированной медицинской помощи, где лечение тяжелых последствий травмы и осложнений, включая

реабилитацию раненых, осуществляется, в зависимости от локализации повреждений и их характера, до окончательного исхода. Даже организация помощи легко раненым включает проведение медицинской и социальной реабилитации с первых дней лечения раненых.

Методическими рекомендациями по лечению боевой хирургической травмы, утв. ГВМУ Минобороны РФ 01.09.2022 г., предусмотрено: медицинская реабилитация потребуется раненым и пострадавшим следующих профилей:

1) в современных военных конфликтах санитарные потери нейрохирургического профиля достигают 30%, а черепно-мозговые повреждения – 15%; из их числа 51% – взрывные повреждения, 38% – огнестрельные ранения (25% – осколочные ранения, 13% – пулевые ранения); 11% -неогнестрельные травмы; повреждения позвоночника составляют 0,5-2,4 %, а повреждения нервных стволов конечностей достигают 11-13% в общей структуре боевой хирургической травм;

2) частота боевых повреждений органа зрения в современных военных конфликтах превышает 6% (тяжелые открытые и закрытые травмы глазного яблока и их последствия зачастую требуют повторных комбинированных оперативных вмешательств с целью как восстановления функций, так и сохранения глаза как органа – медицинская реабилитация. Также проводится медицинская реабилитация при разрушениях глазного яблока, в ходе которой целесообразно проводить оптикореконструктивные операции в виде эвисцерации с возможной имплантацией политетрафторэтиленовых вкладышей, для дальнейшего эффективного подбора косметических протезов. В случае невозможности выполнения эвисцерации (большие дефекты фиброзной капсулы глаза), выполняется энуклеация с протезированием, для лучшей подвижности культи);

3) удельный вес повреждений груди в структуре санитарных по-

терь в современных военных конфликтах, благодаря широкому применению бронежилетов, снизился до 4 – 9%;

4) частота ранений живота в современных военных конфликтах достигает 6,6-9,0%;

5) частота ранений и травм таза составляет 1,7-5,0%;

6) повреждения органов мочеполовой системы в современных военных конфликтах составляют 2-4%, при этом на ранения приходится 77%, на закрытые травмы – 23%; главной особенностью боевой урологической патологии является то, что в 95% случаев она сочетается с повреждением живота и других анатомических областей;

7) частота повреждения конечностей в современных военных конфликтах составляет 53-60% в общей структуре боевой хирургической травмы;

8) частота ранений и травм кровеносных сосудов в современных военных конфликтах значительно выросла и достигает 10%; подавляющее большинство этих ранений представлена артериями и венами конечностей, наиболее часто – бедренно-подколенного сегмента (до 40-50%), сосудов голени и плеча (по 20-30%);

9) в современных вооруженных конфликтах частота термических ожогов составляет 1,5%;

10) частота легкораненых во всех войнах превышает 50-60% от санитарных потерь хирургического профиля. Категория легкораненых требует лечебно-реабилитационной тактики на всех уровнях оказания медицинской помощи. В госпиталь для легкораненых направляются реконвалесценты для завершения реабилитационного лечения (медикаментозной и хирургической коррекции последствий ранений и травм, физиотерапевтических, бальнеологических процедур, ЛФК, трудотерапии, мер по скорейшему восстановлению профессиональных навыков), после чего также направляются в свои подразделения.

Л.Н. Казначеев и др. (2000) приводят данные: у 30-40 % пациентов с ампутационными дефектами нижних конечностей в первые годы их жизни возникает инфаркт миокарда, а у 4% – инсульт, в т.ч. с летальным исходом. Частота острого инфаркта миокарда в течение первых трех лет после ампутации нижних конечностей по поводу сосудистых заболеваний может достигать 60-80%. Как ампутационный дефект опорно-двигательного аппарата, так и приведенные выше инфаркт и инсульт требуют обязательных реабилитационных мероприятий и вторичной профилактики неблагоприятных исходов.

Ю.К. Янов и др. (2001) сообщили: в период Афганской войны 1980–1988 гг., из 11 654 военнослужащих, уволенных из Вооруженных Сил в связи с ранениями, увечьями и тяжелыми заболеваниями, стали инвалидами 10751 человек, из них инвалидами 1-й группы – 672, 2-й – 4216, 3-й – 5863.

А. Иванов и др. (2003) на основе десятилетнего опыта ведения боевых действий в Чеченской Республике сформулировали определение реабилитации, как комплексе психологических мероприятий и системе социальной деятельности с целью – не только нормализации, как функционального состояния организма, так и эмоциональной, морально-нравственной и мотивационной сфер личности, но и восстановление профессионально важных качеств военнослужащего, от которых зависит его военно-профессиональная работоспособность. Авторы представили и основные задачи социально-психологической реабилитации:

- оценка психофизиологического состояния пострадавших, определение качества и степени психоэмоционального расстройства;
- определение путей и методов психологического воздействия с целью восстановления психического здоровья и работоспособности пациента;
- формирование оптимальной психологической реакции на послед-

ствия ранения и лечение;

- изучение динамики психических нарушений в процессе лечения;
- оценка физической, сенсорной и интеллектуальной работоспособности, сопоставление их с номинальными показателями профессиональной работоспособности, восстановление утраченных психических функций;
- коррекция психосоматического статуса методами психотерапевтических, психофизиологических и психофармакологических воздействий;
- осуществление профессиональной реабилитации, а при необходимости
- профессиональной переориентации;
- коррекция самосознания, самооценки и самочувствия;
- оказание помощи в подготовке к повторным хирургическим операциям и купирование болевых ощущений.

Авторы считают, что воздействие экстремального стрессора боевых действий приводит к манифестации посттравматического стрессового синдрома в виде трех констелляций: интрузии, избегания и гиперактивности. Интрузия – неотступное переживание травматического события, выступающее в одной из следующих форм: 1) навязчивые дистрессирующие воспоминания травмирующих событий; 2) периодически повторяющиеся кошмарные сновидения; 3) неожиданные ощущения прямого возврата травматических событий и повторного их переживания (иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды), возникающие в состоянии как бодрствования, так и опьянения; 4) интенсивный психологический дистресс под воздействием обстоятельств, символизирующих пережитые травматические события и их отдельные аспекты, либо имеющих с ними сходство (например, годовщина травмы). Избегание -упорное избегание стимулов, связанных с травмой; сопровождающееся эмоциональным

оскудением, чувством безразличия к другим людям: 1) осознанные усилия избегать мыслей или чувств, связанных с травмой; 2) попытки избегать каких-либо действий или ситуаций, способных стимулировать воспоминания о травме; 3) неспособность вспомнить важный аспект травмы (психическая амнезия); 4) снижение интереса к ранее значимым для данного человека видам активности; 5) чувство отчуждения к окружающим; 6) снижение способности к сопереживанию и душевной близости с другими людьми; 7) ощущение “укороченного будущего” (неуверенность в будущей карьере, возможностях женитьбы и семейной жизни, в самой продолжительности жизни).

Гиперактивность: 1) трудность засыпания или поверхностный сон; 2) повышенная раздражительность или вспышки гнева; 3) трудности с концентрацией внимания; 4) повышенная бдительность; 5) избыточная реакция на внезапные раздражители; 6) повышенный уровень физиологической реактивности на обстоятельства, символизирующие травматическое событие или напоминающие наиболее существенные его аспекты.

Авторы за основу психокоррекционной работы с ранеными принимают следующие психотерапевтические методы и соответствующие техники: – психологическое консультирование; – суггестотерапия; – гетеро- и ауторелаксационные техники; – когнитивная психотерапия; – психологический дебрифинг; – транзактный анализ; – психодрама; – музыкальная психокоррекция; – метод биологической обратной связи; – альфа-массаж (полисенсорная капсула); – логотерапия и др. Выбор методов работы и техник определялся индивидуально-психологическими особенностями каждого раненого и принципом соответствия метода – основным задачам психологической коррекции: – снижение психоэмоционального напряжения; – восстановление функционального состояния организма; – обучение основным методам психологической саморегуляции; – повышение личностного адаптационного потенциала;

– восстановление морально-нравственной сферы личности военнослужащих; – формирование конструктивного стереотипа поведения, который способствовал бы дальнейшему благополучию пациентов в профессиональной сфере и в личной жизни; – развитие коммуникативных способностей.

А. Иванов и др. (2003) указывают на высокую эффективность реабилитационных мероприятий, приводя несколько клинических примеров, один из них: рядовой Константин Л., 20 лет, в ноябре 2001 г. был отправлен в Чечню. Десятки 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 медэкипажа, 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, 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. Для Константина была определена индивидуальная программа реабилитации: 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 посттравматического стрессового расстройства (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.

Е.К. Гуманенко и соавт. (2005) показали, что в контртеррористических операциях на Северном Кавказе в период с 1994 по 2002 годы на долю огнестрельных ранений приходилось до 58,9%, боевые травмы составили до 33,1%, термические поражения – до 6,2%. Ведущей локализацией повреждений были ранения и травмы конечностей – до 53,2%, на втором месте – ранения и травмы головы – до 34%, ранения и травмы груди – до 8,2%, ранения и травмы живота – до 4,9%. В структуре боевых ранений и травм – множественных – до 13,6% и сочетанных – 24,1%.

С.Н. Пузин и др. (2005) отметили, что в структуре инвалидности вследствие военной травмы, инвалиды с ЧМТ занимают первое место, составляя 43,4% от общего количества инвалидов, на втором

месте инвалиды с травмами опорно-двигательного аппарата 39,0%. С.Ф. Курдыбайло (2006) и большинство авторов подчеркивают: немаловажным является тот факт, что инвалидность устанавливается в молодом трудоспособном возрасте, у людей, которые до полученной травмы имели достаточно высокое качество жизни, с высоким уровнем интеллектуального развития, были социально востребованы и активны, поэтому при проведении комплексной реабилитации инвалидов вследствие военной травмы должны учитываться достаточно высокие их притязания на интеграцию в общество. В исследованиях Б.Н. Хубутия (2009) показано, что в структуре инвалидности среди участников боевых действий первое место занимали последствия минно-взрывных травм (42,6%), их них последствия черепно-мозговой травмы – 28,4%. По материалам С.Л. Панасенко С.Л. (2009) и Главного клинического госпиталя МВД России за 1996-2007 гг., инвалиды вследствие боевых черепно-мозговых травм из числа сотрудников правоохранительных органов составили 23,3%. С.А. Живолупов и соавт. (2009) привели данные о том, что в ходе вооруженного конфликта на Северном Кавказе, частота боевых повреждений головного мозга составила 17,9% от общего числа раненых и 83% от числа пострадавших неврологического профиля. У них в 50-90% случаев сохраняется неврологическая патология или формируются новые неврологические синдромы, что приводит к полной потере трудоспособности в 19-25% случаев, частичной – в 47-58%, причем большинство инвалидов – трудоспособного возраста.

А.А. Воротников и соавт. (2010) сообщают, что в последнее время перед специалистами в области протезирования инвалидов с ампутационными дефектами нижних конечностей всё чаще возникают проблемы, обусловленные наличием порочных культей и пороков культей. Под порочной культей подразумевают такое её состояние, при котором протезирование невозможно, несмотря на предшеству-

ющее консервативное лечение и наличие всех условий для индивидуального, в том числе сложного и атипичного протезирования. При этом имеющаяся совокупность патологии исключает возможность назначения или использования протеза до радикального устранения всех негативных причин оперативным путём. Культей, имеющей пороки, или проблемной культей, называют состояние усечённой конечности, когда первичное протезирование возможно после тщательного выполнения определенных условий. Как правило, они включают консервативную комплексную подготовку культы нижней конечности к протезированию при помощи занятий лечебной физической культурой, массажа, физиотерапии, эластического бинтования, медикаментозного и санаторно-курортного лечения, других мероприятий. Пороки культей нередко носят ятрогенный характер и могут возникать в различные периоды лечения пациентов. В отдалённые сроки отмечаются ишемические расстройства с образованием участков некроза и трофических язв, коническая форма и иные деформации культы, которые обычно являются результатом нерационального планирования операции, ошибочного выбора уровня усечения конечности. Стойкие контрактуры в вышележащем суставе, порочное положение культы также формируются в позднем послеоперационном периоде. Их появлению способствуют неоправданно длительное соблюдение постельного режима, пренебрежение профилактической иммобилизацией конечности и занятиями лечебной физкультурой. Пороки культей, наиболее часто встречающиеся в наблюдениях авторов, они условно разделили на следующие группы: – синдром болезненной культы -53%; порочное положение культы и контрактура в вышележащем суставе -27%; ишемия и трофические язвы культы -10%; остеомиелит культы – 4%; вальгусная или варусная деформация коленного сустава – 4%. Авторами сделаны следующие выводы: 1) проблемные и порочные культы часто осложняют

протезирование у пациентов после ампутаций нижних конечностей, достигая 8,8% (культы, имеющие пороки, проблемные культы) и 4,2% (порочные культы); 2) наиболее характерными причинами развития проблемных и порочных культей было пренебрежение профилактической иммобилизацией конечности в послеоперационном периоде, занятиями ЛФК и эластическим бинтованием культи; 3) важной причиной формирования порочных и проблемных культей нижних конечностей является наличие порочного положения культи и контрактуры в вышележащем суставе (коленном или тазобедренном); 4) правильный выбор показаний и методики ампутации, строгое соблюдение технологии оперативного вмешательства и ведения больного в послеоперационном периоде, привлечение специалистов протезно-ортопедических предприятий и реабилитологов на разных этапах лечения в хирургических стационарах позволят существенно снизить количество проблемных культей и повысить качество протезно-ортопедической помощи инвалидам.

В.П. Тюриным и др. (2010) представлены собственные и литературные данные о частоте висцеральной патологии у раненых во время второй Чеченской военной кампании, которая составила 51,8%, что сопоставимо с данными по войне во Вьетнаме (45%) и Афганистане (50%). Основными видами патологии внутренних органов у раненых были: – со стороны органов дыхания – ушиб легкого, пневмонит, первичная травматическая пневмония, гемопневмоторакс; – со стороны сердечно-сосудистой системы – дистрофия миокарда (вследствие электролитных нарушений, анемии, раневой интоксикации), ушибы сердца, гипертоническая болезнь и др.; – со стороны желудочно-кишечного тракта – эрозивно-язвенные поражения преимущественно верхних отделов, нарушение питания при повреждении органов пищеварения, а также вследствие повышенного катаболизма у раненых. Патология внутренних органов, диа-

гностированная у раненых, умерших в лечебных учреждениях (в % от 163 пациентов): пневмония – 58%; раневой гнойный менингоэнцефалит – 18%; гнойный плеврит – 17%; острая почечная недостаточность – 16%; острая язва ЖКТ – 15%; раневое истощение – 8%; раневой сепсис – 8%; смертельное желудочно-кишечное кровотечение – 7%; ДВС-синдром -5%; инсульт (геморрагический, ишемический) – 4%; тромбоэмболия легочной артерии – 3%. Смертельные осложнения 145 умерших с огнестрельными ранениями: пневмония 18% в среднем на 8 сутки; раневой сепсис 4,8% – на 10 сутки; раневое истощение 4,8% на 41 сутки в среднем; кровотечение из острой язвы желудочно-кишечного тракта – 3% на 11 сутки; тромбоэмболия легочной артерии – 2,8% на 6 сутки. Особенности пневмонии у военнослужащих во время Чеченской кампании являлись: тяжелое течение с развитием осложнений в виде инфекционно-токсического шока у 7,6%, миокардита (6,9%), инфекционно-токсической нефропатии (4,6%), дефицит массы тела у каждого 6–7 военнослужащего. Среди легочных осложнений у раненых преобладали пульмонит (6–8,2%), ушиб легкого (7,4%), первичная травматическая пневмония (7,4–14,3%), гемопневмоторакс (5,4%). Естественно, что указанная патология внутренних органов у раненых требует начала ранней стационарной реабилитации с последующими периодическими госпитальной и амбулаторной реабилитацией остаточных явлений патологии внутренних органов.

Р.В. Хажалиев (2010) при анализе медпомощи 361 раненому с минно-взрывной травмой из числа гражданского населения при террористических актах установил четыре периода течения травматической болезни: 1 период – нестабильной гемодинамики (1-3 сутки); 2 период – появление органических нарушений (7 сутки); 3 период – гнойно-септических осложнений на фоне органических нарушений (15 сутки); 4 период – относительной стабилизации жизненно важных

функций. Наибольшая летальность раненых приходится на 1-й и 3-й период травматической болезни. Реабилитация показана раненым во все периоды травматической болезни. У раненых с минно-взрывной травмой, полученной в закрытом пространстве, кроме осколочных и термических повреждений регистрируются тяжелый ушиб головного мозга, травматический ушиб сердца, баротравма легких, что увеличивает 30-суточную летальность на 10%. Выявлены недостатки проводимой интенсивной терапии, заключающиеся в недостаточном обезболивании, ранней экстубацией раненых и переводу на самостоятельное дыхание, нерациональной по объему и качеству инфузионно-трансфузионной терапии, нерациональной антибиотикотерапии, препятствующие ранней и адекватной реабилитации.

М.А. Магарамов и др. (2010) указывают, что основной принцип ампутаций остается неизменным – выполнять их по возможности дистальнее, но не в пределах жизнеспособных тканей; при этом общими патогенетическими принципами лечения пострадавших от боеприпасов взрывного действия являются: 1) выполнение ампутаций поврежденных сегментов конечностей необходимо производить в строгом соответствии с сохранением тех анатомических структур, изменения в которых носят преимущественно обратимый характер; 2) применение хирургических приемов следует сочетать с проведением интенсивных послеоперационных лечебных мероприятий, направленных на восстановление жизнеспособности тканей в ампутированной культе и околораневых тканях после их хирургической обработки. Авторы считают, что уже в процессе оказания специализированной хирургической помощи актуально решение задач медицинской реабилитации.

А.А. Утюганов (2011) исследовал особенности смысловой сферы военнослужащих, переживших боевой стресс. Под боевым стрессом понимается многоуровневый процесс адаптационной активности

человеческого организма и личности в условиях боевой обстановки, сопровождающейся значительно превосходящими повседневный уровень по длительности и интенсивности, психическими и физическими нагрузками, психогенными влияниями ранений, травм и заболеваний, переживание наблюдаемых случаев гибели людей. Установлено, что психологические проявления боевого стресса в значительной степени зависят от характера боевых действий, длительности пребывания в боевой обстановке и интенсивности боев. Вследствие экстремального воздействия, боевой стресс возникает у любого человека, находящегося в условиях боевых действий. Переживание стрессового события может выступать фактором трансформации смысловой сферы личности. Переживание боевого стресса у военнослужащих сочетается с изменениями смысловой сферы их личности, меняется уровень осмысленности жизни (бессмысленность мира, личности, себя, жизни). Негативная смысловая динамика чаще наблюдается у военнослужащих, впервые участвующих в боевых действиях. Это вполне объяснимо, поскольку шокирующие реалии боевых действий наиболее вероятно вызывают у новобранца активизацию защитных психологических механизмов, которые проявляются в виде утраты способности личности к открытому восприятию и переживанию внешнего опыта, а в смысловой сфере к закрытию границ между осмысленностью прошлого, настоящего и будущего, что приводит, как минимум, к временной дезинтеграции смысловой системы личности.

С.Г. Королев и др. (2011) констатируют, что постампутационные дефекты нижних конечностей являются одной из важнейших причин инвалидности среди населения, а проблема реабилитации пациентов с культиями бедра или голени остается одной из актуальных медико-социальных проблем нашего времени. Необходима ориентированность специалиста на достижение конечных результатов

реабилитации – повышение мобильности и социальной адаптации данного контингента больных.

Г.Х. Абдрафикова, Н.А. Гурьева (2012) сообщили о высокой эффективности реабилитации для жизни пострадавших в локальных военных конфликтах на примере успешно действующего с 1991 года в Московской области Центра восстановительной терапии им. М. А. Лиходея (ЦВТ) Российского фонда инвалидов войны в Афганистане для участников локальных военных конфликтов и их семей. Основными направлениями реабилитации инвалидов военных конфликтов в ЦВТ являются: восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение; профессиональная ориентация, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственная адаптация; социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социально-культурная реабилитация, социально-бытовая адаптация; физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт. Пострадавшим доступны все виды физиотерапевтического лечения: лазеро-, электро-, магнито-, волновая и ультразвуковая терапия; ЭУВТ, грязе- и теплолечение; гидропатические процедуры: контрастные ванны, обертывания, душ Шарко, циркулярный душ, восходящий душ, вихревые ручные и ножные ванны; лечебные ванны: углекислые, жемчужные с морской солью и йодобромом, с бишофитом, скипидарные; несколько видов массажей: мануальная терапия, классический ручной, подводный душ-массаж, бесконтактная гидромассажная ванна, массажные кресла и кровати; ингаляции, галотерапия, медикаментозное лечение, бассейн, сауна, инфракрасная сауна, криосауна, иглорефлексотерапия, диагностика по методу Фолля, биорезонансная терапия, гирудотерапия, озонотерапия, фито-бочка, стоун-терапия. Состояние здоровья участников локальных военных конфликтов требует особого внимания, так как

на фоне травм, полученных во время боевых действий, возникают новые заболевания, вызванные возрастом, стрессовыми ситуациями в семье, на работе. Реабилитация участников локальных событий, особенно инвалидов, направлена на возвращение или включение их в общественно полезный труд в соответствии с состоянием здоровья и трудоспособности, личными желаниями и возможностями.

А.М. Бурлаком (2012) в диссертации «Разработка системы организационных мероприятий и оптимизированных технологий медицинской реабилитации раненых с вертеброгенными осложнениями боевой травмы верхних конечностей в условиях реабилитационного центра» сделаны следующие выводы: 1. В структуре боевых травм и повреждений военнослужащих в условиях современных локальных конфликтов на долю ранений верхних конечностей приходится до 11,5%. Это обусловлено не только характером боевых действий, но и используемым оружием и средствами индивидуальной защиты туловища (бронежилеты) и головы (защитные шлемы). 2. К характерным особенностям вертеброгенных осложнений при ранениях верхних конечностей относятся высокая частота их появления. Наличие дегенеративно-дистрофических изменений в шейно-грудном отделе позвоночного столба зарегистрировано в 87,3% случаев. Зарегистрированы основные синдромы клинического проявления вертеброгенных осложнений: синдром асимметрии позвоночника у 99%) раненых, болевой у 71% раненых, компрессионно-рефлекторный у 58,7%, корешковой компрессии в 18% случаях, рефлекторно-компрессионный у 16,8% раненых, рефлекторный синдром у 13,7% раненых. Выявлены у военнослужащих с ранениями верхних конечностей устойчивые изменения в психоэмоциональной сфере у 70% пациентов: так в 87,6% отмечались тревожные проявления, а у 84% регистрировалась астенизация. 3. Лечение и медицинская реабилитация раненых с вертеброгенными осложнениями при боевой

травме верхней конечности проводится по стандартной программе: режим – щадящий, щадяще-тренирующий, тренирующий, медикаментозная терапия, физиотерапевтические процедуры приводит к незначительному улучшению состояния (в пределах 2-3%). 4. Улучшение клинического состояния раненых с вертеброгенными осложнениями при боевой травме верхней конечности после проведения акупунктуры и мануальной терапии отмечено соответственно в 85% и 87% наблюдений. Однако акупунктура отличается ранним анагетическим (после 2-3 процедур) и отчетливым вегетотропным эффектом, тогда как для мануальной терапии характерно сочетание постепенного регресса боли и мышечно-дистонических расстройств. Оптимизация с помощью немедикаментозных методов лечения (биомеханотерапия, мануальная терапия, массаж, иглорефлексотерапия, интегральные технологии) увеличивает эффективность медицинской реабилитации на 35%. 5. Наиболее выраженным реабилитационным эффектом обладает курсовая восстановительная программа, включающая сочетание методов биомеханотерапии, мануальной терапии, массажа, иглорефлексотерапии, пассивных и активных интегральных технологий в одном реабилитационном комплексе. Хорошим, но менее отчетливым эффектом обладают реабилитационные программы, включающие биомеханотерапии, мануальной терапии и пассивных интегральных технологий. 6. Наиболее надежными предикторами эффективности медицинской реабилитации болевого синдрома является иглорефлексотерапия, рефлекторно-компрессионного синдрома – мануальная терапия, рефлекторного синдрома – биомеханотерапия. 7. Включение в программу реабилитации иглорефлексотерапевта, мануального терапевта обеспечивает восстановление функции травмированной конечности: полное у 64%, частичное у 11%, а также стабильные отдаленные результаты. 8. Для раненых с вертеброгенными осложнениями при боевой травме верх-

них конечностей, поступивших на медицинскую реабилитацию необходимо раннее выделение ведущих патогенетических синдромов.

9. Раненым с вертеброгенными осложнениями при боевой травме верхних конечностей, поступившим на медицинскую реабилитацию с ведущим синдромом асимметрии позвоночника необходимо назначение биомеханотерапии на силовых тренажерах, мануальной терапии, массажа, иглорефлексотерапии; при наличии сопутствующих болевых синдромов рекомендуется назначение комплекса биомеханотерапии на силовых тренажерах и мануальной терапии.

А.И. Руднев (2012) в диссертации «Медицинская реабилитация военнослужащих после минно-взрывной травмы» указывает, что по официальным данным, общее число инвалидов войны в Чечне составило около 52 тыс. человек, из них 1500 чел. ампутанты. При отрывах конечности у инвалидов определялись выраженные биомеханические нарушения: изменение тонуса мышц спины и плечевого пояса, развитие остеохондроза позвоночника, плоскостопия вследствие перегрузки стопы, ограничение подвижности тазобедренного сустава, сколиотическая деформация нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника. Инвалиды, перенесшие ампутации нижних конечностей, нуждаются в адекватных средствах двигательной реабилитации. В реабилитационном процессе одно из ведущих мест принадлежит адекватному протезированию. В структуре госпитальной заболеваемости частота встречаемости минно-взрывных ранений с отрывом конечности составляет ежегодно, в среднем, около 16%, из них около 60% – лица на стадии вторичного протезирования. У военнослужащих с травматической ампутацией нижней конечности часто отмечаются фантомные боли, боли в поясничной области, торсии крестца (в 100% случаев), признаки передней или задней ротации тазовой кости (в зависимости от срока с момента травмы – от 0,8 до 1,4 см), дисфункции лобкового симфиза (в 40-

80% случаев) и хлыстовой травмы («wiplash») (в 60-80% случаев). Качество жизни комбатантов определяется низкими значениями показателей по шкалам боли, физического функционирования и психического здоровья. Превышение значений показателей указанных шкал у военнослужащих без минно-взрывной травмы, по сравнению с комбатантами, составляет 2,8 раза. После восстановительного лечения у военнослужащих с отрывом одной из конечностей, отмечается увеличение значений показателей по шкалам: боли и психического здоровья в 2,1-2,5 раза, физического функционирования и жизнеспособности в 1,6-1,9 раза, общего здоровья в 1,3-1,5 раза, а также отмечается существенное уменьшение уровня реактивной тревожности в 1,4 раза. После восстановительного лечения у военнослужащих с минно-взрывной травмой отмечается существенное уменьшение уровня реактивной тревожности в 1,4 раза, улучшение значения показателей самочувствия на 14%, активности на 23% и настроения на 16%. Отмечается увеличение показателей работоспособности в 1,4 раза, а также уменьшение значений показателей усталости в 1,4 раза, тревоги в 2 раза. После проведенной реабилитации при минно-взрывной травме отмечается уменьшение частоты встречаемости признаков структуральных дисфункций: показателей блока позвонков шейного в 13 раз, грудного в 4,5 раза и поясничного отдела позвоночника в 6,5 раз, а также дисфункции крестца в 4,7 раза; признаки блока позвонков шейно-грудного сочленения после лечения не встречаются вовсе. По результатам факторного анализа в структуре факторов здоровья до реабилитации комбатантов 30,6% принадлежит психологическому компоненту здоровья, а на долю физического компонента приходится лишь 9,8%. После реабилитации в структуре факторов здоровья доля психологического компонента здоровья возрастает в 1,4 раза (до 42%), при этом до 12% приходится на социальный компонент здоровья. Для повышения эффективно-

сти профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении военнослужащих с нарушениями опорно-двигательного аппарата вследствие, имевших в анамнезе минно-взрывную травму и ранение с отрывом конечности автор предлагает реализовать следующие научно-обоснованные рекомендации: 1. Организация и проведение мероприятий восстановительного лечения должны включать: – оценку функционального состояния опорно-двигательного аппарата на основе мануальных (остеопатических) технологий; учёт характера и степени выраженности изменений в психоэмоциональной сфере и индивидуально-психологических особенностях личности больных. 2. Осуществлять оценку эффективности проведения профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий в процессе диспансерного динамического наблюдения за военнослужащими с использованием показателей качества жизни с помощью опросников. 3. Лицам, имеющим минно-взрывное ранение с отрывом одной из нижних конечностей рекомендуется применение с первых дней пребывания в госпитале с учетом уровня ампутации и состояния организма в целом. После ампутаций нижних конечностей в использовании средств лечебной физической культуры (ЛФК) различают три основных периода: – ранний послеоперационный (со дня операции до снятия швов); – период подготовки к протезированию (со дня снятия швов до получения постоянного протеза); – период овладения протезом.

А.Я. Фисун и др. (2014) указали, что в настоящее время МР является неотъемлемой составной частью медицинского обеспечения Вооруженных Сил и представляет собой дифференцированную систему лечебно-профилактических мероприятий по восстановлению функционального состояния организма раненых и больных военнослужащих до оптимума боеспособности посредством преемственного и последовательного применения индивидуализированного комплекса

медикаментозных, хирургических, физических, психологических, психофизиологических и иммунокорректирующих методов воздействия на функционально или патологически измененные системы организма. На основании систематизации научных сведений и результатов собственных исследований выделяют следующие *методологические принципы* МР: – системность подхода к определению целей МР и оптимальному распределению имеющихся ресурсов, при котором достигается минимальное значение критерия «затраты/эффективность»; – дифференцированность организации реабилитационных мероприятий (по месту проведения, срокам, характеру патологического процесса у военнослужащего и т. д.); – адаптивность реагирования и реорганизации системы МР при изменении внешних условий (количество нуждающихся, особенности финансирования и медицинского снабжения и т. д.); – превентивность реабилитационных мероприятий при выявлении донологических нарушений функций органов и систем у военнослужащих; – этапность проведения МР с концентрацией на каждом этапе необходимого и достаточного резерва сил и средств; – непрерывность МР с поступательным наращиванием интенсивности реабилитационных мероприятий; – преемственность с единым пониманием задач МР и принципов ее проведения; – комплексность проведения мероприятий МР; – индивидуализация реабилитационных программ; -адекватность проводимых мероприятий резервам организма, характеру патологического процесса и степени нарушения профессионально важных качеств; – доступность МР в полном объеме для всех нуждающихся в восстановительном лечении; – эффективность комплекса мероприятий МР, информативность (накапливание, структуризация и интеграция информации о функциональном состоянии военнослужащих). *Комплексная реабилитационная программа* должна включать пять основных компонентов: 1) медикаментозная и хирургическая коррек-

ция 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 обязанностей в будущем; 5) нормализация качества жизни пациента с формированием с помощью аппаратно-программных комплексов сенсорного образа деятельности. *Эффективность* МР определяется следующими критериями: – восстановление и степень сохранения 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).

В.Е. Юдин и др. (2014) указали, что комплекс мероприятий медицинской и психофизиологической реабилитации спецконтингентов должен включать: – психофизиологическое обследование личного состава спецконтингентов с целью выявления лиц с признаками дезадаптационных расстройств; – углубленное медико-психологическое обследование военнослужащих спецконтингентов с признаками дезадаптивных расстройств и обоснование мероприятий реабилитации; – мероприятия медицинской и психофизиологической реабилитации военнослужащих с целью оптимизации их функционального состояния в процессе боевой подготовки, а также в экстремальных и боевых условиях деятельности; – психофизиологическую реабилитацию военнослужащих после травм, заболеваний и ранений в условиях лечебного учреждения, индивидуальное кон-

сультирование и выдача рекомендаций по оптимизации образа жизни и профессиональной деятельности. В условиях решения спецконтингентами стоящих перед ними задач целесообразно выделять три группы военнослужащих, подлежащих реабилитации: 1. Весь личный состав подразделений, принимавший участие в решении специальных задач. У большинства военнослужащих будут наблюдаться реакции боевого стресса. 2. Военнослужащие, получившие в ходе выполнения задания боевую травму (огнестрельные ранения, ожоги, отравления и др.), т.к. подобные ранения всегда сопровождаются теми или иными нервно-психическими расстройствами. 3. Военнослужащие с отдельными проявлениями посттравматических стрессовых расстройств, связанных с выполнением профессиональных обязанностей в условиях реальной витальной угрозы (участие в боевых действиях, ликвидация последствий экологических и технологических аварий, катастроф и др.). Основные принципы организации реабилитационных мероприятий раненым и пораженным с признаками нервно-психической травмы: 1) максимальная приближенность психиатрической помощи к месту проведения специальных операций (в пределах расположения частей); 2) стратегия безотлагательности (насколько возможно, в ранней стадии возникновения нарушений) и простоты лечебных мероприятий; 3) прогностический оптимизм (внушение пострадавшему надежды на выздоровление). Комплексное использование методов и способов медицинской психофизиологической реабилитации позволяет в 90-95% случаев нормализовать функциональное состояние организма и восстановить уровень профессиональной работоспособности военных специалистов, особенно операторов сложных динамических объектов (летчиков, корабельных специалистов, операторов ракетных комплексов и др.), а также личного состава спецконтингентов, что обеспечивает в течение длительного времени успешную профессиональную де-

тельность. Проведение реабилитационных мероприятий осуществляется методами физических, психотерапевтических и психофармакологических воздействий.

Основными принципами поэтапной комплексной системы реабилитации больных, по мнению В.Е. Юдина и др. (2014), являются: – раннее начало реабилитации; – комплексное использование всех видов реабилитации; – непрерывность и преемственность между фазами; – включение в процесс реабилитации всех больных.

В.Е. Юдин и соавт. (2014) представили результаты эффективности современных методов медицинской реабилитации военнослужащих с боевой травмой верхних конечностей. В войнах последних десятилетий отмечается устойчивая тенденция к увеличению доли ранений конечностей по сравнению с поражением туловища и других частей тела. Во многом это обусловлено, с одной стороны, активным характером боевых действий, а с другой широким применением индивидуальных средств броневой защиты туловища (бронезилеты) и головы (защитные шлемы). 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%. 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 реби-

литации, 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%.

С.В. Русева и соавт. (2014) изучали эффективность медицинской реабилитации раненых военнослужащих в вооружённых конфликтах. 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. Таким образом, ведущую роль в восстановлении боеспособности раненых военнослужащих играет своевременная и адекватная медицинская реабилитация, которая позволяет значительно снизить частоту осложнений у раненых, ускорить сроки выздоровления, уменьшить долю военнослужащих-инвалидов, существенно уменьшить проявления психосоматических и поведенческих расстройств. Объём физиотерапевтической помощи у раненых, принимавших участие в боевых действиях в Афганистане и в вооружённом конфликте на Северном Кавказе в 1994–1996 гг. и 1999–2002 гг. составил в среднем 75%. При этом на одного раненого

приходилось 11 физиотерапевтических процедур на курс лечения. Показатели охвата лечебной физкультурой (ЛФК) раненых составили 72%, количество занятий ЛФК равнялось – 10. Эти показатели свидетельствуют о том, что физиотерапевтическая помощь раненым в вооружённых конфликтах оказывалась недостаточно. Основной причиной такого низкого охвата раненых и больных физиотерапевтической помощью явилось отсутствие условий для её оказания на передовых этапах медицинской эвакуации. Анализ объёма физиотерапевтической помощи и ЛФК по локализации ранения является недостаточным без сведений степени тяжести. Выявлено, что охват физиотерапевтической помощью у легкораненых составил 91,2%, что, вероятно, связано с возможностью этой категории раненых самостоятельно посещать физиотерапевтическое отделение для выполнения назначенных процедур. Напротив, низкий процент (27,2) охвата физиотерапевтической помощью тяжелораненых (обожжённых) был обусловлен отсутствием физиотерапевтических уголков, что исключало возможность выполнения физиотерапевтических процедур непосредственно у постели раненого. И лишь после улучшения их состояния становилось возможным назначение и выполнение физиотерапевтических процедур. Вместе с тем у этой категории раненых выявлен высокий охват мероприятиями ЛФК (74,2%). Это связано с необходимостью профилактики осложнений после оперативных вмешательств у раненых и развития различного вида контрактур у обожжённых и не требовало использования физиотерапевтической аппаратуры. Данной категории раненых ЛФК была показана в большей степени и начиналась в более ранние сроки от момента ранения. Несмотря на то, что 97% раненых и обожжённых поступало в лечебные учреждения в первый же день после ранения, 86% из них физиотерапевтическую помощь начинали оказывать с 3–5 суток. Вместе с тем ЛФК у 72% раненых начинали с момента

поступления в лечебное учреждение, что связано с возможностью применения физических упражнений даже у постели тяжелораненых и проведения групповых занятий с легкоранеными. При оказании физиотерапевтической помощи тяжелораненым наиболее часто применяли лечебный массаж (35%), диадинамические токи (12,3%), электрическое поле УВЧ (11,2%), УФО крови (7%) и лазеротерапию (6%). У 47% раненых использовали ЛФК и дыхательную гимнастику. Более широкий спектр физиотерапевтической помощи тяжелораненым и пострадавшим средней степени тяжести было обусловлено их лечением в окружных и центральных госпиталях, где имелось адекватное аппаратное оснащение физиотерапевтических отделений и наличием в их штате врачей-физиотерапевтов. Показано, что основными физическими методами лечения у раненых различного клинического профиля были УВЧ-терапия (20,3%), лекарственный электрофорез (10,6%), средневолновое ультрафиолетовое облучение (СУФ-облучение) (11,1%), ингаляционная терапия (8,3%), лечебный массаж (7,7%) и инфракрасное облучение (7,4%). Частота применения других методов составила от 0,1 до 5,5% от общего количества процедур. В структуре физиотерапевтической помощи раненым различной локализации по видам лечения преобладали методы электротерапии (39,5%), фототерапии (27,2%) и лечебного массажа (7,6%).

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 значимо более благоприятными, чем у тех, кому физиотерапевтическая помощь не оказывалась.

В.П. Ярошенко и др. (2014) на основе анализа динамического обследования в ходе реабилитации 245 раненых, получивших минно-взрывные ранения в ходе локальных вооруженных конфликтов, указали, что средний возраст пострадавших 24,5 лет. Авторами установлено, что висцеральная патология в периоде реконвалесценции выявляется у 88,6% раненых, получивших минно-взрывные ранения 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. В результате применения комплексных дифференцированных реабилитационных программ достигнут наиболее высокий реабилитационный эффект. Авторы резюмируют: сложный патологический процесс травматической болезни у раненых, получивших минно-взрывные ранения, требует активной и целенаправленной медицинской реабилитации, основанной на квалифицированном клиническом индивидуальном подходе, понимании патогенетической сущности синдромов и дифференцированном лечебном воздействии на них.

В.П. Ярошенко и Т.Ф. Матюшина (2014) сообщают о высокой эффективности клинично-экспертной работы в реабилитационном центре, как в решении вопросов трудовой интеграции пострадавших, так и в снижении числа экспертных ошибок.

А.М. Кардаш и соавт. (2015) приводят данные, что с апреля 2014 по апрель 2015 гг. из 732 пострадавших, госпитализированных в нейрохирургический центр ДНР, пулевые ранения имелись у 56 (7,6%) пострадавших, осколочные ранения и ранения специальными ранящими снарядами у 457 (62,4%), минно-взрывные у 529 (72,3%). В 314 (43,0%) случаев были получены закрытые ЧМТ, проникающие ЧМТ в 332 (45,3%) случаев.

Ю.М. Караяни (2015) в докторской диссертации «Социально-психологическая реабилитация инвалидов боевых действий» констатировала следующее. 1. 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. 2. 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. 3. Результаты исследования автора показали, что инвалидность представляет собой глубокий психологический кризис пострадавшего, получившего травму, проявляющийся в осмыслении и переживании социальных стереотипов об инвалидах, усвоении социальной стигмы инвалидности, дисгармонизации его Я-концепции и нарушении личностной и социальной идентичности, что сопровождается его социальной дезадаптацией. 4. Важнейшим условием эффективности психологической помощи участникам боевых действий, по мнению автора, является выполнение требования, чтобы основная часть психологической помощи (систематического сопровождения) была предоставлена инвалиду именно на госпитальном этапе в форме массивной и энергичной психологической интервенции, нацеленной на отреагирование и осмысление травматического опыта, предоставление пострадавшим действенной социальной поддержки, предупреждение неблагоприятного развития психологического кризиса и формирования посттравматического синдрома. Такая помощь должна рассматриваться как самостоятельный вид вспомоществования пострадавшим и оказываться специалистами-психологами. Вместе с тем, важнейшие функции психологической реабилитации на госпитальном этапе выполняет медицинский персонал. От профессиональной, этической позиции врачей, среднего и младшего медицинского персонала зависит содержание, направленность и «тонус» внутренней картины инвалидности пострадавшего. 5. Не менее важным условием эффективности психологической реабилитации инвалидов боевых действий является неотложная и действенная поддержка со стороны социального окружения (членов семьи, командиров, сослуживцев, психологов

воинской части места постоянной службы военнослужащего), основанная на принципе «инкапсуляции жалости» и учете «эффекта Маресьева». Автор предлагает создать в структуре Минобороны РФ департамент (управление) по делам ветеранов и инвалидов боевых действий с функционалом: – учет ветеранов боевых действий; – анализ качества их медицинской реабилитации; – разработку, экспертизу, утверждение программ и организацию профессиональной, социальной, социально-психологической реабилитации инвалидов боевых действий.

С.А. Федорковский и др. (2016) изучали особенности клинического течения минно-взрывной травмы (МВТ) с повреждением головного мозга у военнослужащих в период военных действий в Луганской области за период с октября 2014 по октябрь 2015 г.: структура МВТ у обследуемых характеризовалась частым повреждением конечностей (45%), контузией внутренних органов (27%) и ЛОР-органов (15%); структура ЧМТ у пострадавших была представлена преимущественно сотрясением головного мозга (57%), ушибами головного мозга 1 степени (21%), повторными ЧМТ (10%). Результаты эффективности лечения и ранней реабилитации характеризуют следующие показатели: выздоровление, восстановление трудоспособности (57%), улучшение, восстановление трудоспособности (21%), направление на медико-социальную экспертную комиссию в связи с наличием стойких признаков инвалидности (3%), рациональное трудоустройство (19%).

С.Н. Пузин и др. (2016) сообщают, что более половины общего числа инвалидов – ветеранов боевых действий (53,2%) имеют вторую группу инвалидности, 43,6% человек – третью группу инвалидности, 3,2% – первую группу инвалидности. Результаты проведенного психологического исследования показали, что у 68% обследованных участников боевых действий отмечались наруше-

ния эмоциональной сферы и волевых процессов, обусловленные участием в войне. Это стрессовое событие исключительного характера, которое сопровождается комплексным влиянием ряда факторов, таких как: 1) ясно осознаваемое чувство угрозы для жизни (биологический страх смерти, ранения, боли, инвалидизации); 2) психоэмоциональный стресс, связанный с гибелью товарищей по оружию или с необходимостью убивать; 3) условия боевой обстановки – дефицит времени, внезапность, неопределенность, новизна; 4) невзгоды и лишения – отсутствие полноценного сна, дефицит воды и питания; 5) необычный для участника войны климат и рельеф местности – гипоксия, жара, повышенная инсоляция и др. Авторами были выделены психологические факторы дезадаптации: – повышенный уровень психической напряженности, эмоционально-волевая неустойчивость; – неустойчивость и противоречивость самооценки; – ретроспективная направленность, неопределенность или отсутствие перспектив будущего; – трудности в межличностном общении, связанные как с неспособностью контролировать аффект, так и с изменением отношения к людям и к обществу в целом; – изменение иерархии ценностей, ориентация на ценности и нормы, сложившиеся в условиях боевых действий. Изучение уровня социально-психологической адаптации инвалидов и участников боевых действий показало, что значительная их часть (около 58%) имеют признаки низкой адаптированности, а у 12% лиц данной категории отмечаются признаки полной социальной дезадаптации с выраженной негативной реакцией на ситуации, непримиримым отношением ко всему окружающему, выраженными реакциями протеста. Авторы предлагают следующие направления психокоррекционной работы с контингентом участников боевых действий: – обучение технике релаксации, снятие психического напряжения; – преодоление неадекватных и обучение адекватным стереотипам реагирования; работа

по преодолению межличностных конфликтов; – работа по коррекции внутриличностных изменений (изменение иерархии ценностей, деформация «я»-образа, инверсия временной направленности, преодоление неадекватных механизмов психологической защиты). В заключении авторы предостерегают о том, что 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.

Ю.А. Арпентьев и М.Р. Арпентьева (2016) указали на необходимость в рамках реабилитации помочь пострадавшему осмыслить травматический опыт переживания социального бедствия, сформировать у клиента устойчивое осознание себя не как «безвинной» или «виноватой» жертвы, но как человека, «сумевшего выжить» в трудных условиях. Следующий важный момент – осмысление и разработка сценариев и жизненных целей жизни человека после катастрофы. Именно групповая психотерапия, наряду с индивидуальной, может быть эффективна с перенесшими сильные травмы, например, с жертвами масштабных ЧС, терактов, с бывшими военнопленными и беженцами из «горячих точек». Групповой процесс отличается особой динамикой, в которой участники на первых порах часто игнорируют и отвергают консультантов (как и не столкнувшихся с войной и травмами войны других людей), воспринимая их как «не способных понять, что они пережили». Группа обеспечивает моделирование новых отношений, создает «микрокосм», в котором клиент может заново научиться продуктивно взаимодействовать с

другими людьми, убрать иллюзию уникальности переживаний и состояния клиента, получить поддержку от группы, что особенно продуктивно, если группа функционирует и за пределами психотерапии. Группа предоставляет возможность развернуто и полно разделить травматический опыт – в безопасной среде, среди людей, понимающих суть происходящего и переживших аналогичный опыт. Это дает возможность понять коллективный характер травмы и, понять и переоценить свой собственный опыт.

Р.Р. Маньяковым (2016) приведены следующие литературные статистические данные об инвалидизации в результате боевой травм: в структуре инвалидности вследствие военной травмы, инвалиды с ЧМТ составляют от 23,3% до 43,4%. Анализ показателей уровня общей заболеваемости в динамике за десять лет после боевой ЧМТ позволил автору установить, что наибольший рост, с увеличением срока давности боевой ЧМТ, произошел по классу болезней системы кровообращения; на втором месте – болезни нервной системы, на третьем – болезни органов пищеварения, на четвертом – болезни костно-мышечной системы, на пятом – болезни эндокринной системы. Автор показал: в 30,7% случаев после боевой ЧМТ установлена инвалидность, в основном II (42,6%) и III (55,5%) групп; инвалидность установлена не только в остром, но и в отдаленном периоде ЧМТ, в 57,4% случаев моложе сорока лет. Для участников контртеррористической операции с боевыми ЧМТ, характерны следующие факторы риска первичной инвалидности: множественный и (или) сочетанный характер полученных боевых ЧМТ, оказание первой помощи после получения боевой ЧМТ не медицинским работником или неоказание первой помощи вообще, госпитализация позже третьих суток, получение тяжелой травмы, служба в подразделениях специального назначения, возраст на момент получения боевой ЧМТ более 40 лет. Автором приведен медико-социальный портрет

участника контртеррористической операции с боевой ЧМТ, получившего инвалидность: не трудоустроен, низкий уровень благосостояния семьи, малая уверенность в своем будущем, не характерны занятия спортом, частое прохождение профилактических медицинских осмотров, значительное улучшение состояния здоровья после реабилитационного лечения, большая склонность получать необходимые лекарственные средства по бесплатным рецептам, большая потребность в медицинской реабилитации.

А.Х. Магамадовым (2017) установлено, что в результате минно-взрывных ранений живота при террористических актах возникают: изолированные и множественные ранения тонкой кишки (60%), ранения печени (39%), толстой кишки (45%), желудка (22%), селезенки (13%), диафрагмы (18%), мочевого пузыря (5%); почек (5%), поджелудочной железы (2%). Автор сообщил, что осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 32% пострадавших от минно-взрывных ранений. Наиболее частыми послеоперационными осложнениями были пневмонии – у 10,8% пострадавших; перитонит (2%), эвентрация (2%), плеврит (4%), пневмоторакс (4%). Все указанные повреждения и их осложнения требуют ранней и затем длительной медицинской реабилитации.

Е.В. Рагузин (2018) показал, что на фоне очевидного прогресса в обеспечении военнослужащих отдельными элементами боевой экипировки актуальность приобрели вопросы, связанные со снижением работоспособности, стрессом и ухудшением функционального состояния организма военнослужащих, снижением эксплуатационных характеристик средств индивидуальной бронезащиты. Применение современных средств индивидуальной бронезащиты приводит к ограничению свободы движений в крупных суставах верхних и нижних конечностей, затрудняет наклоны туловища. В проверенных условиях наблюдается снижение амплитуды движений по мере уве-

личения площади защиты и массы средств индивидуальной бронезащиты. При использовании средств индивидуальной бронезащиты даже в комфортных температурных условиях наблюдается выраженное напряжение системы терморегуляции и сердечно-сосудистой системы пользователей. Алгоритм реабилитационно-экспертной диагностики инвалидов с ограничением мобильности для адаптации жилья состоит из 4 этапов и включает: 1) оценку здоровья со стойким нарушением функций организма; 2) оценку жизнедеятельности инвалида и ее стойкое ограничение; 3) оценку социально-бытового и социально-средового статуса инвалида в естественной жизненной ситуации (в жилом помещении); 4) вынесение решения о нуждаемости инвалида (ребенка-инвалида) в оборудовании жилого помещения с учетом его реабилитационного потенциала и прогноза.

А.Ю. Журавский и М.И. Бодяков (2018) указали, что после ампутации люди часто остаются сидеть в коляске, не проходят грамотной реабилитации, хотя при правильном протезировании и соответствующей реабилитации, человек возвращается нормальному образу жизни. В процессе восстановления двигательных нарушений у лиц с ампутацией, были решены поставленные задачи и сформулированы следующие выводы. 1. В ходе исследования установлено, что состояние двигательных функций у пациентов с ампутацией нижних конечностей на уровне бедра до эксперимента имели следующие показатели: 85% испытуемых – неудовлетворительный уровень, 15% – удовлетворительный уровень. В ходе исследования показателей состояния осанки у пациентов с ампутацией нижних конечностей на уровне бедра до эксперимента было выявлено, что у 100% обследуемых наблюдается выраженное нарушение осанки – «сутулость». 2. После проведения предварительного исследования была разработана комплексная программа реабилитации для коррекции осанки у лиц с ампутацией на уровне бедра. В категории которой

входили следующие мероприятия: физиотерапия (20 процедур во время первичного и повторного протезирования), массаж (20 процедур во время первичного и повторного протезирования), занятия на тренажерах (42 занятие во время первичного и повторного протезирования), комплекс физических упражнений применяемых для коррекции осанки в палате после ампутации нижней конечности 46 занятий (не включая самостоятельные занятия дома), упражнения для коррекции осанки после ампутации нижней конечности 46 занятий (не включая самостоятельные занятия дома), комплекс упражнений применяемых на первом этапе обучение ходьбе на протезе 25 занятий, комплекс упражнений применяемых на втором этапе обучение ходьбе на протезе 20 занятий, комплекс упражнений применяемых на третьем этапе обучение ходьбе на протезе 35 занятий. Реабилитационная программа представляет собой последовательность действий, которые необходимо совершить, чтобы улучшить двигательные функции пациентов, а также показатели состояния осанки. 3. Анализ результатов экспериментального исследования указывает эффективность экспериментальной комплексной программы реабилитации для коррекции осанки у лиц с ампутацией нижних конечностей на уровне бедра. Анализ состояния осанки у лиц с ампутацией нижних конечностей на уровне бедра после проведения реабилитации показывает положительную тенденцию изменения показателей осанки.

В.В. Масляков и др. (2018) указали на необходимость обязательной реабилитации после огнестрельных ранений груди в условиях локального вооруженного конфликта. .С. Хозяинова (2022) указала на высокую эффективность ингаляционной терапии минеральных вод у пульмонологических больных и раненых в грудь: применение природной минеральной воды в реабилитации приводит к уменьшению выраженности клинических симптомов (одышки, кашля), улуч-

шению функциональных характеристик системы дыхания и улучшению качества жизни, при этом природная минеральная вода имеет минимальное количество побочных действий и противопоказаний.

А.В. Булгаков и Е.В. Митасова (2018) представили опыт работы с ранеными участниками боевых действий и пациентов «Центра патологии речи и нейрореабилитации» г. Москвы. Авторами изучены психологические особенности раненных участников боевых действий и последствиями ЧМТ: – потеря смысла жизни; – ощущение нереальности своего существования; – возникновение чувства приближения катастрофических изменений в жизни, скорой смерти, неадекватном снижении или завышении самооценки; – потеря чувства самоидентичности, ощущение внутриличностной дезинтеграции; – возникновение чувства беспомощности или, напротив, в неадекватной субъективной переоценке своих возможностей влиять на ход происходящих в жизни событий; – ощущение отчуждения от самого себя, своих близких родственников и своего прошлого; – повышенная тревожность или, напротив, неадекватное реальной ситуации пренебрежение опасностью; – повышенная психическая напряженность и необоснованная настороженность; – повышение эмоциональной чувствительности, сентиментальности или, наоборот, снижение эмоциональной сензитивности и избегание близких эмоциональных контактов с окружающими; – повышенная раздражительность, вспыльчивость и агрессивность в поведении, замкнутость; – сниженный эмоциональный фон настроения, подавленность; – суицидальные мысли и суицидальные настроения; – появление ассоциальных тенденций. Авторы считают, что психологическая реабилитация – это комплекс мероприятий по организации взаимодействия пострадавших с их ближайшим социальным окружением и медицинскими работниками, направленных на создание социально-психологических условий, способствующих восстанов-

лению психического здоровья у дисгармоничной личности потерпевшего и реадaptации его к жизнедеятельности, возвращения его к реальности. К наиболее эффективным методам индивидуальной психотерапии, применяемым в психологической реабилитации, авторы относят: методы психической саморегуляции, рациональной, поведенческой, когнитивной психотерапии, арт-терапии, личностно-ориентированной (реконструктивной) терапия.

Первый этап реабилитации – подготовительный, задачами которого являются: снятие неактуального психического напряжения и создание благоприятной психологической атмосферы методами: аутотренинга, мышечной релаксации, голотропного дыхания, телесноориентированной терапии, игротехнических средств, трудо-, натуро-, эстетотерапии. Второй этап – коррекционно-развивающий: гармонизация системы отношений личности, коррекция поведения (логотерапия, личностно-реконструктивная психотерапия, поведенческая психотерапия и арт-терапия. Третий этап – встраивание в систему социальных связей и отношений: – повышение социально-психологической компетентности – повышение коммуникативной активности – закрепление эффективных схем поведения (вовлечение в общественную деятельность – создание «реадаптирующей» среды). Авторами показано, что арт-терапия является наиболее эффективным средством психологической реабилитации пострадавших с ЧМТ, т.к. она позволяет: 1) использовать художественные средства и образы как инструмент проективно-символической коммуникации, в условиях нарушения вербального общения; 2) выступает не только методом психологического, но и психофизического воздействия, так как в процессе художественной практики активизируются не только разные психические, но и физические (организменные) процессы и структуры тела человека, благодаря чему происходит восстановление нарушенных когнитивных функций,

наглядно-чувственный характер деятельности и ее результатов; 3) способствует воздействию на сенсорные процессы и поведение; 4) обеспечивает мобилизацию психофизических ресурсов организма, вовлечение пациентов в созидательную предметную деятельность и процесс культурного производства.

В.В. Булавин и др. (2018) показали, что наиболее поражаемыми анатомическими сегментами являлись стопа, голень и бедро: у 19,5% были выявлены изолированные и сочетанные повреждения сосудисто-нервного пучка, у 14,9% – ранения крупных суставов. В результате освидетельствования указанных лиц ограниченно годными к военной службе были признаны 42%; негодными к военной службе – 38; годными к военной службе с незначительными ограничениями – 20%. Ретроспективный анализ исходов ранений конечностей показал, что они бывают обусловлены тремя факторами: тяжестью ранения – одновременным повреждением кровеносных сосудов, нервных стволов и костей конечностей; дефектами лечения на этапах медицинской эвакуации, в первую очередь и главным образом – недостатками в организации реабилитации; неправильной оценкой состояния здоровья раненого военно-врачебной комиссией с преждевременным вынесением заключения о его негодности к военной службе.

По данным авторов данного исследования, только 14% раненных в конечности получили возможность пройти санаторно-курортное лечение или использовали отпуск по болезни для проведения реабилитационного лечения. Актуальность проблемы реабилитации раненных с боевыми травмами конечностей возрастает еще и потому, что практически все они – лица молодого и среднего возраста, имеющие значительные резервы для восстановления. Следовательно, организация проведения реабилитационных мероприятий должна занимать одно из основных мест в современной системе лечения раненных,

что позволит значительно улучшить исходы ранений. В каждом конкретном случае существуют определенные особенности проведения реабилитационных мероприятий, но исходы лечения в полной мере зависят от выбора правильной тактики, индивидуального подхода и настойчивости пациента при проведении комплексного реабилитационного лечения. Авторы предложили пути дальнейшего развития системы комплексного восстановительного лечения: создание полноценного санаторно-курортного этапа реабилитационного лечения раненных в конечности; создание единой системы восстановительного лечения раненых в конечности на основе системного подхода и единого понимания задач реабилитации с целью улучшения исходов ранений. Авторы заключили: после окончания основного лечения, при имеющейся перспективе благоприятного клинического и экспертного прогноза для дальнейшего прохождения военной службы, военнослужащие с ранением конечностей должны в обязательном порядке проходить реабилитационное лечение. Только после окончания полного курса реабилитационного лечения можно судить об определенном исходе и выносить экспертное заключение.

Л.А. Маликова (2018) представила теоретический обзор проблем психологической реабилитации лиц с ампутациями конечностей. 1. Ампутация конечности представляет собой ситуацию, кардинально меняющую прежнюю жизнь индивида на до и после. Она воспринимается как тяжелейшая личная трагедия, несет в себе разрушительный смысл всего существующего для человека. В сознании пациента ампутация означает крушение всех его жизненных перспектив и планов, переоценку собственного «Я». Следствием этого может быть желание изолироваться, самостигматизация, чувство жалости к себе, отвержение своего телесного образа, нарушения самосознания и психического здоровья в целом. 2. О.А. Калачинская и соавт. (2018) предлагают следующие этапы работы с пострадавшими в рамках эк-

зистенциального подхода: 1) облегчение актуального болезненного состояния; 2) эмоциональная поддержка и восстановление внутреннего равновесия пострадавших; 3) активизация ресурсных переживаний – использование ресурсов воображения и эмоциональной памяти; 4) перевод когнитивной оценки травмирующей ситуации из однозначно негативной, в которую человек попал по своему выбору (принятие вины на себя), в ситуацию экстремальную, из которой он может и должен извлечь определённые уроки; 5) обретение нового знания себя, своего внутреннего потенциала (ресурсной составляющей опыта), необходимого для процесса выздоровления; принятие себя со всеми достоинствами и недостатками; 6) восстановление позитивной жизненной перспективы, прояснение жизненных целей, формирование мотивации к достижению успеха в будущем.

3. В послеоперационный период начинаются ранние реабилитационные мероприятия: физиотерапия, ЛФК, дыхательная гимнастика, обязательная психологическая поддержка, работа с возникающими фантомными болями.

4. В период стационарного пребывания пациента, основная задача реабилитации отводится преодолению психологического барьера: формирование осознания и принятия факта ампутации как необратимого события. Мысли об ампутации конечности и ее последствиях не должны превалировать в сознании пациента, но в тоже время нельзя элиминировать из повседневной жизни. Важным является осознание необратимости события того, что это состояние инвалидизации не временное, а постоянное и всю оставшуюся жизнь будет сопровождать человека. Как только больной осознает, то отсутствие конечности – необратимое событие, он примиряется с этим и готов для протезирования.

5. Следующим этапом является подготовка к протезированию: – подведение к принятию решения о личной необходимости протезирования; формирования четкого осознания дальнейших жизненных перспектив.

А.А. Оприщенко и А.А. Штутин (2018) представили клинико-эпидемиологическую характеристику открытых боевых повреждений нижних конечностей в условиях военного конфликта в Донбассе: средний возраст раненых 35 лет; доминируют множественные ранения – 59% раненых, изолированные – 41%; преобладают тяжелые повреждения – 59%; переломы сегментов конечностей имели место у 92% раненых, у 8% – имелись ранения мягких тканей нижних конечностей; повреждения, ассоциирующиеся с повышенным риском высокой ампутации, составили 10%. В заключение авторы указали: особенности и тяжесть современных боевых повреждений определяют повышенный риск развития осложнений, значительную продолжительность лечения и реабилитации, что должно учитываться при планировании организационных и тактических мероприятий в гражданских специализированных лечебных учреждениях.

М.С. Мазаев и др. (2019) отметили, что позднее протезирование резко снижает его эффективность и не позволяет в кратчайшие сроки восстановить уровень физической активности больного по причине общего снижения силы мышц, как правило, увеличения массы тела пациента, развития выраженных контрактур на стороне ампутации и утраты стереотипа ходьбы. Статистические данные свидетельствуют о том, что в срок до 3 месяцев после ампутации на первичное протезирование поступают не более 39% пациентов, 12% обращаются через 1 год, а 49% ампутантов обращаются в сроки более чем 1 год с момента ампутации. Авторы относят профилактику развития контрактур на стороне ампутации к крайне важным элементам подготовки к протезированию. Наиболее распространенной является методика лечения положением: больной находится в положении лежа на спине, на торец культи укладывается мешок с песком весом от 1 до 3 килограммов, при появлении первых признаков утомления мешок снимают. При положении на животе пациент производит ак-

тивное разгибание культей также до первых признаков утомления. Помимо активных упражнений, направленных на профилактику развития контрактур, существует и пассивная профилактика, заключающаяся в пребывании больного в положении сидя в кресле, либо кресле-коляске исключительно на жестком щите, подложенном под ягодицы пациента, и в пребывании в положении лежа, преимущественно на животе.

Авторы настаивают на использовании в реабилитации постизометрической релаксации подвздошно-поясничной и грушевидной мышц, ягодичной группы мышц, мышц поясничного отдела позвоночника, что позволяет не только эффективно бороться со сгибательной и отводящей контрактуре в тазобедренном суставе, но и профилактировать ее развитие, а также добиться в кратчайший срок максимально полного восстановления утраченных функций, значительно снижать уровень психологических ограничений и повышать уровень качества жизни пациента. Крайне важным элементом подготовки пациента к протезированию являются методики ЛФК, направленные на восстановление общего состояния организма, повышение устойчивости к нагрузкам и восстановление способности к удержанию равновесия, в связи со смещением центра массы тела вверх и в сторону сохраненной конечности. Авторы отметили, что большим упущением методистов ЛФК является недостаточная проработка навыков удержания равновесия и отсутствие учета статодинамических особенностей ампутантов, что значительно осложняет начальный этап протезирования, когда пациент тренирует способность удерживать равновесие, стоя на протезе.

Авторы приводят обширные литературные обоснования комплекса необходимых реабилитационных мероприятий: 1. Обучение пользованию протезом является важным и неотъемлемым моментом в протезировании, поскольку пациент должен знать, как правильно и

безопасно использовать протез. 2. Своевременное выявление и лечение болезней культи (потертости, травмоиды, намины, лигатурные свищи). 3. Разработку контрактур (сгибательная и отводящая контрактуры в тазобедренном суставе на стороне ампутации). 4. Проведение комплекса ЛФК, направленного на восстановление мышечного каркаса и повышение выносливости организма. 5. Обучение навыкам удержания равновесия ходьбы на протезе, формирования антропоморфной походки – школа ходьбы. 6. Психологическую адаптацию пациента (коррекция посттравматических стрессовых расстройств).

Е.Г. Иванова и соавт. (2019) разработали Клинические рекомендации Союза реабилитологов России «Дистанционно – контролируемая реабилитация (комплексная медицинская реабилитация с применением телемедицинской технологии) для пациентов со спастическим гемипарезом после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) или черепно-мозговой травмы (ЧМТ)». Авторами разработаны принципы и методика двигательной реабилитации по методике дистанционно контролируемой реабилитации (ДКР) у пациентов со спастическим гемипарезом верхней, нижней конечности, восстановлению и тренировке стереотипа ходьбы и навыков самообслуживания. Авторы привели требования к тренажерам для циклической тренировки на моторизированном велотренажере, в т.ч. в условиях виртуальной реальности. Важным разделом являются рекомендации к проведению нейропсихологической диагностики в условиях ДКР.

А.А. Кирсанова (2019) представила важные клинико-организационные аспекты совершенствования медицинской реабилитации военнослужащих: 1. В структуре медицинских показаний к медицинской реабилитации основными являются нарушение функций органов дыхания (39%), костно-мышечной системы, соединитель-

ной ткани, кожи и подкожной клетчатки (30%), центральной и периферической нервной системы (15%), системы кровообращения (9%) и органов пищеварения (4%). В структуре программ медицинской реабилитации преобладают физические упражнения (26%), природные лечебные физические факторы (20%), медицинский массаж (16%), магнитотерапия (11%), низкочастотная электротерапия (9%) и низкоинтенсивная лазеротерапия (7%). 2. Экстерриториальное проведение медицинской реабилитации у пациентов с нарушениями функций системы кровообращения, костно-мышечной и нервной систем само по себе не снижает эффективности реабилитационных мероприятий. 3. Эффективность медицинской реабилитации у пациентов с нарушениями функций системы кровообращения составляет 84%, нервной и костно-мышечной систем 81% и 86% соответственно. 4. Применение разработанных программ реабилитации у пациентов с нарушениями функций системы кровообращения, костно-мышечной и нервной систем снижает риск госпитализации на 30%; 13% и 36% соответственно.

Ю.Л. Куницкий и др. (2019) представили данные об особенностях боевой травмы во время локального вооруженного конфликта в Донбассе: 1. Преобладающим видом повреждения при травме боевого времени является минно-взрывная травма, которая составляет 87,2% от всех видов повреждений, сопровождается большим количеством комбинированной и сочетанной травмы (29,8%), сопровождается опасными для жизни осложнениями в виде кровотечения (87,7%) и перитонита (55,4%). 2. Огнестрельная травма с повреждением опорно-двигательного аппарата наблюдается в 7,8%, при этом минно-взрывная травма сочетается с черепно-мозговой травмой в 2,6% случаев. 3. При минно-взрывной травме пострадавшие требуют осмотра нескольких (смежных) специалистов: хирурга, травматолога (детского хирурга и травматолога), нейрохирурга, торакального хи-

рурга, уролога, окулиста). Авторы заключили: все без исключения пострадавшие нуждаются в медицинской реабилитации с участием психолога, особенно дети, люди пожилого и старческого возраста.

А.А. Оприщенко (2019) в диссертации на тему «Организация и тактика травматологической помощи при открытых боевых повреждениях нижней конечности в условиях военного конфликта в Донбассе» указал, что успешное лечение и полноценная реабилитация, согласно многочисленным литературным данным, позволяют вернуть к полноценной профессиональной и социальной деятельности, в том числе и службе в армии, до 60% раненых. Разработанная автором система специализированной травматологической помощи и ранней реабилитации раненым с позволила улучшить результаты лечения на 56,4%, сократить сроки стационарного лечения на 37,2%.

А.Я. Хмиль и др. (2019) уточнили особенности проведения медицинской реабилитации в условиях многопрофильного стационара: отмечается существенный рост числа сложных, тяжелых пациентов, требующих лечения на реабилитационных койках, увеличивается число маломобильных пациентов. Опыт работы Лечебно-реабилитационного клинического центра МО РФ свидетельствует о высокой эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий, чем существенно пополняются реабилитационный потенциал и возможности медицинской службы ВС РФ: из всех лечившихся в реабилитационном центре значительное улучшение состояния отмечалось у 11,5% пациентов, улучшение состояния – у 80,5%, без динамики – 6%, ухудшение – у 2% больных. В госпитале используются возможности многопрофильного стационара в реабилитации наиболее тяжелых пациентов с последствиями травм и заболеваний центральной нервной системы с привлечением специалистов по урологии, гнойной хирургии, нейротравматологии, пульмонологии, челюстно-лицевой хирургии.

Е.М. Васильченко и др. (2019) указывают на необходимость настроя пациента на формирование своей максимальной мобильности. Больше внимание следует уделить обучению пользованию креслом-коляской, использованию дополнительных средств, облегчающих передвижение и самообслуживание (поручни, пандусы и др.), либо иным навыкам мобильности, способствующим повышению самообслуживания. Авторы предупреждают: важность адаптации к креслу-коляске нельзя недооценивать. Несмотря на все проводимые мероприятия, в части случаев протезирование не достигает функционального результата. В качестве весомого аргумента авторы приводят высказывание С. Collin (1995): «Наивное предположение о том, что хождение в гимнастическом зале через 3 месяца после ампутации означает сущность успешной реабилитации, может лишить пациента полной мобильности. Многие из тех, кто не имел адаптации к креслу-коляске, становятся пленниками в своих домах, так как проходят годы, и их способность передвигаться с помощью протеза теряется».

И.Ф. Дьяконов и др. (2020) приводят технологии реабилитации военнослужащих: а) медикаментозные методы предполагают использование малотоксичных препаратов в минимальных дозах. С этой целью наиболее часто применяются следующие группы препаратов: препараты, устраняющие гипоактивационное состояние за счет преимущественного влияния на медиаторный обмен мозга, включая некоторые антидепрессанты (атримон, окситриптан, сиднокарб, бромкриптин, флуоксетин, циталопрам); препараты с преимущественным влиянием на энергетический и пластический метаболизм мозга (элеутерококк, гептрал, этимизол, актовегин); препараты, преимущественно улучшающие микроциркуляцию в мозге (винпоцетин, кавинтон, танакан); препараты с преимущественным влиянием на пейсмекерную организацию мозга и улучшение процессов

восстановления во время сна (фенибут, пантогам, аминалон); б) к физиотерапевтическим методам относят: электротранквилизацию ЦНС, электростимуляцию нервно-мышечного аппарата, гальванизацию, франклинизацию, электросонотерапию, гипоксическую тренировку, гипербарическую оксигенацию, контрастные температурные воздействия, массаж, воздействие на биологически активные точки кожи; физическую тренировку, фототерапию, аудиовизуальную психическую саморегуляцию, метод транскраниальной магнитной стимуляции, терапию депривацией сна. Одним из наиболее эффективных аппаратных методов лечения заболеваний в последние годы стала крайне высокочастотная (КВЧ), низкоинтенсивная лазерная физио- и рефлексотерапия. КВЧ-терапия обладает антиоксидантным, мембраностабилизирующим действием, способным эффективно ингибировать реакции перекисного окисления липидов и предотвращать образование конечных продуктов этих реакций, кроме того, КВЧ-терапия является универсальным адаптогеном, повышающим стрессоустойчивость, при наличии патологической реакции на стрессовую ситуацию; в) психологические методы используются в рамках реабилитационной психокоррекции, в задачи которой входит: снижение психоэмоционального напряжения, восстановление функционального состояния организма, восстановление морально-нравственной сферы, повышение характеристик личностного адаптационного потенциала, формирование стереотипа поведения для последующей профессиональной деятельности и личной жизни, развитие коммуникативных способностей, обучение основным методам психологической саморегуляции. Основными формами психокоррекции являются: индивидуальная рациональная психотерапия, групповая психотерапия, социально-психологический тренинг.

Авторы сообщают, что в настоящее время военно-медицинской службой Вооруженных Сил РФ уделяется повышенное внимание

совершенствованию системы медико-психологической реабилитации военнослужащих, находящихся на стационарном лечении по поводу боевых ранений и заболеваний, полученных при исполнении служебных обязанностей. Это обусловлено тем, что более 70% военнослужащих, находящихся на стационарном лечении по поводу боевых ранений, помимо симптоматического лечения нуждаются в специализированных психотерапевтических и психокоррекционных мероприятиях. Так, в ряде военных госпиталей Министерства обороны РФ наряду с проведением традиционных лечебных мероприятий в процессе лечения больных и раненых применяется комплекс психофизиологических и психологических методик с целью нормализации психического статуса и психологического состояния военных специалистов.

С.А. Пильников (2020) констатирует, что при сравнении качества жизни раненых с ампутациями на разных уровнях выявлено достоверное увеличение показателей качества жизни у пациентов с ампутацией на уровне голени по сравнению с ампутацией на уровне бедра. Особенно значимым является увеличение в 1,3 раза показателей ролевого физического и эмоционального функционирования. Многочисленные осложнения и выполняемые для их устранения повторные операции приводят к тому, что у пациентов после стандартных ампутаций значительно преобладают пороки и болезни культей в сравнении с ампутациями по типу первичной хирургической обработки, а сами культы формируются по неблагоприятному (жировому и фиброзному) типу. При этом у пациентов, которым выполнили операции по типу первичной хирургической обработки, в отдаленном периоде культы формируются по мышечному и смешанному типу, что обеспечивает качественное протезирование сохранение качества жизни. При отрывах нижних конечностей вследствие минно-взрывных ранений, операцию в зоне боевых действий следует выполнять

«по типу первичной хирургической обработки» в пределах поврежденного сегмента конечности с усечением лишь первично-некротизированных тканей, с сохранением утильных тканей торца культи, с ранней эвакуацией раненных на этап специализированной медицинской помощи, где сохранению повреждённого сегмента и смежного сустава конечности следует придавать приоритетное значение.

А.А. Хадарцев и соавт. (2020) установили, что эмоциональный стресс (дистресс) и возникающие на его фоне нервно-психические и психосоматические расстройства отражают трансформацию механизмов адаптации в патологию. Боевые действия на территории ДНР и ЛНР обусловили описание стресса от боевых действий не только у военнослужащих, но и у гражданских лиц и детей.

О.Н. Владимирова в докторской диссертации (2020) доказала, что для инвалидов с ограничением мобильности характерны ограничение способности к трудовой деятельности, которое выявлено у всех первичных инвалидов, ограничение самообслуживания – у 81,4 %, ограничение передвижения – у 68,6 %, которые формируют потребность в мероприятиях профессиональной реабилитации, создание специально созданных условий труда, содействия в трудоустройстве, социальной реабилитации, обеспечения техническими средствами реабилитации, содействия в приобретении автотранспортного средства, а также решения вопросов создания доступной среды, в том числе в жилом помещении. Полной компенсации ограничения способности к самостоятельному передвижению инвалиды-колясочники достигают при передвижении в жилье лишь в 6,7–20 % случаев в зависимости от зоны жилого помещения, в которой они передвигаются на кресле-коляске; при передвижении на улице – в 2,9–7,9 %, соответственно. Алгоритм реабилитационно-экспертной диагностики инвалидов с ограничением мобильности для адаптации жилья состоит из 4 этапов и включает: 1) оценку здоровья со стой-

ким нарушением функций организма; 2) оценку жизнедеятельности инвалида и ее стойкое ограничение; 3) оценку социально-бытового и социально-средового статуса инвалида в естественной жизненной ситуации (в жилом помещении); 4) вынесение решения о нуждаемости инвалида в оборудовании жилого помещения с учетом его реабилитационного потенциала и прогноза. Нуждаемость инвалидов в различных мероприятиях по реабилитации и абилитации, например, в восстановительной терапии составила 97,9%; нуждаемость в трудоустройстве – от 53,4 до 34,5%, в технических средствах реабилитации – 35,2–40,6%.

Т.В. Буйлова и Д.Д. Болотов (2020), исходя из опыта и литературных данных, настоятельно рекомендуют в процессе клинической оценки состояния пациентов с ампутационными дефектами провести: антропометрию туловища и всех конечностей (длина, объем мягких тканей), определить объем движения в сохранившихся суставах и позвоночнике, мышечный тонус, мышечную силу и выполнить тестирование, включая исследование координации при движении, возможность и четкость выполнения двигательных актов. Осмотр пациента проводится по общепринятой методике: лежа, сидя, и стоя, а также при передвижении с использованием технических средств реабилитации. Проведение простейших оценочных тестов, таких как касание ладонью затылка или лопатки, хоть и не является обязательным, но позволяет за короткий период времени выявить или исключить грубую патологию. При наличии выданного протеза имеется возможность протестировать качество стояния и ходьбы на нем. К основным методам оценки относятся линейные и угловые измерения, исследования тонуса и силы мышц, суммарная оценка двигательных возможностей, включающая скорость и координацию движений. Измерение линейных размеров (длины и окружности) проводят сантиметровой лентой, определяя: анатомическую длину

туловища, отдельных сегментов и всей конечностей, функциональное и относительное укорочение, пропорциональность, объем мягких тканей на различных уровнях, пассивных и активных движений суставов конечностей и позвоночника, патологические установки и фиксированные деформации, степень нестабильности суставов, силу мышц по шести-бальной системе. При оценке ходьбы изучается опороспособность каждой отдельно взятой нижней конечности, темп и ритмичность ходьбы с оценкой правильности нагрузки частей стопы в различные фазы шага, наличие патологических установок, необходимой подвижности в суставах при передвижении, степень выраженности компенсаторных движений туловищем при передвижении, ходьбу по неровной и наклонной под разными углами поверхности, лестнице с различной высотой ступеней. Обязательными к фиксации параметрами при изучении функции нижних конечностей являются: ритм, темп и скорость ходьбы, ее продолжительность без признаков утомления. Для верхних: качество выполнения координированных движений конечностями в пространстве, захват и удержание различных по размерам, массе, конфигурации и плотности, предметов. При изучении функции позвоночника требуется оценка всех трех основных составляющих: непосредственного движения в нем, защиты и обеспечения статики и динамики организма.

У пациентов с ампутацией нижних конечностей важно оценивать общий уровень мобильности. С учетом потенциальной способности к пользованию протезом, выделяют 5 уровней мобильности пациентов с ампутациями нижних конечностей (в соответствии с МКФ):

- Степень мобильности 0 (неспособность к самостоятельному передвижению; 96-100% утраченной функциональной активности).
- Степень мобильности 1 (способность передвигаться в помещении, 50-95% утраченной функциональной активности).
- Степень мобильности 2 (ограниченная способность ходьбы вне помещения,

25-49% утраченной функциональной активности). – Степень мобильности 3 (неограниченная способность ходьбы вне помещения, 5-24% утраченной функциональной активности). – Степень мобильности 4 (неограниченная способность ходьбы вне помещения с особо высокими требованиями, 0-4% утраченной функциональной активности).

При постановке реабилитационного диагноза у пациентов с ампутациями конечностей необходимо проанализировать наличие у них и степень влияния на функции пороков и заболеваний культи, которые часто наблюдаются и при плановых усечениях и, тем более, при посттравматических отчленениях. Наиболее частые из них: отеки, боли в культе, фантомные боли, заболевания кожи, рубцовое перерождение мягких тканей, повышенная потливость, гнойничковые поражения, грибковые поражения мягких тканей, проблемы скелета культи: остеопороз, экзостозы, обызвествления гематом, секвестры, резорбция костной ткани. Развитие фантомного болевого синдрома с нарушениями чувствительности сразу после ампутации отмечается у 60-80% и дальнейшим персистированием этих симптомов у 33-50% пациентов.

В отдаленном периоде после ампутаций на уровне нижних конечностей имеют место: формирование деформирующих артрозов на стороне усеченной и контралатеральной конечностей, вросший ноготь, сексуальные нарушения, варикозная болезнь вен; развитие дорсопатий позвоночника в 48,2%-81,3% случаев, сопровождающегося статической сколиотической деформацией нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника у 25% лиц даже в возрасте 23-33 лет, формирование перегрузочного плоскостопия, изменение тонуса мышц спины и верхнего плечевого пояса.

Авторы заключают, что критерием завершения реабилитационного процесса является улучшение состояния пациента до ШРМ 1

– отсутствие значимых нарушений жизнедеятельности, несмотря на сформированный дефект, т.е. пациент может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни с затратой такого же количества времени на выполнение дел, как и ранее до травмы (заболевания).

С.Н. Кривенко и соавт. (2021) указали, что глубина и локализация механических и ишемических поражений ткани головного мозга выполняют решающую роль в выборе хирургической и консервативной тактики лечения, определяющей результаты социальной реабилитации пострадавших.

С.В. Сергеев (2021) указывает на важную роль в реабилитации пациента после протезирования школы ходьбы, целью которой является возвращение стереотипов ходьбы до потери конечности, учитывая уровень физической активности и морбидности инвалида. На первом этапе школы ходьбы проводится обучение активным физическим упражнениям в кровати, на стуле, в вертикальном положении и умению пользоваться костылями или ходунками. Целью этого этапа является профилактика контрактур, фантомного синдрома, снижение отека мягких тканей культи и формирование нового артерио-венозного кровообращения. Вторым этапом проводится обучение пользованию лечебно-тренировочным протезом: надевание протеза, вертикализация и ходьба на месте, использование дополнительной опоры при помощи костылей и брусьев. Третьим этапом является создание первично-постоянного протеза и обучение ходьбе с инструктором в условиях специализированного тренажерного зала. Цели данного этапа: освоить стояние на протезе, научиться удерживать равновесие, равномерно распределять вес тела на сохранившуюся и ампутированную конечность, выработать правильный стереотип ходьбы и освоить передвижение на протезе по ровной поверхности, а также передвижение с разным темпом по различным поверхностям

(гравий, песок, газон), склонам, лестницам и освоить действия при внештатной ситуации – научиться падать и вставать с протезом. Реабилитация при протезировании инвалидов после ампутаций нижних конечностей имеет особенный характер. Во-первых, это интраоперационное и послеоперационное формирование культуры, способной выполнять роль рычага. Во-вторых, это изготовление протеза и его юстировка, создающие условия биомеханического баланса. И, наконец, освоение ходьбы на протезе, что оказывает влияние не только на качество жизни, но и способствует предупреждению развития болезни культуры и перегрузки других отделов опорно-двигательного аппарата.

А.В. Шакула и др. (2021) выяснили, что период реконвалесценции больных и раненых характеризуется полисиндромальностью, нарушением гемодинамики (увеличен минутный объем сердца, тахикардия), часто развиваются миокардиодистрофия, нефрит или пиелонефрит, гепатит, значительные психовегетативные изменения, нарушение адаптации. Частная терапия должна строиться по синдромному или нозологическому принципу. По показаниям назначаются методы бальнеотерапии (ванны простые, минеральные, газовые, хвойные, жемчужные), различные виды душей, электропроцедуры, магнитотерапия, различные виды светолечения, лазерное облучение, аэрозольтерапия, электростимуляция, электросон, теплогрязелечение (грязевые аппликации, электрогрязелечение, парафиноозокеритовое лечение), гипербарическая оксигенация, озонотерапия, гипокситерапия и др. Большое значение имеют утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, корригирующая гимнастика, механотерапия, плавание, лыжи, гребля. Нагрузки комплексов при назначении процедур наращиваются постепенно, под контролем, при необходимости в них вносятся коррективы.

При реабилитации больных с последствиями боевой травмы ши-

роко используют лазерное излучение, которое обладает мощным противовоспалительным и антимикробным действием, стимулирует трофику тканей и процессы заживления ран и переломов костей, регенерацию поврежденных нервов. В лечении травматического повреждения могут быть использованы дециметрово- и сантиметрововолновая ультразвукотерапия, магнитные поля, обладающие способностью подавлять воспалительные процессы, улучшать микроциркуляцию и трофику тканей, повышать иммунологический статус организма и стимулировать процессы регенерации (Улащик В.С., 2013). Импульсные токи низкой частоты (диадинамо- и амплипульстерапия) обладают болеутоляющим и противовоспалительным действием, стимулируют функциональную деятельность нервно-мышечной ткани, усиливают крово- и лимфообращение и обменно-трофические процессы в тканях, повышают функциональную активность центральной нервной системы, подкорковых вегетативных центров, симпатoadреналовой системы, периферических отделов нервной системы. Принципиально новым направлением в лечении последствий боевой терапевтической травмы является электростимуляция мягких тканей, остеосинтеза, поврежденных периферических нервов и мышц.

В.В. Бесчастнов (2021) описывает проблемы, с которыми столкнулись военные медики стран НАТО при оказании медицинской помощи военнослужащим, участвовавшим в вооруженных конфликтах на территории Ирака и Афганистана. Совершенствование средств индивидуальной и коллективной защиты снизило смертность от огнестрельных ран на поле боя, но на фоне массивного разрушения тканей и большой кровопотери увеличилось количество местных инфекционных осложнений ран мягких тканей конечностей. Основной причиной летальности и раневых осложнений является антибиотикорезистентная микрофлора. Гнойные осложнения приводят

к хронизации течения раневого процесса и длительному периоду специализированного лечения и необходимости ранней и длительной реабилитации, что влечет за собой как трудности в социализации раненых военнослужащих, так и значительные финансовые затраты со стороны государства. Автор приводит данные литературных обзоров: частота ампутаций конечностей у раненых военнослужащих армии США в Афганистане и Ираке с октября 2001 по июнь 2006 г. – 7,4 % от травм конечностей при минно-взрывной травме (во время войны во Вьетнаме частота ампутаций при травмах конечностей составляла 8,3 %). Большинство ампутаций выполнено на уровне голени (41,8 %) и бедра (34,5 %); множественные ампутации перенесли 30%, и 14% всех выполненных ампутаций были выполнены в области верхней конечности. Наиболее распространенными причинами отсроченной ампутации были хроническая боль, остеомиелит и инфекции мягких тканей, что свидетельствует о необходимости долгосрочного наблюдения за этими пациентами в процессе их реабилитации. Изучение структуры и частоты местных раневых осложнений у раненых в Ираке и Афганистане показало: в раннем послеоперационном периоде гнойно-воспалительные осложнения наблюдались у 35% пациентов с боевой травмой, причем в отдаленном периоде у 45% из этих больных отмечен рецидив местных раневых инфекционных осложнений; у 24% раненых, выписавшихся из госпиталей без признаков местной инфекции, гнойные осложнения возникли в отдаленном периоде; в целом после выписки из госпиталя у 32% пациентов зарегистрированы гнойные осложнения ран, среди которых преобладали инфекции кожи и мягких тканей (66%), а также остеомиелит (16%). Все это указывает на необходимость длительной и особо внимательной реабилитации. Автор приводит данные специалистов Института хирургических исследований армии США (USAISR): инфекционные осложнения раневого процесса

имели место у 24% пациентов с травмами конечностей, в том числе у 6% отмечен остеомиелит.

А.Н. Лищук и др. (2022) описали 2 схожих клинических случая военнослужащих с ранениями сердца: в обоих случаях были удалены осколки из миокарда. Авторы указывают, что в военной доктрине РФ предусмотрено, что военные конфликты будут отличаться скоротечностью, избирательностью и высокой степенью поражения объектов, быстротой маневра войсками и огнём, применением различных мобильных группировок войск. Для сохранения качества жизни пострадавшим и раненым с политравмой или мультифокальным поражением в условиях военных действий или чрезвычайных ситуаций необходимо направление на дальнейшую реабилитацию.

А.Т. Тягнерев и соавт. (2022) изучали особенности медицинской реабилитации после лечения в стационарных условиях льготного контингента Министерства обороны РФ и пришли к следующим выводам: 1. В настоящее время наблюдается недостаточный охват нуждающегося льготного контингента МО РФ мероприятиями медицинской реабилитации после перенесенных заболеваний. 2. Реализации установленных законами прав льготного контингента Министерства обороны РФ на медицинскую реабилитацию препятствует несовершенство законодательной базы на федеральном и ведомственных уровнях, а также низкий уровень подготовки практических врачей по данному вопросу.

А.В. Рагозин (2022) указывает на актуальность постулатов Н.И. Пирогова из его книги «Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877–1878 гг.»: 1) гражданская медицина должна дополнять военную медицину, которые должны не выступать конкурирующими альтернативами, а взаимодополнять друг друга как в мирное, так и в военное время; 2) администрация гражданского здравоохранения контролирует

выполнение военно-медицинской службой медицинских стандартов и норм лечения; 3) обмен информацией между администрацией гражданской и военной медицинской инфраструктурами. Автор со ссылкой на работу Г.В. Лашенкова (1999) подводит читателей к мысли о том, что в ходе специальной военной операции возрастает доля инвалидизирующей боевой травмы: медико-тактическая и финансово-экономическая характеристика минно-взрывных травм обусловлена комбинированным поражением многих повреждающих факторов: взрывной ударной волной, первичными и вторичными ранящими снарядами, струями взрывных газов, пламенем, токсическими продуктами взрыва, тяжелым психологическим стрессом и зачастую черепно-мозговыми травмами, что приводит к высокой variability травм, их сочетанному и/или комбинированному характеру (зачастую с повреждением нескольких сегментов тела и/или органов), болевому шоку, массивной кровопотере и отсутствию сознания у значительной части пострадавших, в последующем – к сепсису и большому числу других ранних и поздних осложнений.

Таким образом, медицинская реабилитация, как система медико-психологических мер, является этапом оказания специализированной медпомощи и одновременно социальной помощи – единственным механизмом реального преодоления стигматизации и последующей необходимой социализации пострадавших с тяжелыми последствиями боевой травмы. Медицинская реабилитация пострадавших – комплексная материальная, финансовая, медико-социальная обязанность государства в реализации новой – отвечающей реалиям времени координации федеральных и региональных органов власти, субъекта и участников системы ОМС, актуальность которой несомненна, а эффективность подтверждена множеством научно-медицинских данных.

Часть 2. Методы медицинской и психологической реабилитации пострадавших с последствиями боевой травмы в системе ОМС

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 необходимо при операции военнослужащих: «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».

На важность и необходимость психолого-психотерапевтической поддержки указала первый заместитель Министра труда и социаль-

ной защиты РФ Ольга Баталина.

«Важно привлечение ветерана СВО с инвалидностью к адаптивному спорту. Сейчас это станет нашей отдельной задачей. Совместно с паралимпийским комитетом мы выезжаем в госпитали, проводим мастер-классы по различным направлениям спорта и отбираем ребят, потому что это является лучшей реабилитацией для них. Эта активность дает возможность не только быть занятыми эмоционально, но и физически», – председатель Госфонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» Анна Цивилева (forumspb.com/news/news/kompleksnaja-resotsializatsija-veteranov-mirovoj-opyt-i-luchshie-rossijskie-praktiki). В связи с указанными реальными проблемами пострадавших страховым представителям системы ОМС 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, соблазнов и суицида. Страховые представители должны направить все свои усилия на сокращение психологической фазы неприятия инвалидности и переходу ее в фазу принятия и повышения приверженности реабилитации и социализации.

Лёвкин В.Г., Лецкая О.А. (2022) представили характеристику инвалидности вследствие травм и увечий, полученных в ходе специальной военной операции. Исследование установило, что медико-социальные характеристики инвалидов вследствие травм и увечий, полученных в ходе Специальной военной операции, выглядели следующим образом: мужчины составляли 100% (91 пострадавший), лица молодого возраста – 97%, среднего возраста – 3%. Причина инвалидности «военная травма» – 97%, «общее заболевание» – 3%. Основной диагноз в направлении на медико-социальную экспертизу: «Последствия минно-взрывного ранения...», код по МКБ-10:

T92-T94; Y36. Стойкие нарушения нейромышечных, скелетных, связанных с движениями (статодинамических) функций составляли: умеренные – 43% выраженные – 52% и 5,5% – значительно выраженные. В структуре инвалидности с учетом тяжести инвалидности наибольший удельный вес составляли инвалиды II группы 52%, второе ранговое место занимали инвалиды III группы с показателем 42,9% и наименьшая доля у инвалидов I группы – 5,5%. В ходе исследования было выявлено, что в 100% случаев применялись хирургические методы лечения в виде ампутаций. Ампутации нижних конечностей выполнялись в 3 раза чаще, чем ампутации верхних конечностей, 84,6% и 27,5%, соответственно. Наибольшую долю с показателем 38,5% составили ампутации бедра, несколько меньше (36,3%) ампутаций голени, ампутации на уровне плеча – 13,2%, ампутации на уровнях кисти и стопы – 5,5%, на уровне фаланг пальцев – 3,3%, на уровнях коленных суставов, тазобедренного сустава, кисти – 2,2% и наименьшую долю составили ампутации на уровне плечевого сустава – 1,1%. Первая и вторая группы инвалидности устанавливались чаще всего вследствие ампутации бедра в 4,4% и 34,1% случаев, соответственно, третья группа – в 24,2% случаев вследствие ампутации голени. Изучение основных категорий жизнедеятельности инвалидов вследствие травм и увечий, полученных в ходе СВО, показало, что имелись ограничения к самообслуживанию, передвижению и трудовой деятельности, других ограничений в исследуемой базе не наблюдалось. Наибольшую долю составляли ограничения: способности к трудовой деятельности II степени – 50,5%, способности к самообслуживанию I степени – 48,4% и способности к передвижению II степени – 47,3%. Нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением статодинамических функций отмечались у 100% инвалидов вследствие травм и увечий, полученных в ходе СВО, нейромышечные нарушения функций верхних ко-

нечностей были отмечены у 33 % инвалидов, нижних конечностей – у 81,3% инвалидов. Нуждаемость в использовании кресел-колясок отмечалась у 57,4% инвалидов. В наибольшей мере нарушение функции верхних конечностей приводило к ограничению способности к самообслуживанию I степени – в 22%; нарушение функции нижних конечностей приводило к ограничению способностей к передвижению и к трудовой деятельности II степени в 47% случаев, к таким же ограничениям способности приводила нуждаемость в использовании кресел-колясок – 45%. В медицинской реабилитации, в протезировании и ортезировании нуждались 100% инвалидов, показано санаторно-курортное лечение 17,6% инвалидов II и III групп, наименьшая доля рекомендаций по реконструктивной хирургии – 2,2%. При изучении нуждаемости данного контингента инвалидов в ТСР было выявлено, что в 100% разработанных ИПРА были рекомендованы ТСР, наибольшую долю в структуре ТСР составляли протезы нижних конечностей – 84,6%, несколько меньше рекомендаций по ортопедической обуви и костылям – 75,8%, такой показатель связан с тем фактом, что у части инвалидов проведена парная ампутация нижних конечностей. Третье и четвертое ранговые места заняли кресла-коляски прогулочные и комнатные 68,1 и 50,5%, соответственно. Пятое ранговое место с показателем 27,5% занимали протезы верхних конечностей. Проведенное исследование показало, что у 100% инвалидов вследствие травм и увечий, полученных в ходе Специальной военной операции, имеются стойкие нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движениями функций, в той или иной степени имеются ограничения жизнедеятельности к самообслуживанию, к передвижению и к трудовой деятельности, все это следует учитывать при формировании программ комплексной медико-социальной реабилитации. Выявленная высокая нуждаемость в протезно-ортопедических изделиях у данного контингента

инвалидов показывает важность развития данного направления.

Д.В. Тришкин и соавт. (2023) в работе «Современная система реабилитации и абилитации военнослужащих с ампутацией конечностей» указывают на собственные и литературные данные о преобладании в структуре боевой травмы повреждений конечностей – от 46 до 70,5%. При этом доля сочетанных ранений составляет 42,5-54,3%, а отрыв или разрушение конечности отмечены в 9,5-14,4% случаев. Среди повреждений конечностей значительную их часть составляют тяжелые повреждения – 38,9-63,4%. Авторы отмечают, что участники боевых действий являются специфическим контингентом, требующим многопрофильной реабилитации, а инвалиды из их числа должны быть выделены в группу особой социальной значимости, т. к. среди ветеранов, впервые признанных инвалидами, более 50% – лица трудоспособного возраста, а инвалиды по военной травме в более чем 90% случаев являются гражданами трудоспособного возраста. Доля инвалидов вследствие военной травмы среди первично признанных инвалидами граждан составляет 0,2%. Сложность и стойкость нарушения функций у военнослужащих с ампутацией конечностей ставят проблему реабилитации и абилитации этой категории граждан в ряд важнейших медико-социальных проблем государства. Ампутация является стрессовым событием и может оказывать негативное влияние на качество жизни еще через много лет после него.

Авторы приводят алгоритм осуществления МР военнослужащих:

1. Формирование реабилитационного диагноза в категориях и доменах МКФ, описывающего все проблемы и возможности пациента, его деятельность в характерном для пациента образе жизни.
2. Разработка ИПМР на основании реабилитационного диагноза, формирование прогноза и цели реабилитации.
3. Определение конкретных технологий реабилитации и ответ-

ственных участников для решения реабилитационных задач, каждая из которых вытекает из проблемы пациента, отображенной доменом МКФ.

4. Достижение конкретной цели этапа МР – восстановление активности и участия различными приемами и технологиями реабилитации: через восстановление функций и структур, переобучение, компенсацию или адаптацию, модификацию среды, разрешение психологических и социальных проблем.

В системе МР ВС используется практически весь спектр современных приемов и технологий реабилитационного лечения:

- реконструктивно-восстановительные операции, протезирование;
- лечебная физкультура: гимнастика, кинезитерапия, активно-пассивная механотерапия (в т. ч. роботизированная с биологической обратной связью и функциональной электростимуляцией), тренировки на силовых и циклических тренажерах, баланстренировки, аквафитнес, локомоторные тренировки с помощью медицинских активных экзоскелетов, бобат-терапия и др.;
- терапия с использованием природных (климато- и бальнеотерапия, грязелечение) и преформированных (электро-, магнито-, свето-, лазеро-, водо-, термо-, парафинотерапия, лечение ультразвуком, ингаляционная терапия, криотерапия, гипокситерапия и др.) лечебных факторов;
- традиционная медицина (рефлексотерапия, остеопатическая терапия, гирудотерапия, терморелаксация, различные виды массажа и др.);
- психокоррекция и психотерапия (телесно-ориентированная и когнитивно-поведенческая психотерапия, аутогенная тренировка, гетеротренинг с элементами суггестии, гештальт-терапия, когнитивный психотренинг, арт-терапия, психофармакотерапия, цветомузыка- терапия, холотропное дыхание, биоакустическая

-
- психокоррекция, нейролингвистическое программирование, психодрама, компьютерная полирецепторная психотерапия и др.);
- эрготерапия, восстановление профессионально важных качеств (внимание, память, мышление, интеллектуальный потенциал, сенсомоторные реакции и др.) с применением аппаратно-программных комплексов с биологической обратной связью и виртуальной реальностью.
 - фармакотерапия, фитотерапия;
 - детоксикационная терапия (гипербарическая оксигенация, гемосорбция, плазмаферез, внутривенная лазеротерапия);
 - диетотерапия, энтеральное и парентеральное питание, дозированное голодание и др.

Авторы сообщают, что процесс протезирования условно делится на 2 этапа: на первом проводится лечебно-тренировочное протезирование, на втором – первично-постоянное протезирование. Всем военнослужащим первично изготавливаются лечебно-тренировочные протезы модульного типа с индивидуальным изготовлением культеприёмника.

Первый этап протезирования предусматривает решение следующих задач:

- восстановление опороспособности усеченной конечности, формирование культи и определение готовности тканей культи к постоянному протезированию;
- уточнение показаний к проведению реконструктивно-восстановительных операций, направленных на устранение болезней и пороков культи;
- восстановление способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, обучение пользованию протезами с дозированной возрастающей нагрузкой;
- выработка правильного стереотипа двигательных навыков;

– определение оптимального состава функциональных модулей протеза и его схемы построения до изготовления постоянного протеза с учетом двигательных возможностей пациента.

На втором этапе протезирования военнослужащие с ампутацией нижних конечностей обеспечиваются постоянными протезами модульного типа с несущей скелетированной приемной гильзой из слоистого пластика с креплением за счет силиконового чехла. При протезировании верхних конечностей они снабжаются косметическими и/или активными протезами плеча/предплечья с внешним источником энергии, с сенсорной электромеханической кистью повышенного быстрого действия, оснащенной автоматической системой стабилизации захвата, функцией гибкого захвата и различными управляющими программами для протезирования с составной приемной гильзой индивидуального изготовления по слепку из слоистого пластика.

Авторы указали, что сформированная система организации протезно-ортопедической помощи в ВС характеризуется рядом факторов, оптимизирующих ее оказание: 1. Централизованный характер системы протезирования: протезирование всех военнослужащих осуществляется стационарно на базе трех ВМО центрального подчинения. 2. Первичное протезирование осуществляется в ранние сроки (2-3 мес с момента заживления ран культей). 3. Возможность начать первичное протезирование до оформления группы инвалидности и индивидуальной программы реабилитации и абилитации. 4. Наличие команды подготовленных специалистов, сопровождающих подготовку к протезированию и обучение пациентов пользованию протезами. 5. Наличие развитой материально-технической базы, в т. ч. современного медицинского и реабилитационного оборудования, и подготовленных высококвалифицированных кадров, что позволяет одновременно с протезированием реализовывать ИПМР, основан-

ные на комплексном междисциплинарном подходе. 6. Обеспечение военнослужащих высокотехнологичными современными модульными протезами и протезами с внешним источником энергии. 7. Активное привлечение членов семей военнослужащих к реабилитационному (абилитационному) процессу, оказание им всесторонней организационной и информационной поддержки. 8. Отсутствие необходимости межведомственного взаимодействия между ВМО и организациями, уполномоченными финансировать оказание протезно-ортопедической помощи пациента с ампутационными дефектами (обеспечено целевое субсидирование протезирования).

Авторы заключили: в результате реализации данной программы осуществляются все направления реабилитации и абилитации военнослужащих-инвалидов – здравоохранение, образование, труд и занятость: – 95% военнослужащих с ампутационными дефектами конечностей изъявили желание продолжить военную службу в выбранном ими месте; – военнослужащие проходят профессиональную переподготовку; – все военнослужащие еще до прибытия к новому месту службы обеспечиваются жильем; – военнослужащим с высшим образованием присваивается воинское звание «лейтенант», а военнослужащим со средним специальным образованием – «прапорщик»; – медицинское обеспечение военнослужащих, в т. ч. повторное протезирование, в дальнейшем осуществляется на базе ВМО.

А.В. Есинов и соавт. (2023) проанализировали величину и структуру изолированных ранений конечностей в современных локальных конфликтах: 1) частота повреждений конечностей в ходе военных конфликтов последних десятилетий достигает 60-70% и не имеет тенденции к снижению; 2) несмотря на развитие военной техники, распределение огнестрельных ранений по локализации остается относительно постоянным: ранения головы составляют

5-8%, шеи – 1-2%, груди – 2-4%, верхних конечностей – 34-45%, нижних конечностей – 28-35%; 3) *огнестрельные ранения конечностей в 2014-2022 г. в Донбассе составили 62,6%*; 4) при изолированных ранениях конечностей с множественными поражениями сосудов, нервов, костей и суставов ампутации по первичным или вторичным показаниям выполняют в 19,8-28,6% случаев; 5) ампутации конечностей и такие осложнения ранений, как несросшийся перелом, ложный сустав, сегментарные костные дефекты, артриты, порочные анкилозы, являются причиной увольнений из рядов Вооруженных Сил и составляют от 22,1 до 62,7%; 6) основными причинами ампутаций являются: размоложение мягких тканей конечностей с массивным загрязнением ран, необратимая ишемия вследствие повреждения магистральных сосудов, в т. ч. после неудачных реконструктивных операций на них и после неоправданно длительного нахождения артериального жгута, множественные огнестрельные переломы костей, в т. ч. и с повреждением сосудисто-нервных пучков, при которых органосохраняющие операции представлялись невыполнимыми; 7) частота осложнений ран ампутационных культей конечностей, по различным данным, достигает 42%. Наиболее частыми осложнениями, потребовавшими длительного стационарного лечения и выполнения дополнительных оперативных вмешательств, явились: нагноение культи конечности, недренированные гематомы в мягких тканях, некроз кожных лоскутов, остеомиелит культи, пролежни в местах выстояния опилов костей, инородные тела в мягких тканях; 8) основными причинами развития хирургической инфекции у раненых с ампутациями конечностей являлись: неадекватное дренирование культи, нарушение техники ампутации, госпитальная инфекция, нарушенный лимфатический дренаж культи, гипоксия тканей культи, тяжелая эндогенная интоксикация, сниженный иммунный статус. Развитию инфекции способствовали: наличие в ране

размозженных тканей, девитализированных мышц и других мягких тканей – 15%; длительное (более 2 ч) нарушение кровотока в ране вследствие наложенного жгута, шоковая гипотензия, переохлаждение – 6%; загрязнение раны землей и др. – 47%; отсутствие аэрации раны вследствие залипания краев ран, плотной и тугой повязки – 12%; неправильно проведенная хирургическая обработка или поздно проведенная ампутация – 20%.

И.М. Самохвалов и др. (2023) выработали десять хирургических уроков начального этапа военной операции, среди которых следующие: 1) преобладают ранения кассетными боеприпасами, нанесенные заранее фрагментированными осколками с высокой начальной скоростью, взрывные ранения и травмы, ранения шариковыми элементами, неогнестрельные механические повреждения; 2) наиболее часто поражаются конечности и голова, значительно выросла частота ранений кровеносных сосудов, обширных повреждений мягких тканей; абсолютное большинство ранений носит множественный и сочетанный характер; 3) *требуется постоянное хирургическое усиление этапов медицинской эвакуации*; на начальном этапе СВО допущалось значительное количество различных диагностических, тактических и технических ошибок: – дефекты выполнения ПХО ран; – первичный шов огнестрельных ран и культи конечностей после ампутаций; – расширение показаний к ампутациям конечностей или неправильный выбор уровня ампутации; – неправильное выполнение элементов сокращенных операций «контроля повреждений»; – ошибки хирургического лечения повреждений магистральных сосудов, в т. ч. невыполнение или неправильное (неполное) проведение фасциотомии при компартмент-синдроме конечностей; – неправильное дренирование плевральных полостей и других полостей тела; – преждевременное ушивание лапаротомной раны при показаниях к наложению лапаростомы и др.

Г.Н. Пономаренко в руководстве «Реабилитация инвалидов» (2018) указывает на цель медицинской реабилитации, как максимальное восстановление (или компенсация) последствий патологического процесса (болезни, повреждения, увечья). К Основным задачам медицинской реабилитации автор относит: – восстановление функции поврежденных тканей, органов, систем и организма в целом; – коррекцию высшей нервной деятельности пациентов и формирование адекватного отношения к заболеванию, работе, окружающему миру, правильной самооценки; – восстановление резервов адаптации организма и систем его жизнеобеспечения. Автор указывает, что показанием для назначения инвалиду реабилитационных мероприятий является не болезнь, а ее последствия. При этом потребность в медицинской реабилитации существует тогда, когда имеется принципиальная возможность устранения или минимизации последствий. Реабилитационные мероприятия включают: восстановительную терапию (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности); реконструктивную хирургию (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности); санаторно-курортное лечение; протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов; обеспечение профессиональной ориентации инвалидов (профессиональное обучение, переобучение, повышение квалификации). Целью социальной реабилитации, по мнению автора, является восстановление или компенсация ограничений жизнедеятельности, социального статуса инвалида, достижение им и его семьей материальной независимости, социальная адаптация и интеграция/реинтеграция в общество. К задачам социальной реабилитации автор относит: – восстановление или компенсация ограничений способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, контролю своего поведения, обучению; – формирование

активной жизненной позиции инвалида, адекватного отношения к заболеванию, окружающему миру, правильной самооценки; – восстановление общественных связей и отношений, социально и лично значимых характеристик, свойств и возможностей инвалида.

А.С. Самыличев и др. (2022) предложили новый интегральный метод реабилитации – адаптивную физическую культуру, как вид (область) физической культуры человека с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалида, и общества. Это деятельность и ее социально и индивидуально значимые результаты по созданию всесторонней готовности человека с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалида, к жизни; оптимизации его состояния и развития в процессе комплексной реабилитации и социальной интеграции; это специфический процесс и результат человеческой деятельности, а также средства и способы совершенствования и гармонизации всех сторон и свойств индивида с отклонениями в состоянии здоровья (физических, интеллектуальных, эмоционально-волевых, эстетических, этических и др.) с помощью физических упражнений, естественно-средовых и гигиенических факторов. Адаптивная физическая культура включает в себя три крупных области знания – физическую культуру, медицину и коррекционную психологию и педагогику.

В.П. Шестаков и соавт. (2016) в докладе «Реализация положений Конвенции ООН о правах инвалидов в области абилитации и реабилитации инвалидов в Российской Федерации» указали, что недостатки в решении проблем комплексной реабилитации инвалидов носят системный характер и устранить их можно только в результате поэтапного преобразования процесса реабилитации (абилитации) инвалидов, научного обоснования комплексных программ абилитации и реабилитации с применением инновационных технологий реабилитации в сфере здравоохранения, образования, социального обслу-

живания и занятости инвалидов в каждом регионе Российской Федерации. совершенствования системы медико-социальной экспертизы. На серьезные проблемы межведомственного взаимодействия при реализации индивидуальной программы реабилитации инвалидов указывали и участники одноименной конференции в Санкт-Петербурге в 2015 году.

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

Страховые представители всех уровней должны быть ориентированы на первоочередность рассмотрения обращений и жалоб ветеранов и пострадавших с последствиями боевой травмы, в т.ч. при возникновении проблем со сроками начала, объемами и качеством реабилитационных мероприятий. Страховые представители, понимая психологическую сущность явления стигматизации, особенно у пострадавших с дефектами опорно-двигательного аппарата, челюстно-лицевой области, черепной коробки, должны строить свою работу максимально деликатно, но в тоже время достаточно активно, чтобы способствовать созданию у пострадавшего доверия к системе ОМС и мотивации приверженности к реабилитации. Информационное сопровождение пострадавших в системе ОМС должно строиться, исходя из этапов психологического переживания последствий боевой травмы, и прежде всего направлено на скорейшее преодоление этапа неприятия последствий травмы, неверия в будущее, отсутствия осознания себя, как полноценного правового субъекта социума, невозможности возврата полноценной жизни. Информационное сопровождение пострадавших должно учитывать необходимость предоставления пострадавшим реальной информации по эффективности мер современной медицинской реабилитации и воссозданию

в ее результате приемлемого качества жизни с реализацией возможных новых жизненных перспектив – жизнь без боли и депрессии, новая учеба, трудоустройство, творчество, спорт, культура.

Наш опыт научно-практической работы в Научно-исследовательской лаборатории боевых и стрессовых повреждений центральной нервной системы Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова показывает высокую эффективность реальной и правдивой информации в мотивировании пострадавших к мерам медицинской реабилитации, к формированию приверженности к длительному периоду жизни с постоянно повышающимся ее качеством и улучшающимся отношением к ней в условиях непрерывно действующей системы медицинской реабилитации. Так медицинская реабилитация переходит свои чисто медицинские границы и становится длительным этапом жизни пострадавшего, занимая множество ее времени, создавая занятость пострадавшего и отвлекая его от возможных пагубных пристрастий и соблазнов. В формировании таковой приверженности важное участие должны занимать страховые представители системы ОМС.

Межрегиональным ресурсным центром «Доступный мир» (Шеломанова Т.Н., www.rehabresource.ru) разработаны Рекомендации по взаимодействию и оказанию помощи инвалидам при получении услуг – с учетом имеющихся стойких нарушений, которые будут полезны и для страховых представителей системы ОМС.

I. Рекомендации по взаимодействию и оказанию помощи инвалидам всех категорий (независимо от видов нарушений)

1. При посещении инвалидом сотруднику вначале следует предложить инвалиду помощь и дождаться согласия ее принять, а затем поинтересоваться, как лучше помочь; если помощь не принята, не нужно ее навязывать; в таком случае имеет смысл предупредить человека о возможных препятствиях (барьерах) на пути и необходимо-

сти проявлять осторожность.

2. При разговоре с инвалидом, который пользуется помощью сопровождающего, иного помощника или специалиста (сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика), нужно обращаться непосредственно к инвалиду (не к сопровождающему или помощнику); при общении с инвалидом стоит расположиться так, чтобы лица собеседников были на одном уровне.

3. Обращаться к инвалиду следует вежливо, без проявления фамильярности, снисходительности и подчеркнутого покровительства (независимо от вида нарушения); к ребенку допустимо обращаться по имени, ко взрослому – по имени и отчеству; говорить с инвалидом нужно обычным голосом и языком (и только в случае общения со слабослышащим, можно увеличить громкость, а с инвалидом с нарушениями умственного развития – перейти на общение на простом языке).

4. При взаимодействии с инвалидом рекомендуется сконцентрировать внимание не на заболевании или травме, ставшими причинами инвалидности, а на человеке, нуждающемся в помощи; посоветоваться с ним по вопросу о виде и содержании помощи, в которой он нуждается.

5. Разговаривая с человеком, испытывающим трудности в общении, важно проявить терпение, внимание, такт; стоит дождаться, когда человек сам закончит фразу, не поправляя, не договаривая за него. Если что-то не поняли, не нужно делать вид, что поняли, лучше переспросить, озвучить то, что поняли и попросить подтвердить это. Рекомендуется задавать короткие вопросы, требующие коротких ответов или жестов (например, кивка головы).

6. Надо помнить, что любое индивидуальное техническое средство реабилитации (трости, костыли, ходунки, инвалидные коляски, и т.д.) – это собственность и элемент личного пространства чело-

века; не нужно брать эти средства, перемещать их и т.п., не получив на то разрешения со стороны инвалида. При взаимодействии с инвалидом (как с любым человеком) нужно стремиться соблюдать личные границы и свободное пространство, спрашивать разрешения внедриться в это пространство (взять за руку или предложить свою руку для опоры, пытаться помогать в передвижении или перемещать технические средства личного пользования); если кому-то неприятен тактильный контакт, не нужно его навязывать.

7. Если случайно в разговоре с инвалидом допущена ошибка, оговорка, возможно, нарушены правила этикета, следует извиниться, внести поправку в разговор и спокойно продолжать общение. Но граждане, имеющие нарушения зрения или слуха, сами отмечают, что, если в разговоре с ними допущена оговорка – типа «посмотрите», «увидимся» (невидящему человеку), « послушайте», «вы слышали» (не слышащему), «проходите», «пойдемте», «постойте» (человеку, передвигающемуся на коляске) и т.п., не стоит смущаться – такие обращения допустимы (приемлемы).

8. Если растерялись, сомневаетесь, либо забыли, как правильно поступить, важно не суетиться, успокоиться, опереться на логику, здравый смысл; проявлять доброжелательность, открытость к общению, готовность понять и оказать необходимую помощь. Не надо стесняться спросить собеседника, нуждающегося в помощи, что и как правильно сделать. Главное, постараться отнестись к другому человеку так, какого отношения хотели бы к себе. Если все-таки есть серьезные сомнения в возможности самостоятельно оказать помощь, стоит пригласить компетентного помощника.

II. Рекомендации по взаимодействию и оказанию помощи инвалидам, передвигающимся на креслах-колясках.

1. Начиная общение с инвалидом на коляске, стоит спросить о необходимости помощи, и предложить ее со своей стороны. Толь-

ко дождавшись положительного ответа (что помощь принимается), стоит уточнить, как ее лучше оказать – и после этого действовать.

2. Если помощь не принята, стоит предупредить человека в коляске о предстоящих барьерах (архитектурно-планировочных, информационных и проч.), а также об имеющихся технических устройствах индивидуального пользования (шагающий лестничный подъемник, сменное кресло, возможно, экзоскелет) или коллективного пользования (подъемник, лифт, инвентарный пандус), предоставив инвалиду возможность определиться на местности и еще раз обдумать свое решение о возможной помощи; а также напомнить о средствах общения для вызова помощника (кнопка вызова, переговорное устройство, телефон) и о средствах оповещения на объекте организации и помощи в чрезвычайных ситуациях.

3. Надо постараться расположиться так, чтобы лица общающихся (в том числе человека на коляске) оказались на одном уровне, например, сесть рядом на стул, чтобы человеку на коляске не пришлось запрокидывать голову (это и неудобно, и при некоторых видах нарушений невозможно).

4. Непозволительно проявлять фамильярность или иные вольности по отношению к человеку, находящемуся в коляске: не класть ему руку на плечо, на голову, пытаться говорить заискивающе или покровительственным тоном.

5. Надо помнить, что инвалидная коляска – личное средство и личное пространство человека, ею пользующегося: нельзя пытаться ее перемещать без позволения хозяина; также неприемлемо на нее садиться, облакачиваться, ставить ноги.

6. Стоит уточнить некоторые технические возможности коляски (например, возможные регулировки); оказывая помощь, стоит начинать движение медленно, без причины не ускорять, выбрать приемлемый, согласованный с инвалидом, темп движения.

7. При необходимости смены коляски в учреждении (например, уличной на комнатную, малогабаритную, или электроколяски на обычную) необходимо получить согласие инвалида на это перемещение; также стоит предварительно согласовать возможность использования других технических средств (например, шагающего лестничного подъемника, инвентарного пандуса, вспомогательных технических средств в санитарной комнате и проч.) или предложить другие технические средства передвижения, если у инвалида сохранилась способность передвигаться с их помощью (костыли, ходунки и т.п.).

8. В случае, если у человека, пользующегося при передвижении коляской, имеются и другие нарушения (например, функций верхних конечностей или иные), при оказании ему помощи следует учитывать рекомендации, описанные в соответствующих разделах настоящего пособия.

III. Рекомендации по взаимодействию и оказанию помощи инвалидам с нарушениями опорно-двигательного аппарата (при поражениях нижних конечностей).

1. Помощь со стороны персонала организации гражданам с нарушениями нижних конечностей может понадобиться как при наличии существенных физических барьеров на объекте (высокие ступени и пороги, отсутствие или ненормативные поручни и проч.), так и в связи с особенностями нарушений у инвалида (например, выраженные навязчивые движения – гиперкинезы или скованность движений – спастика); важно, при этом, также предложить помощь ненавязчиво, не привлекая значительного внимания со стороны окружающих; при наличии описанных нарушений движений не нужно отвлекаться на них при общении, но учитывать при оказании помощи и при выборе места для размещения инвалида (в зале, в кабинете) или выборе пути его передвижения.

2. Человеку, пользующемуся при передвижении техническими средствами и столкнувшемуся с физическими барьерами, следует предложить помощь (при открывании тяжелой двери, при подъеме по лестнице, при пользовании лифтом; при пользовании гардеробом). В случае, если помощь принята, предложить руку для дополнительной опоры или выполнить за него какие-либо действия, если руки инвалида заняты техническими средствами для передвижения.

3. При оказании помощи инвалиду с поражениями нижних конечностей может понадобиться помощь с использованием иных технических средств (в зависимости от обстоятельств), которую также стоит согласовать с ним; так, можно предложить преодолеть какие-либо барьеры на кресле-коляске или на каталке и проч.

4. Если предложенная инвалиду помощь не принята, стоит отнестись к этому с пониманием, и постараться предупредить о возможных барьерах на пути следования инвалида, а также сообщить о возможности в любой момент обратиться за помощью, о порядке обращения и о порядке ее оказания.

Рекомендации по взаимодействию и оказанию помощи инвалидам с нарушениями опорно-двигательного аппарата (при поражениях верхних конечностей).

1. Встречаясь с человеком с нарушениями функций верхних конечностей или с их отсутствием (либо наличием культей, протезов верхних конечностей) может оказаться необходимым (здороваясь, знакомясь) пожать руку; приемлемо в таком случае воспользоваться сохранной рукой (правой или левой рукой) либо действующим протезом.

2. При выполнении обычных действий по самообслуживанию, инвалиды с нарушениями функций верхних конечностей, как правило, используют имеющиеся (сохранные) возможности верхних конечностей либо их культей, протезов, а также пользуются специаль-

ными техническими средствами, насадками и проч.; при отсутствии рук или значительно выраженном нарушении их функций – нередко приспособляются выполнять обычные для верхних конечностей функции нижними конечностями, ртом. Важно при взаимодействии с инвалидом в таких случаях, не смущаясь, воспринимать эти действия как естественные (приемлемые).

3. При необходимости выполнить какие-либо действия руками, при затруднениях или отсутствии возможности у инвалида выполнить эти действия, следует предложить инвалиду помощь и, получив согласие, выполнить эти действия за него (открыть дверь, кран, воспользоваться выключателем, телефоном, написать текст и т.п.).

4. При наличии у инвалида навязчивых движений рук или нарушении их координации, следует, при необходимости, оказать ему помощь в выполнении действий руками, в т.ч. с использованием вспомогательных технических средств.

5. При наличии затруднений действий руками, вызывающих необходимость помощи, в сочетании с другими видами нарушений, следует учитывать рекомендации, описанные в соответствующих разделах. Для уточнения характера, вида помощи и порядка ее оказания, приемлемо обратиться за советом к инвалиду, в особых случаях – пригласить к оказанию помощи специалистов, вспомогательный персонал.

П.В. Каменченко (1992) в диссертационной работе «Психические нарушения при травматических ампутациях конечностей (клиника, динамика, типология и терапия)» сделаны следующие выводы, необходимые для учета в работе страховым представителям и медперсоналу. 1. Психические расстройства у лиц с травматическими ампутациями конечностей включают в себя две группы расстройств - симптоматику посттравматического стрессового расстройства, развивающегося как последствие острой психической травмы и нару-

шения, связанные с хронической реакцией на увечье. 2. В подостром периоде (первые 1,5-2 года) клиническая картина психопатологических расстройств определяется симптоматикой посттравматического стрессового расстройства (невротические реакции, относящиеся к группам симптомов «повышенной возбудимости», «повторного переживания», «избегания», аффективные и отдельные личностные расстройства), особенностью которого является больший удельный вес сенситивных и экспансивных реакций (психогенная сенситивная реакция ухода с отказом от активной деятельности, стремлением укрыться от жизненных трудностей, избегающим поведением или психогенная экспансивная реакция с повышенной возбудимостью, агрессивностью, демонстративным поведением). 3. В отдаленном периоде преобладали патохарактерологические расстройства астенического и стенического круга. Нарушения астенического круга (первый тип), характеризовались астеническими, психастеническими, аутистическими, сенситивными, субдепрессивными, истеро-конверсионными проявлениями. Нарушения стенического круга (второй тип) характеризовались повышенной активностью, возбудимостью, часто в сочетании с агрессивностью, сверхценными и истеро-гистрионными расстройствами. В этом периоде сохранялись отдельные симптомы хронической формы посттравматического стрессового расстройства (характерные obsessive и fobic нарушения, flashbacks и другие нарушения). 4. В подостром периоде симптоматика посттравматического стрессового расстройства является следствием перенесенной острой психотравмы, в то время как психогенные реакции сенситивного и экспансивного типов коррелируют с особенностями формирующегося психогенного комплекса. Выявленное в отдаленном периоде преобладание патохарактерологических расстройств и редуцирование симптоматики посттравматического стрессового расстройства свидетельствует об

увеличении удельного веса в патогенезе заболевания специфического психогенного комплекса, вызванного увечьем. При расстройствах первого типа (астенического круга) психогенный комплекс характеризуется чувством собственной несостоятельности, физической неполноценности, страхом перед возникающими трудностями, стремлением укрыться от «навалившихся» жизненных проблем. При расстройствах второго типа (стенического круга) психогенный комплекс характеризуется чувством протеста в ответ на препятствия, затрудняющие гиперкомпенсацию физического увечья. 5. Специальные клинико-психологические методики, разработанные в целях диагностики посттравматического стрессового расстройства и используемые в ходе исследования, указывают на наличие острой симптоматики посттравматического стрессового расстройства у 71,5-80% больных на начальных этапах заболевания и у 41% больных симптомов хронического посттравматического стрессового расстройства в отдаленном периоде. Общие клинико-психологические методики, применяемые на отдаленном этапе болезни, указывают на наличие у больных широкого спектра расстройств: обсессивно-компульсивных, сенситивных, депрессивных тревожных, фобических, паранойяльных, повышенной возбудимости и агрессивности, а также подтверждают клиническое разграничение больных на два типа (астенического и стенического круга) расстройств.

А.Г. Караяни (2003) в фундаментальном труде «Психологическая реабилитация участников боевых действий» предлагает использовать на практике четыре аспекта взаимоотношений между пострадавшим и медработником, что в том числе актуально для системы страховых представителей, с целью повышения эффективности пациент-ориентированного подхода.

Во-первых, это теплота и отзывчивость со стороны страхового представителя, которые делают возможным установление раппор-

та, постепенно перерастающего в более глубокую эмоциональную связь, неподдельный интерес к пострадавшему и принятии его как личности. Страховой представитель эмоционально вовлекается в отношения и при достаточной чувствительности к потребностям пострадавшего, тем не менее, способен удерживать границы и контролировать собственную позицию независимого страхового представителя и эксперта, чтобы иметь возможность как можно лучше поддержать пострадавшего.

Вторая особенность терапевтического взаимодействия страхового представителя и пострадавшего – предоставление достаточной свободы выражения чувств. Страховой представитель принимает высказывания пострадавшего с полным отсутствием морализаторских и оценочных суждений, с всепонимающим отношением к пострадавшему, что подводит пострадавшего к осознанию того, что все его чувства и отношения могут быть выражены прямо и ясно. Угрызения по поводу совершенного в прошлом на войне, ненависть к себе, близким, нежелание обращаться за помощью, негодование и агрессивное поведение в отношении к другим и страховому представителю в том числе – все имеет право на выражение с целью создать для пострадавшего условия, позволяющие ему выразить все запретные импульсы и скрытые установки, осложняющие жизнь.

Третий аспект ситуации консультирования страховым представителем – четкое ограничение общения во времени но с предоставлением полной свободы выражения эмоций пострадавшего: пострадавший свободен в том смысле, что может прийти, а может не прийти на назначенный прием, может явиться вовремя или опоздать, может «убивать» целый час на, казалось бы, пустую болтовню, дабы избежать своих реальных проблем или использовать время конструктивно. Но он не может руководить страховым представителем и занимать больше положенного очерченного ранее времени

общения (например, до 60 мин.), несмотря ни на какие отговорки. Такой подход раскрывает пострадавшего, мотивирует на долговременность общения без злоупотребления временем.

Четвертой характеристикой общения со страховым представителем является свобода от любого давления или принуждения. Страховой представитель общается без своих собственных оценочных реакций или предубеждений, без давления по поводу следования одному способу поведения в противовес другому, каждый пострадавший уникален.

А.Г. Караяни (2003) также предлагает для общения с пострадавшим принципы гуманистической психотерапии, которые должны быть использованы и страховыми представителями: 1) безусловное принятие клиента, теплое расположение как к человеку, имеющему безусловную ценность, независимо от его состояния, поведения, чувств; 2) взгляд на человека как на высшее совершенное произведение природы в органическом единстве телесной и духовной жизни (проявление конгруэнтности, как способности положительно воспринимать все, что переживает в данный момент клиент и соответствующим образом сообщать об этих переживаниях другому человеку); 3) эмпатическое понимание позиции клиента, и умение чувствовать его внутренний мир, как свой собственный; 4) умение поддерживать в человеке уверенность в его внутренних силах, утвердить в нем веру в свои способности к самоисцелению, самосовершенствованию; 5) забота о духовном и личностном росте клиента (беседы, рекомендации по чтению книг и просмотру определенных видеофильмов), т. е. создание условий для постепенной ассимиляции психотравмирующего опыта.

Страховой представитель, как и медработник, должен понимать, что главная цель их совместной работы – личностный рост раненого, позволяющий раненому найти в себе силы для жизни дальше,

даже после смерти друзей, даже став инвалидами: 1) восстановление смысла жизни; 2) обретение нового смысла жизни – принятие ранеными смысла их боевой деятельности и гибели их друзей во имя будущего их близких, родных и детей, даже нерожденных ими самими.

Страховые представители и медработники должны понимать особенности пострадавших, представленных А.Г. Караяни (2003): у лиц, принимающих длительное участие в боевых действиях, закрепляется памятный след новых поведенческих навыков и стереотипов, имеющих первостепенное значение для выживания и выполнения поставленных задач. Среди них: восприятие окружающей среды как враждебной; гиперактивация внимания, тревожная настороженность; готовность к импульсивному защитному отреагированию на угрожающий стимул в виде укрытия, бегства, агрессии и физического уничтожения источника угрозы; сужение эмоционального диапазона, стремление к «уходу» от реальности и оценки ряда нравственных проблем; эффективное межличностное взаимодействие в микрогруппе, включающее способность к коллективной индукции; способность к моментальной полной мобилизации сил с последующей быстрой релаксацией; соответствующее экстремальному режиму психического функционирования нейровегетативное обеспечение. Адаптация к боевым условиям закрепляет в характере некоторых воинов повышенную ранимость, недоверчивость, отгороженность, разочарование и страх перед будущим, нарушение социальной коммуникации, склонность к агрессивному, саморазрушающему поведению и злоупотреблению наркосодержащими веществами. Кроме этого, у участников боевых действий, нередко, отмечается усиление тревожности, подавленности, чувства вины, повышенной чувствительности к несправедливости, «застревание» на негативных переживаниях и др. Ранение и инвалидность являют-

ся мощными факторами психической травматизации. Они оказывают существенное влияние на изменение Я- концепции личности и, в первую очередь, физического «Я» человека и «Я» реального. Поврежденный орган человека до конца жизни будет напоминать ему об одном из самых трагических событий в жизни. О такой травме невозможно забыть, даже если использовать самые эффективные психотехники. Человеку кажется, что все «сверлят» глазами травмированную часть тела, рассматривают его исключительно как калеку, сторонятся, брезгуют. В результате может иметь место снижение самооценки личности, психологический уход человека в прошлое, утрата ощущения настоящего и девальвация ценности будущего. Эта тенденция отмечалась у 70% инвалидов войны. Раненные и инвалиды неохотно вступают в контакт с окружающими до тех пор, пока не перестают чувствовать себя «не такими как все». Однако образ жизнедеятельности физически здоровых людей практически на каждом шагу содержит своеобразные «закладки», указывающие на «нетаковость» инвалидов: лифты, не вмещающие инвалидные коляски; отсутствие аппарелей для входа в помещения и транспорт; нехватка транспортных средств для самостоятельного передвижения; отсутствие приборов и устройств для облегчения жизнеобеспечения в квартире и др.

Особым психотравматогенным обстоятельством является отсутствие у большинства инвалидов возможности достойно трудиться и материально обеспечивать свое существование. У ветеранов, имеющих боевые ранения, также на всю жизнь остается своеобразный «якорь» (след раны), случайная актуализация которого психологически возвращает его в травмирующую ситуацию.

А.Г. Караяни (2003) выделяет ряд потребностей с чрезвычайной степенью выраженности у ветеранов боевых действий при возвращении в мирную обстановку, что необходимо учитывать в работе

страховым представителям.

Во-первых, у большинства участников боевых действий отмечается ярко выраженное желание быть понятым. Они хотят иметь в контакте с окружающими такую обратную связь, которая бы явно подтверждала, что они сражались за правое дело, что их участие в жестоком насилии нравственно оправданно и социально полезно. По существу, речь идет о действии такого механизма психологической защиты человека, как рационализация, позволяющего военнослужащему преодолеть комплекс вины, оправдаться перед самим собой, своей совестью, сделать воспоминания об агрессивных и жестких поступках менее травмирующими.

Во-вторых, в психологической картине переживаний участников боевых действий отмечается потребность быть социально признанными. Естественное желание человека быть личностью, получить высокую оценку своих личных усилий, действий у людей, возвращающихся в мирную жизнь, приобретает особое значение. При этом справедливо считается, что достойными общественного признания являются не только героические поступки, но и внутренние победы человека над собой, уже само то, что военнослужащий не струсил, не дезертировал, не симулировал и т.д. Наблюдается желание, чтобы факт положительной оценки стал известен широкому кругу людей, сослуживцам, членам семьи.

В-третьих, важной тенденцией, характеризующей психическое состояние участников боевых событий, является стремление быть принятым в систему социальных связей и отношений мирной жизни с более высоким, чем прежде, социальным статусом. Это объясняется тем, что дело, которое они делали «там», социально более значимо, чем-то, которым занимались военнослужащие, оставшиеся в местах постоянной дислокации частей. На основании этого участники боевых действий ожидают особого отношения к себе со стороны

окружающих. В противном случае возникают различного рода синдромы по типу «чеченского», когда со стороны участников боевых действий проявляется агрессивное отношение к сослуживцам, не получившим боевого опыта.

В-четвертых, нередко у людей, возвращающихся из зоны боевых действий локального военного конфликта, наблюдается своеобразное «ошеломление» при столкновениях с реальностями мирной жизни. Им трудно свыкнуться с мыслью, что в то время, когда они рисковали жизнью, в стране, в армии ничего не изменилось, общество вообще не заметило их отсутствия. Более того, оказывается, не все люди разделяют их взгляды на цели, характер и способы ведения войны. Это может вызвать состояние психического шока, привести к серьезным психическим расстройствам у ветеранов войны, сформировать у них ощущение враждебности социального окружения.

В-пятых, существенной психологической характеристикой участников локальных военных конфликтов является снижение порогов чувствительности к социальным воздействиям. С психологической точки зрения, они становятся как бы особенно обнаженными, ранимыми.

Перед страховыми представителями и обществом в целом, встречающим своих солдат с войны, остро встают очень важные и неотложные вопросы: 1) каким образом вернуть обществу полноценных в психологическом и нравственном отношении граждан, защитить общество от разгула агрессии и неконтролируемой спонтанной воинственности; 2) как уберечь ветеранов войны, по существу людей с «обнаженной», незащищенной психикой от травмирующего воздействия жестокой мирной жизни; 3) как поддержать веру потенциальных защитников Родины в ее способность заботиться о своих лучших сыновьях. Ответы на эти вопросы напрямую связаны с проблемой психологической реабилитации участников боевых действий и соучастии в этом страховых представителей.

Страховые представители должны знать, что психологическая реабилитация решает задач психологической помощи участниками боевых действий: 1) нормализация психического состояния; 2) восстановление нарушенных (утраченных) психических функций; 3) гармонизация Я-образа ветеранов войны со сложившейся социально-личностной ситуацией (ранение, инвалидизация и др.); 4) оказание помощи в установлении конструктивных отношений с личностями, группами и обществом.

А.Г. Караяни (2003) также указывает на высокую частоту возникновения у пострадавших с последствиями боевой травмы синдрома посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) – отсроченной во времени психопатологической комплексной реакции на психотравматическое событие, оформившаяся в целостный синдром.

Возникновение и течение синдрома ПТСР необходимо учитывать в работе страховых представителей. Автор приводит важнейшие клинические симптомы ПТСР: I) травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов: 1) повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и восприятий, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания; 2) повторяющиеся тяжелые сны о событии; 3) тяжелые действия или ощущения, как если бы травматическое событие переживалось вновь (включает ощущения «оживления» опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды -«флэшбэк-эффекты», включая те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просоночном состоянии); 4) интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их; 5) физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события. II. Постоянное избегание стимулов, свя-

занных с травмой, и numbing- блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы). Определяется по наличию трех (или более) из перечисленных ниже особенностей: 1) усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой; 2) усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме; 3) неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия); 4) заметно сниженный интерес или неучастие в ранее значимых видах деятельности; 5) чувство отстраненности или отделенности от остальных людей; 6) сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви); 7) чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или пожелания долгой жизни). III. Постоянные симптомы возрастающего возбуждения (которые не наблюдались до травмы). Определяются по наличию, по крайней мере, двух из ниже перечисленных симптомов: 1) трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения); 2) раздражительность или вспышки гнева; 3) затруднения с сосредоточением внимания; 4) повышенный уровень встревоженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы; 5) гипертрофированная реакция испуга. Обязательным условием для диагностики ПТСР является установление длительности протекания расстройства. ПТСР диагностируется лишь в том случае, когда продолжительность проявления описанных выше симптомов составляет не менее 1 месяца.

НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева представил Методические рекомендации «Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством» (2022).

Приводим основные положения рекомендаций для работы страховых представителей с пострадавшими с последствиями боевой травмы.

1. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является стресс-ассоциированным психическим расстройством, которое возникает после воздействия мощного психотравмирующего фактора, который в большинстве случаев несет в себе угрозу жизни или благополучию и является дистрессом для любого человека. Травматические ситуации представляют собой экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием, ситуации угрозы, требующие от индивида экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия.

2. Симптомы ПТСР обычно начинаются в течение первых трех месяцев после травмы, хотя может быть и отставленный на несколько месяцев или даже лет дебют. Часто первоначальная реакция человека на травму соответствует критериям острого стрессового расстройства. Дальнейшее течение заболевания, как правило, хроническое, волнообразное; ухудшения состояния провоцируются напоминанием о травме или обыденными жизненными стрессорами.

3. На модели ветеранов боевых действий были выделены следующие типы течения ПТСР: 1) хронический тип чаще наблюдается у лиц с выраженными факторами риска развития ПТСР, прежде всего, ранее подвергавшихся воздействию психотравм, нередко с уже имеющейся парциальной невротической симптоматикой. Он характеризуется ранним началом симптоматики, являющейся фактически дальнейшим развитием проявлений острого стрессового расстройства, с тенденцией к ее многолетнему устойчивому персистированию и постепенному усугублению ее тяжести, сопровождающемуся нарастанием социальной дезадаптации; 2) при отсроченном типе наблюдается отставленное (иногда на годы после травматического события) появление симптомов с быстрым нарастанием их тяжести и последующим затяжным, резистентным к терапии течением; 3) регрессивный тип (характерный для лиц с отягощенным психотрав-

мами анамнезом) определяется бурным развитием клинических проявлений заболевания после небольшого «светлого промежутка» с последующей редукцией симптоматики; 4) «инокулятивный» тип, как и хронический, характеризуется постепенной трансформацией симптомов острого стрессового расстройства в клинику ПТСР, но отличается меньшей выраженностью симптоматики и регрессирующим течением, что связано с высокой личностной устойчивостью к стрессорным воздействиям; 5) при «резистентном» типе независимо от тяжести травматического события отмечается минимальная с незначительными флуктуациями выраженность клинических проявлений расстройства, практически не влияющих на социальное функционирование пострадавшего. Характерен для лиц, приобретших повышенную стрессоустойчивость в ходе специальной подготовки; 6) «течение с личностным ростом» наблюдается у лиц с выраженными клиническими проявлениями ПТСР на начальном этапе заболевания, у которых, однако, в процессе дальнейшей личностной переработки травматического опыта происходит не только повышение стрессоустойчивости, но и рост адаптационных ресурсов на основе высших – альтруистических – типов мотивации деятельности.

4. Довольно часто пациенты с ПТСР переживают вторичную травматизацию, которая возникает, как правило, в результате негативных реакций других людей, медицинского персонала и работников социальной сферы на проблемы, с которыми сталкиваются люди, перенесшие травму. Негативные реакции проявляются в отрицании самого факта травмы, связи между травмой и страданиями индивида, обвинении и даже поношении жертв, отказе в оказании помощи. В других случаях вторичная травматизация может возникать в результате гиперопеки пострадавших, вокруг которых окружающие создают «травматическую мембрану», которая отгораживает их от внешнего мира, выводя из-под влияния стрессоров обыденной жиз-

ни. Указанные негативные факторы, наряду с прочими, нередко приводят у лиц с ПТСР к формированию коморбидной патологии, среди которой наиболее часто встречаются: рекуррентное депрессивное расстройство (48%), злоупотребление/зависимость алкоголем (40%) и прочими психоактивными веществами (29%), генерализованное тревожное расстройство (16%). В числе наиболее неблагоприятных последствий ПТСР отмечаются высокий уровень суицидов, насильственные действия в отношении как ближайшего окружения, так и незнакомых лиц, криминальное поведение, безработица. Катамнестические исследования свидетельствуют, что отсутствие заметного регресса симптоматики наблюдается в 48% случаев, при этом предикторами неблагоприятных исходов являются повторные стрессовые ситуации, значительная выраженность симптомов избегания, сопутствующие иные тревожные или соматоформные расстройства. В отечественных исследованиях показано, что неблагоприятный прогноз (отсутствие улучшения состояния или его ухудшение) отмечается у 32-37% больных, тогда как полная редукция симптоматики – лишь у 7-27%.

5. С течением времени (через 5-6 месяцев после стрессового события, витальной угрозы) будет возрастать доля лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами, не только у пострадавших с изолированной психической патологией, но и в большей степени – у раненых (больных) хирургического (терапевтического) профиля. Наибольшая распространенность ПТСР ожидается у раненых военнослужащих, уволенных с военной службы в связи с состоянием здоровья (в первую очередь – получивших увечье).

6. Организацию помощи пациентам с ПТСР целесообразно основывать на следующих *принципах*: – раннее выявление стресс-ассоциированных расстройств; – доступность психолого-психиатрической помощи; – комплексность в оказании медико-психологической

помощи; – полипрофессиональный подход в оказании помощи; -ориентация на личностные ресурсы пациента; -сопровождение на всех этапах лечения и реабилитации; – поддержка семьи и общества.

7. С целью организации оказания медицинской помощи на территории субъектов РФ необходимо реализовать *набор последовательных мероприятий*. Органам исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья рекомендуется исходить из необходимости активного раннего выявления пациентов с признаками ПТСР, для чего реализовать следующие меры: 1) обеспечить функционирование в регионе «горячей линии», предоставляющей сведения по вопросам организации оказания медицинской помощи при ПТСР; в том числе онлайн экспресс-тестирования ПТСР; 2) осуществлять информирование населения о клинических проявлениях ПТСР, функционировании указанной «горячей линии», а также особенностях организации в регионе оказания медицинской помощи пациентам с ПТСР; 3) организовать подготовку медицинских работников медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения по вопросам диагностики и лечения ПТСР; 4) обеспечить организацию оказания пациентам с ПТСР или его признаками медицинской помощи, прежде всего, в амбулаторных условиях посредством: – определения кабинетов (кабинет врача-психиатра и (или) психотерапевтический кабинет и (или) кабинет медико-психологической помощи), входящих в состав многопрофильных медицинских организаций, оказывающих указанную помощь; – развития в структуре многопрофильных медицинских организаций психологических служб, осуществляющих деятельность под организационно-методическим руководством медицинской организации, оказывающей психиатрическую и психотерапевтическую помощь населению субъекта РФ; – организации выездных форм работы специалистов медицинской организации, оказывающей психиатрическую и пси-

хотерапевтическую помощь населению субъекта РФ; 5) определить маршрутизацию пациентов с ПТСР или его признаками с целью оказания им медицинской помощи в условиях, соответствующих тяжести психического состояния.

8. Ключевым компонентом организации межведомственного взаимодействия и маршрутизации пациентов с признаками ПТСР является создание «горячей линии» (Call-центра) субъекта РФ, выполняющего следующие задачи: – размещение в региональных СМИ, и интернет-ресурсах информационных материалов о признаках стресс-ассоциированных расстройств, порядке и возможности обращения за медико-психологической помощью; – обеспечение медицинских и социальных учреждений методическими рекомендациями и наглядными пособиями (плакаты, постеры, брошюры); – информирование специалистов военкоматов, социальных служб и силовых структур о порядке получения медико-психологической помощи; – взаимодействие с религиозными и общественными организациями; – первичное консультирование обратившихся граждан о признаках стресс-ассоциированных психических нарушений; – запись к специалисту для определения уровня психических нарушений (врачу-психиатру, врачу-психотерапевту или клиническому психологу); – маршрутизация пациентов на этапе лечения (в зависимости от уровня психических нарушений) к медицинскому психологу общесоматической сети, психиатру/психотерапевту амбулаторного или стационарного звена психиатрической службы; – маршрутизация пациентов на этапе медико-социальной реабилитации и психопрофилактики; – учет случаев обращений и подготовка отчетных материалов.

9. Этапы оказания медицинской помощи. Раннее выявление признаков ПТСР имеет решающее значение для определения объемов оказания медицинской, психологической и социальной помощи. ПТСР

может привести к возникновению таких проблем, как депрессия, генерализованное тревожное расстройство, пароксизмальная тревога, различные химические и нехимические аддикции, расстройства пищевого поведения, суицидальное поведение, агрессивность. Помимо этого, ПТСР может также оказывать негативное влияние на состояние соматического здоровья, провоцируя обострение имеющихся хронических заболеваний или развитие новых. Несвоевременное обращение за помощью, связанное как с недостаточной осведомленностью о ПТСР как заболевании и, соответственно, его поздней диагностикой, так и с негативными чувствами и боязнью стигматизации может приводить к различным стратегиям самолечения, среди которых чаще всего злоупотребление алкоголем и другими ПАВ, а также самостоятельный прием лекарств не по назначению. Кроме того, поздняя диагностика значительно снижает эффективность терапии ПТСР. Лица с проявлениями ПТСР могут иметь серьезные (в том числе тяжелые) проявления соматического неблагополучия, вследствие чего они будут обращаться за медицинской помощью не в психиатрические учреждения, а в учреждения первичной медицинской сети, в территориальные поликлиники к участковым терапевтам, педиатрам, неврологам, в офисы врачей общей практики, в фельдшерско-акушерские пункты. Отказ от медикаментозного лечения и пренебрежение реабилитационными мероприятиями (например, санаторно-курортным лечением) повышают вероятность отдаленных психических расстройств в 2-3 раза. В большей мере способствуют повышению риска развития отдаленных психических расстройств такие факторы, как чувство неудовлетворенности у пациентов характером оказанной им медицинской помощи и отсутствие психотерапевтической помощи. Таким образом, следует выделить четыре этапа оказания помощи при посттравматических и других, связанных со стрессом, расстройствах: скрининг, диагностика, лечение и реабилитация.

10. Приблизительно 60% людей, переживших травматические ситуации, продолжают страдать от значительных симптомов ПТСР через год после травмы. У раненых военнослужащих психические расстройства пограничного уровня развиваются более, чем в 30% случаев, а удельный вес ПТСР составляет от 14% до 17%.

11. *Критерии посттравматического стрессового расстройства по МКБ-10:*

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как коротко, так и длительно продолжающихся) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

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

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

Г. Любое из двух: 1) психогенная амнезия (F44.0), либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора; 2) стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих: а) затруднение засыпания или сохранения сна; б) раздражительность или вспышки гнева; в) затруднение концентрации внимания; г) повышение уровня бодрствования; д) усиленный рефлекс четверохолмия. Критерии Б, В и Г возникают в течение шести месяцев стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей

начало расстройства, отставленное более чем на шесть месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

12. Ключевым аспектом в диагностике ПТСР является установление факта воздействия травмирующего события, в течение которого человек испытывал чрезвычайно интенсивные переживания страха, ужаса, беспомощности и т.п.

В практических целях симптоматические критерии ПТСР можно разделить на три большие категории: 1. *Повторяющееся переживание травмирующего события* (интрузия, симптомы вторжения, репереживания) – навязчивые воспоминания травматической ситуации, наплывы тревоги, сопровождающейся повторным ее представлением или проигрыванием, ощущения, что травматическая ситуация возвращается как будто наяву, в виде иллюзий, галлюцинаций и флэшбеков («флэшбеки» – состояния длительностью от нескольких секунд до нескольких часов, в течение которых субъект как бы «переносится» в место и время травматической ситуации). При напоминании о событии или в ситуациях, которые символизируют даже некоторые аспекты травмы (например, одетые в форму охранники для оставшихся в живых узников концлагерей; горячая, влажная погода для комбатантов, воевавших во Вьетнаме; поездка в лифте для женщины, которая была в нем изнасилована), отмечаются выраженные эмоциональные реакции соответствующего содержания с яркими вегетативными проявлениями (тахикардия, гиперемия, потливость и т.п.). Также возможны повторяющиеся кошмарные сновидения, отражающие травматические переживания. 2. *Избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме* – фактическое избегание, эмоциональная отстраненность, ограничительное поведение. Симптомы избегания отражают неосознанные и преднамеренные усилия для подавления мыслей, чувств или разговоров о травматическом

события и исключения действий, ситуаций или людей, которые напоминают о нем. Такое избегание включает и амнезию некоторых важных аспектов травмирующего события. Типичным проявлением является также сужение амплитуды и диапазона эмоциональных реакций (психическая анестезия), которая обычно начинается вскоре после травмирующего события. Больные жалуются на заметное уменьшение интереса к тем делам, которые раньше нравились, на чувство некой «границы», отчужденности от других людей, на сниженную способность испытывать различные чувства (особенно связанные с близостью, нежностью и сексуальностью). Редукции подвергается также ощущение временной перспективы: человеку кажется, что у него нет будущего, не будет карьерного роста, брака, детей и т. п. Симптомы избегания зачастую приводят к нарушениям межличностных взаимоотношений и resultируют в развод, потерю работы и другие проявления нарушенной социальной адаптации. 3. *Повышенное (чрезмерное) возбуждение и реактивность (симптомы гипербдительности, сверхнастороженности, гипербдительности* (от англ. «*hypervigilance*» – сверхбдительность)). Включают постоянное беспокойство, возбужденность, взбудораженность, которых не было до травмы. Сюда же относятся нарушения сна (преимущественно затрудненное засыпание и ночные кошмары, нередко со сценами из травмирующего события), раздражительность, сверхбдительность, повышенный рефлекс четверохолмия (реакция вздрагивания), а также трудности с концентрацией внимания, нетерпеливость и интолерантность к ситуациям ожидания.

13. В числе факультативных симптомов часто встречаются болезненное чувство вины (за то, что пациент выжил, в то время как многие другие люди погибли; что он должен был совершить то или иное действие, чтобы предотвратить гибель людей и т.п.) и паранойяльные симптомы (например, пациент-сапер долгие годы после

войны каждый раз, прежде чем войти в подъезд, проверяет, нет ли там «растяжки», а садясь в машину, осматривает днище на предмет возможной «закладки»).

14. *Психопатологические расстройства, возникшие в результате боевой психической травмы*, во многом похожи на те, которые развиваются в условиях чрезвычайных ситуаций мирного времени. Однако есть и существенные различия, обусловленные как этиопатогенезом заболевания, так и его динамикой: а) причина заболевания характеризуется экстремальностью возникновения, аффективной насыщенностью и экстраординарностью переживания; б) расстройство возникает одновременно у большого числа людей, и пострадавшие вынужденно продолжают активную борьбу с последствиями травмы, чтобы выжить самому и защитить соратников; в) пережитая аномалия предстает перед субъектом как бессмысленная и вызывает чувство вины за смерть или тяжелую травму другого человека.

15. Клиника посттравматических расстройств у ветеранов боевых действий определяется широким кругом психопатологических, психологических, вегетативно-сосудистых, поведенческих и соматических феноменов, которые позволяют некоторым авторам различивать различные клинические формы: синдром «солдатского сердца» (боль за грудиной, сердцебиение, прерывистость дыхания, повышенная потливость), синдром выжившего (хроническое «чувство вины оставшегося в живых»), флэшбек-синдром (насильственно вторгающиеся в сознание воспоминания о «непереносимых» событиях), синдром прогрессирующей астении (астения, наблюдающаяся после возвращения к нормальной жизни в виде психической вялости и стремления к покою, быстрого старения, падения веса), а также расстройства, характерные для более отдаленных периодов ПТСР – проявления «комбатантной психопатии» (агрессивность и импульсивное поведение со вспышками насилия, злоупотреблением

алкоголем и наркотиками, замкнутость и подозрительность, избегание контактов), посттравматические рентные состояния (нажитая инвалидность с осознанной выгодой от полагающихся льгот и привилегий с переходом к пассивной жизненной позиции).

16. На сегодняшний день существует большая доказательная база эффективности применения психотерапии при ПТСР. В результате систематического анализа опубликованных результатов исследований выделено несколько эффективных методов помощи при ПТСР: 1) когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), фокусированная на травме (TF-CBT), в индивидуальной и групповой формах; 2) десенсибилизация и переработка травм с помощью движения глаз (EMDR); 3) частные методы управления стрессом.

17. При формировании индивидуальной реабилитационной программы важно предусмотреть раннее начало выполнения дозированной физической нагрузки, комплекса лечебной физической культуры, а также учитывать возможности санаторно-курортного лечения, для чего задействовать мощности санаторно-курортного комплекса, в том числе санаторно-курортных организаций, специализирующихся по профилю психоневрология (психические расстройства).

В практическом руководстве «Боевая травма: медико-социальная реабилитация» (2023) указаны методы лечения ПТСР – физические методы лечения применяют для: а) восстановления баланса тормозных и возбуждающих процессов в коре головного мозга – седативные (электросонотерапия 10-15 процедур; *низкочастотная магнитотерапия воротниковой зоны – 10-15 процедур*), психорелаксирующие методы (*ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция , курс -10 процедур; аудиовизуальная полисенсорная релаксация (неселективная фототерапия) – курс 3 недели*) с переходом к тонизирующим (*лечебный массаж воротниковой зоны и спины до 20 процедур; циркулярный душ с постепенным пониже-*

ем температуры воды – 15-20 процедур; контрастные ванны – 8-10 процедур) в конце курса реабилитации; б) повышения физической и когнитивной работоспособности – актопротекторные методы (*транскраниальная низкочастотная магнитотерапия – 10-14 процедур; терапия с биологической обратной связью (БОС-терапия) – 10-12 процедур; микрополяризация – 10-15 процедур; VR-терапия (терапия с применением технологий виртуальной реальности) 10-15 процедур; физические упражнения, дыхательная гимнастика, диафрагмальное дыхание*); в) коррекции вегетативного дисбаланса – вегетокорригирующие методы: *альфа-массаж – 10 процедур; аудиовизуальная полисенсорная релаксация – 10 процедур; красная селективная хромотерапия – 15 процедур*; г) иммунного дисбаланса – иммуностимулирующие методы: гидротерапия (пресные ванны 10-18 процедур и души – 8-10 процедур).

Важный раздел работы страховых представителей будет содержать и проблемы контроля за надлежащим диспансерным наблюдением за хроническими неинфекционными заболеваниями у пострадавших, возникающими в посттравматическом периоде, которые периодически будут требовать специализированной и высокотехнологичной помощи: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь ЖКТ, ожирение и др. Формирование приверженности к диспансерному наблюдению за хроническими неинфекционными заболеваниями и их осложнениями, требующими экстренной и неотложной помощи (ОКС, инфаркт миокарда, инсульт, желудочно-кишечное кровотечение, астматические приступы, панические атаки, попытки суицида) – задача страхового представителя.

Особое место в работе страховых представителей 3 уровня должна занимать работа с пострадавшими с последствиями боевой травмы в форме ампутации конечностей.

А.Г. Караяни (2003) выделил ряд особенностей, характерных для пострадавших с ампутациями, которые необходимо знать страховым представителям: 1) психическое состояние, в котором находится человек, перенесший травматическую ампутацию конечностей, относят к категории острого горя; 2) факт ампутации переживается как тяжелейшая личная трагедия, заключающая в себе громадный разрушительный смысл: ампутация означает для человека крушение всех его жизненных перспектив и планов, переоценку собственного “Я”, существенное понижение уровня притязания личности, необходимость поиска своей особой социальной ниши, и, зачастую, утрату смысла существования; 3) степень психологической подготовленности к такому варианту развития событий не играет большой роли – факт ампутации воспринимается как личная катастрофа; 4) высок уровень суицидального поведения сразу после получения ранения, когда наступает осознание факта потери конечности; 5) источником посттравматического кризиса является тяжелое физическое состояние, а также социальные последствия травмы – изменение социального статуса человека, полная или частичная утрата трудоспособности, ослабление социальных контактов и связей (т.к. больные много времени проводят вне своей референтной группы), затруднения в проведении досуга; 6) нередко проблемы личности находят свое выражение в попытках компенсации социально неприемлемыми способами – употреблении алкоголя, наркотиков, суицидальных явлениях; 7) раненый в боевых действиях испытывает двойной гнет – факта физического увечья и участия в боевых действиях с взаимоотягощающим воздействием на личность; 8) у 25-30% пострадавших с ампутацией имеются признаки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (повторное переживание травмы и травматического события, нарушения сна (кошмарные сновидения, трудности при засыпании или нарушение продолжительности

сна), изменения поведения, раздражительность или вспышки гнева, злоупотребление алкоголем или наркотиками, особенно для «снятия остроты» болезненных переживаний, воспоминаний или чувств; депрессия, суицидальные мысли или попытки к самоубийству): 9) особенность нарушений сна у пострадавших с ампутациями: если другие пострадавшие в своих снах видят кошмары с яркими картинками пережитых психотравмирующих событий, связанных с моментом получения ранения, то пострадавшие с ампутациями снятся себе здоровыми, в сценах, которые разыгрываются во сне, обязательно присутствуют локомоторные акты, имеющие особую эмоциональную насыщенность – они ходят по свежей утренней росе, бегут по дороге и т. д.; 10) наиболее характерными для раненых вариантами психологических защит являются: агрессия (в т.ч. немотивированная грубость по отношению к медперсоналу), рационализация (пострадавшие формируют систему объяснений того, почему несчастье случилось именно с ним, а не с кем-то другим; у многих отмечаются идеи о предуготованности, неизбежности травмы), «бегство от ситуации» и отказом от активного преодоления стресса; 11) основным содержанием произошедших изменений можно считать утрату жизненных перспектив, разочарование, деструкцию смыслового ядра личности; пациенты растеряны, слабо представляют, чем могли бы заняться и как вообще жить после выписки из госпиталя. Наполнение жизни человека в посттравматический период новым смыслом, постановка жизненно важных целей способствует разрешению больным основных проблем, возникающих перед ним после получения травмы.

Исходя из стресс-факторов боевой и социальной обстановки и приведенных выше психологических особенностей, основными направлениями работы медперсонала и страховых представителей являются: – нахождение и показ смысла боевой деятельности воен-

нослужащих и гибели их товарищей; – формирование осознания настоящего, адаптации к новым условиям жизни в больничной палате (замкнутый круг общения, беспомощность и ограничение движений, оторванность от дома, родных и близких друзей); – преодоление духовного кризиса, потери смысла жизни; – обретение нового смысла жизни с ограниченными физическими возможностями; – купирование боли, нормализация сна, подготовка к операциям; – работа по ассимиляции психотравмирующего опыта с различными страхами (за свою жизнь, новой боли при перевязках и операциях, ампутации и инвалидизации, страх за будущее), кошмарными снами, чувством вины; – работа с родственниками раненых; – обучение раненых самостоятельно справляться со своими проблемами.

Е.О. Гордиевская и Б. В. Овчинников (2008) выделили индивидуально-психологические особенности инвалидов с ампутациями конечностей как значимый фактор их реабилитации: 1) инвалид с ампутациями конечностей на протяжении своей жизни многократно нуждается в психопрофилактике и психокоррекции; 2) травма конечностей, влекущая за собой ампутацию, приводит к негативным психологическим изменениям и психическим расстройствам, требующим коррекции в 70% случаев; 3) в отдаленном периоде преобладают расстройства личности: невротические проявления, патохарактерологическое развитие личности, психопатоподобные нарушения поведения, ведущие в конечном счете к снижению уровня социальной адаптации; 4) у пациентов с ампутациями масштабы дефекта на прямую связаны со степенью нарушения образа «Я», возможностью интеграции нового образа «Я» в систему отношений; 5) повреждения верхних конечностей сопряжены с большими психологическими отклонениями, чем нижних; 6) возрастные особенности пациентов влияют на степень выраженности и характер психических нарушений: у лиц старшего возраста в отдаленном периоде после

травмы депрессивные проявления выражены более отчетливо; для лиц молодого возраста в большей мере характерны гипертимные и эксплозивно-агрессивные проявления; 7) в отдаленном периоде пациенты с тяжелыми травмами нуждаются в коррекции «Я-концепции», помощи в принятии собственного «Я»; 8) необходимо пытаться сохранить оптимистический настрой в отношении жизненных перспектив.

Л.А. Басова и соавт. (2012) поставили целью выявить круг и особенности психических расстройств у пациентов с культей нижней конечности, осложняющих процесс оказания протезно-ортопедической помощи: 1) авторы привели данные о литературной частоте психических расстройств у пациентов, перенесших ампутацию конечности, – 65%-95%; 2) по своему воздействию на личность ампутация является тяжелым психотравмирующим фактором, негативные последствия которой часто сказываются на протяжении всей последующей жизни человека; 3) факт ампутации переживается как тяжелейшая трагедия, заключающая в себе громадный разрушительный смысл, часто означает для человека крушение всех его жизненных планов; 4) ампутация приводит к развитию комплекса неполноценности, существенному снижению уровня притязаний личности, зачастую утрате смысла существования, порождает ряд трудноразрешимых противоречий; отсутствие конечности требует от личности серьезного напряжения механизмов адаптации, большой внутренней работы по переживанию реакции утраты конечности; 5) основные эмоции пострадавшего: растерянность, замешательство, постоянное внутреннее напряжение, искаженные и негативные суждения, сомнительные решения и пораженческое поведение; другими эмоциями были: глубокая печаль из-за утраты конечности; переживания беспомощности, которая продуцировалась затруднениями процесса передвижения; чувство стыда при ощущении своей некомпетентно-

сти и зависимости от других; гнев, адресованный другим людям, событиям или самому себе.

По наблюдениям авторов, наибольшая выраженность стрессовой реакции выявлялась в период подготовки к первичному протезированию, когда у больного имели место и соматические, и психические расстройства: повышенный тонус сосудов, гипертензионный синдром, физическая и психическая астения. Психическая астения проявлялась в раздражительности, несдержанности, обидчивости, капризности, плохой концентрации внимания, непродуктивности мышления. Пациенты пребывали в состоянии растерянности и слабо представляли, как будут жить после выписки из стационара. Выявлено о расстройстве адаптации, возникшее в связи с тяжелым соматическим заболеванием (МКБ-10 – F43), у 56% пациентов. У пациентов с расстройством личности тревожного (избегающего) типа расстройство адаптации протекало по типу смешанной тревожно-депрессивной реакции (F43.22). У них нарастала неуверенность в себе, они избегали контактов с другими людьми, опасаясь критики и отвержения; в поведении проявляли робость, скованность, преувеличенную осторожность. Им было трудно заводить новые знакомства, так как они считали себя непривлекательными, неинтересными для окружающих, были склонны к развитию дисморфофобии (страх внешнего уродства) и социофобии (страх привлечь негативное внимание окружающих). Эти пациенты нуждались в постоянной защите и одобрении, и психотерапевтическая поддержка со стороны врача заключалась в постоянном проявлении эмпатии, внимания и сочувствия; следовало не скупиться на похвалу, постоянно подчеркивая их позитивные качества и достижения. Следовало учить их замечать малейшие успехи в процессе реабилитации, хвалить себя за это, гордиться собой. У пациентов с расстройством личности эмоционально неустойчивого типа расстройство адаптации протекало в виде реакции с преобладанием

нарушения других эмоций (F43.23). У них отмечалось сочетание таких эмоций как тревога, депрессия, беспокойство, гнев, взрывчатость, несдержанность, склонность к тяжелым аффективным вспышкам. Пациенты этой группы были не в состоянии длительно поддерживать продуктивные контакты и при малейших затруднениях в процессе протезирования давали импульсивные вспышки эксплозивных реакций: эмоционально взрывались, начинали конфликтовать, бросали начатое дело и самовольно покидали стационар или начинали принимать алкоголь. В итоге процесс протезирования прерывался из-за выписки больного из стационара за нарушение режима. Другие пациенты этой группы проявляли истерические формы реагирования: проявляли повышенную эмоциональность и переменчивость настроения, стремились привлечь к себе внимание, «выделиться из толпы». Они преувеличивали несовершенство изготавливаемых протезов, мечтали о дорогих импортных изделиях. Проявляли резко выраженный эгоцентризм, стремились манипулировать окружающими, часто требовали сменить «плохого» мастера-протезиста на «хорошего», и, перебрав всех на предприятии, «впадали в отчаяние» и заваливали жалобами администрацию учреждения. Авторы рекомендуют медперсоналу, в т.ч. это актуально для страховых представителей, в отношениях с пациентами эмоционально-неустойчивого типа следовать следующим правилам: 1) принимать пациента таким, какой он есть, проявлять терпение, твердость, последовательность и доброжелательность, не позволяя пациенту провоцировать себя на конфликты; 2) не допускать манипуляций со стороны пациента, спокойно и равнодушно относиться как к похвале, так и осуждению со стороны пациента; 3) заключить с пациентом своего рода контракт, в котором установить правила поведения и требовать их выполнения; 4) настаивать на том, чтобы пациент проявлял терпение при протезировании и выполнял свою часть работы.

Медперсоналу и страховым представителям при работе с пациентами, пережившими ампутацию и проходящими этап первичного протезирования, необходимо помнить, что они находятся в тяжелом эмоциональном кризисе, и их поведением руководят преимущественно негативные эмоции. Отсюда возникает задача – объяснить пациентам причины возникновения этих дезадаптирующих эмоций, чтобы они, по возможности, осознали их и взяли под контроль разума: протезирование единственно правильный шаг по пути принятия нового себя и обретения нового смысла.

В ситуации длительной эмоциональной охваченности пациента негативными эмоциями совершенно недопустимым является проявление медперсоналом и страховыми представителями (вольно или невольно) любого пренебрежения к переживаниям больного, поскольку это очень быстро приводило к психической декомпенсации пациента. Напротив, в работе с такими пациентами медперсоналу необходимо постоянно проявлять важнейшее человеческое качество – эмпатию. Эмпатия – это глубокое понимание эмоционального состояния другого человека посредством сопереживания ему, проникновения в его внутренний мир, постоянной вербально и невербально передаваемой врачом пациенту информации: «Я с Вами». Степень эмпатичности медперсонала и страхового представителя зависит от его гуманистического мировоззрения, богатства профессионального и жизненного опыта, точности восприятия; умения настроиться, слушая и наблюдая пациента, на одну эмоциональную волну с ним. Работая с пациентами данного профиля, необходимо также учитывать следующие моменты: а) исключить в контакте с ними чувство жалости, акцентировать их внимание на возможности сотрудничества с врачом в будущем. Недопустимо поддерживать иждивенческие позиции больных и переоценивать роль одного только протезирования для успешности дальнейшей жизни. Важно предупредить

у пациентов развитие отношения к себе как к несамодостаточным субъектам, не позволять им упасть духом и перестать бороться за свою самореализацию в жизни; нужно формировать у пациентов адекватное, но все же оптимистическое отношение к себе, ориентировать их на принятие своих изменившихся возможностей, переосмысление и самореализацию в новых жизненных условиях; б) с самого начала обязательно предупредить пациента, что его первый протез, возможно, не будет антропоморфным, т.е. похожим на человеческую конечность, чтобы уменьшить у него, насколько это возможно, реакцию разочарования при первой «встрече» с протезом. Действуя так, можно избежать многих немотивированных отказов от протеза, при этом, повысив чувство доверия и благодарности к врачу, который, как хороший лоцман, знает все «подводные камни» процесса протезирования и заранее предупреждает «столкновение» пациента с ними (Басова Л.А. и др., 2012).

Н.Л. Клячкина (2015) предлагает использовать в работе с ветеранами боевых действий психокоррекционные методы посттравматических состояний: 1) метод рациональной психокоррекции (логичная, доступная пониманию пострадавшего трактовка характера и причин возникновения травматического стресса: разъяснение, логическая аргументация, внушение, эмоциональное воздействие авторитетом с целью убедить его, что такие состояния являются нормальной, естественной реакцией человека на ненормальные обстоятельства); 2) дебрифинг (одноразовая специфическая беседа психологической направленности с субъектом, пережившим психологическую травму или экстремальную ситуацию) с целью предупреждения развития синдрома посттравматического стресса (предоставление возможности выразить свои переживания и реакции и оценить их характер, мобилизация личностных ресурсов, направленных на преодоление стресса, создание условий для самовыраже-

ния и обретения уверенности в себе); 3) методы психической саморегуляции (нервно-мышечная релаксация, аутогенная тренировка); 4) методы личностно-ориентированной психотерапии (изменение отношения к наличию в жизни психотравмирующей ситуации); 5) терапии искусством и творческим самовыражением. Для ветеранов боевых действий до проведения медицинской и социально-психологической реабилитации характерны: трудности формулирования цели в будущем, временная перспектива, связанная с сегодняшним или вчерашним днем, снижение веры в свои силы контролировать события своей жизни, отсутствие высокой значимости профессиональной жизни и склонности концентрироваться на производственных отношениях. Образование и обучение, увлечения не являются для них также высоко значимыми жизненными сферами. При этом семейная и общественная жизнь занимает более важное место в терминальных ценностях ветеранов боевых действий, однако и им не придается очень высокого значения. У ветеранов боевых действий, прошедших комплекс медицинской и социально-психологической реабилитации, были выявлены более значимые изменения в смысло-жизненных ориентациях.

Л.А. Маликова (2018) в теоретическом обзоре на тему «Психологическая реабилитация лиц с ампутациями конечностей» приводит основные постулаты, необходимые страховому представителю для формирования приверженности пострадавшего с ампутацией к реабилитации: 1) ампутация конечности представляет собой ситуацию, кардинально меняющую прежнюю жизнь индивида на до и после. Она воспринимается как тяжелейшая личная трагедия, несет в себе разрушительный смысл всего существующего для человека. В сознании пациента ампутация означает крушение всех его жизненных перспектив и планов, переоценку собственного «Я». Модификация физического образа в виде ампутации конечности влечет за собой

кардинальные изменения физического Я, которое являясь структурным компонентом самосознания, приводит к изменению тесно взаимосвязанных с ним образа психического Я, образа социального Я, самооценки; 2) ампутация влечет психологическую перестройку – смену окружения, социального статуса, профессиональной занятости. Как правило она сопряжена с развитием страхов, особенно страха появления перед незнакомыми людьми, суицидальных мыслей; 3) в эмоциональном состоянии превалируют отрицательные эмоции, ненависть, самообвинение или обвинение других; защитной реакцией будет выступать отрицание травмы, мысли о том, что «происходящее со мной кошмарный сон, хочу быстрее проснуться»; ужас и страх доминируют в эмоциональном состоянии и полностью поглощают человека; 4) травматическая ампутация конечности является настолько ужасающей для человека, что зачастую развивается ощущение внутренней опустошенности, чувство утраты смысла жизни – смысловой вакуум. В динамике развития психогенной реакции на ампутацию Б.Д. Карвасарский (2002) выделяет 3 этапа: 1) начальный этап (проявляется с 40-80 дней после потери конечности и наблюдаются в течение 3-6 мес.) представляет собой острое реактивное состояние, которое сопровождается сниженным эмоциональным фоном, фобиями и страхами (зачастую, в случае травматической ампутации, пациенты боятся мест, где произошла травма), неустойчивая социальная ориентация; 2) острый этап включает в себя первичное протезирование и продолжается 2-3 года: нарастание патохарактерологических изменений, повышенный уровень тревожности, фобические реакции, соматовегетативные нарушения, психическое напряжение, замкнутость и «уход в себя»; 3) хронический этап (после 4-5 лет с момента ампутации), характерны стойкие личностные изменения, ослабление социальных связей, уменьшении самостоятельности и склонности к самоутверждению, снижению

уровня потребностей, примирении с положением инвалида, повышении гетеро- и аутоагрессивности, постепенной ипохондризации и декомпенсации преморбидных психопатических черт.

Автор полагает, что одной из основных «терапевтических» задач медперсонала и страхового представителя является ориентировка пациента к его будущим перспективам: осознание и принятие пострадавшим факта ампутации как необратимого события – состояние инвалидизации не временное, а постоянное и всю оставшуюся жизнь будет сопровождать человека, и, как только больной осознает, то отсутствие конечности – необратимое событие, он примиряется с этим и готов для протезирования. Атмосфера эмпатии и доверия способствует развитию ощущения надежности и защищенности своей духовной целостности, ослаблению защитных механизмов. В каждый период реабилитации обязательной является работа с близкими родственниками пациента. Для них ситуация ампутации также является травматичной, которую необходимо принять. Существенным элементом деятельности медперсонала и страхового представителя является информирование родственников и близких об особенностях переживаний пациента и его поведенческих реакций.

Страховые представители должны быть информированы о роли совладающего поведения пострадавших с ампутациями. Совладающее поведение – особый вид социального поведения человека, обеспечивающего или разрушающего его здоровье и благополучие. Оно позволяет субъекту справиться со стрессом или трудной жизненной ситуацией с помощью осознанных действий и направлено на активное взаимодействие с ситуацией – ее изменение (когда она поддается контролю) или приспособление к ней (в случае, когда ситуация не поддается контролю). Если субъект не владеет этим видом поведения, возможны неблагоприятные последствия для его продуктивности, здоровья и благополучия (Журавлева А.Л. и др., 2008).

Н.П. Булгаков, И.В. Запесоцкая (2016; 2017) представили особенности совладающего поведения людей с ампутацией нижних конечностей: 1) успешное совладание рассматривается как успешная адаптация; 2) структуру преодоления стресса можно представить следующим образом: стрессовое воздействие – когнитивная оценка (восприятие события) – возникновение эмоции (нарушение гомеостаза) – выработка стратегии преодоления (копинг) – оценка результата действий (успешное / неуспешное совладание); 3) реализация совладающих стратегий поведения охватывает эмоциональную, когнитивную и поведенческую сферы психики. Эмоционально адаптивными являются протест и оптимизм; частично адаптивными – эмоциональная разрядка и пассивная кооперация; неадаптивными – подавление эмоций, покорность, самообвинение и агрессивность. К адаптивным когнитивным стратегиям относится проблемный анализ, установка на собственную ценность и сохранение самообладания; к частично адаптивным – относительность, придача смысла и религиозность; к неадаптивным – смирение, растерянность, диссимуляция и игнорирование. Адаптивные поведенческие совладающие стратегии: сотрудничество, оптимизм; частично адаптивные – компенсация, отвлечение и конструктивная активность; неадаптивные – активное избегание и отступление.

А.В. Круглов в руководстве по протезированию верхних конечностей «Антропология киборга» (2023) рекомендует медперсоналу, а, следовательно, и страховым представителям, ознакомиться с фазами психологического переживания утраты, которые после ампутации переживает любой человек, и которые напрямую и значительно влияют на исход протезирования – эти этапы проживания горя после ампутации соответствуют пяти эмоциональным состояниям, через которые проходит человек, узнавший о смертельном диагнозе, выделенным Э. Кюблер-Росс:

1. Отрицание: «Нет, это не может быть правдой». Основные надежды возлагаются на протезы, которые в таком состоянии часто идеализируются, что впоследствии приводит к разочарованию. Тем не менее протезирование во время данной фазы, в первые 30 дней после ампутации, дает наилучшие результаты, поскольку не позволяет человеку укрепиться в убеждении, что ему уже ничего не поможет.

2. Гнев: «Почему именно я? За что? Это несправедливо!». Фаза гнева начинается, когда пользователь осознает реальные возможности протезирования и реабилитации и понимает, что вернуть руку в полной степени не получится.

3. Торг: «Должен быть способ спастись или хотя бы улучшить мое положение! Я что-нибудь придумаю, я буду вести себя правильно и делать все, что нужно!». Стадия торга переходная. В этот момент пациент расспрашивает не только о возможностях протезирования, но и обо всех возможностях медицины, позволяющих вернуть утраченный сегмент кисти или руки: о хирургической коррекции, остеointegrации, пересадке кисти и т.д.

4. Депрессия: «Выхода нет, все безразлично». Степень выраженности и длительность депрессии зависят от врачебной работы на предыдущих стадиях. Случается так, что все перечисленные стадии проходят еще до получения протеза, и в итоге пациент, находящийся в депрессивном состоянии, полностью отказывается от протезирования.

5. Принятие: «Ну что ж, надо как-то жить с этим и готовиться к неизбежному». Данная фаза является своеобразной формой выздоровления пациента, в ней он формулирует конструктивные запросы на изготовление протезов, необходимых для выполнения различных задач.

Общероссийская общественная организация «Всероссийское общество инвалидов с ампутацией конечностей и иными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата «Опора» дала рекоменда-

дации «Как поддержать близкого человека после ампутации», они необходимы и страховым представителям в работе с пострадавшими и членами их семей: «Для любого человека ампутация конечности является очень серьезной физической и психологической проблемой. Помочь справиться с ней, приспособиться к новой жизненной ситуации могут и должны родные, друзья.

1. Человек, который перенес ампутацию, вынужден адаптироваться к новой жизненной ситуации. И именно помощи и поддержки, а не жалости и сострадания, он ждет от окружающих.

2. Старайтесь не использовать слово «инвалид». Большинство людей, переживших утрату конечности, сохраняют возможность жить достаточно полноценной жизнью.

3. Избегайте чрезмерной опеки, которая усиливает чувство неполноценности. Люди по-разному реагируют на такую гиперопеку. У кого-то она способна спровоцировать появление агрессивности, раздражительности, замкнутости. Другой, напротив, будет принимать такую помощь как должную, что существенно снизит его мотивацию к восстановлению нормальной жизненной активности.

4. Подготовьте родного человека, перенесшего ампутацию, к возвращению домой. Постарайтесь продумать элементарные бытовые ситуации, чтобы он чувствовал себя как можно более комфортно. Если речь идет об ампутации нижней конечности, избавьтесь от вещей, о которые можно споткнуться: ковры, электроудлинители и др. Мебель расположите таким образом, чтобы на нее можно было опереться. В ванной комнате и туалете лучше установить опорные перила, которые позволяют поддерживать равновесие.

5. Со временем старайтесь чаще привлекать близкого человека, перенесшего ампутацию, к совместным посильным действиям. Для каждого из нас важно понимать, что он нужен и дееспособен. Делайте это искренне и ненавязчиво.

6. Самое главное для любого человека, перенесшего операцию по ампутации – захотеть вернуться к нормальной жизни. Говорите с ним о будущем, помогайте строить планы, поддерживайте, старайтесь заинтересовать в чем-либо. Человеку нужно помочь изменить взгляд на саму ситуацию. Он не должен замыкаться на мысли о своей «неполноценности»: «...Сотни тысяч людей смогли справиться с подобными проблемами. Значит сможешь и ты».

7. Помните о том, что после ампутации часто беспокоят фантомные боли. Есть несколько механизмов их возникновения. Один из них – прорастание нервных волокон в рубцовую ткань, где была ампутированная конечность. Но такой вариант появления фантомных болей требует значительного количества времени, которое нужно для того, чтобы волокна проросли. В большинстве случаев – это обычная боль после операции и нежелание смириться с потерей конечности. Лечить такие боли обезболивающими препаратами необходимо крайне аккуратно, чтобы лечение не привело к появлению зависимости.

8. Поддерживайте связь с лечащим врачом, чтобы иметь возможность проконсультироваться о возникающих медицинских проблемах.

9. Если человек склонен к депрессивным состояниям, постарайтесь максимально обезопасить ситуацию. Минимизируйте все, что может представлять угрозу жизни, особенно в адаптационный период.

10. В первое время после ампутации постарайтесь избегать больших компаний друзей и родственников. Перенесший операцию человек очень стесняется своего положения, боится попасть в неловкую ситуацию. Постарайтесь его оградить. Только тогда, когда он будет готов к активной социализации, начинайте выводить его в люди. Но не следует допускать и искусственной самоизоляции.

II. Ампутация конечности серьезно и навсегда меняет ход жизни человека, но не останавливает его. Современная медицина предоставляет много возможностей для адаптации к новым условиям и телу. Качественная реабилитация поможет восстановить организм, а протезирование – восстановить утраченные функции. Помните это сами и не забывайте напоминать об этом близкому человеку».

Для страховых представителей проблема общения с членами семей пострадавшего имеет существенное значение. Хохлова О.И., Васильченко Е.М. (2023) сообщают, что для описания нагрузки на ухаживающее лицо используется определение «бремени опекуна». По мнению некоторых авторов, непрерывная оценка медицинскими и социальными работниками, участвующими в реабилитационном процессе, уровня бремени ухаживающих за лицами, пережившими травму спинного мозга, важна для планирования стратегий, которые помогут сохранить качество жизни членов семьи. Среди основных проблем, которые больше всего беспокоили ухаживающих лиц – будущее опекаемых в связи с их полной зависимостью от посторонней помощи, а также отсутствие времени на себя. В состоянии психологического стресса пребывали 23,3% обследованных. Проявлялся стресс преимущественно в усталости, чувстве перегруженности работой, постоянном обдумывании мыслей, а также в отсутствии ощущения безмятежности и спокойствия. Ухаживающие должны понимать, что уход за человеком с инвалидностью – тяжелая нагрузка, которая может привести к неблагоприятным последствиям для их собственного здоровья. А это, в свою очередь, может способствовать неудовлетворенности или напряжению в отношениях и сопровождаться уменьшением оказываемой поддержки опекаемому. Поэтому ухаживающие лица должны давать себе некоторый отдых, обращаясь за помощью к другим родственникам или социальным

работникам, а также занимаясь своим любимым делом (работа, хобби, спорт). Возможно, необходимо больше уделять внимания развитию навыков повседневной деятельности у самих пострадавших. Описаны ситуации, когда лица, осуществляющие уход, особенно родители, проявляют чрезмерную заботу, а некоторые даже недооценивают способности опекаемых, беря на себя всю ответственность за повседневные задачи, что уменьшает чувство самоэффективности и автономии получателей помощи. В свою очередь, повышение самостоятельности опекаемого позволит сократить потребность в уходе, соответственно уменьшить бремя и улучшить психологическое состояние ухаживающего лица.

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

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

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

Н.А. Назарко (2013) представлены общие правила этики и деонтологии при общении с людьми, имеющими инвалидность, которые должны быть приняты во внимание страховыми представителями системы ОМС: 1. Необходимо воспринимать инвалида, как обычного человека. 2. Перед оказанием помощи следует осведомиться в ее нуждаемости, т.к. люди с ограниченными возможностями обычно стремятся к наибольшей самостоятельности, чтобы не быть обузой обществу, а излишняя помощь их раздражает, они могут воспринять ее как оскорбление, как намерение лишней раз подчеркнуть их ущербность. 3. При нахождении застрахованного в кресле-коляске не следует начинать ее движение без разрешения и опираться на нее. 4. При беседе с человеком с ограниченными возможностями нужно расположиться так, чтобы ваши глаза и глаза собеседника были на одном уровне. 5. Если у собеседника имеются затруднения речи, необходимо слушать его внимательно, не следует поправлять его и договаривать за него слова или фразы; если

страховой представитель не понимает собеседника, то необходимо ему об этом сказать. 6. Привлечь внимание слабослышащего человека можно, помахав ему рукой или легонько похлопав его по плечу. 7. Ни в коем случае не следует жестикулировать за спиной человека, шептаться или выказывать пренебрежение, смеяться и улыбаться. 8. Категорически не следует употреблять в обращениях, речи и беседе обороты, указывающие на отнесение последствий боевой травмы к личным проблемам пациента, как отталкивающие или оскорбляющие застрахованного.

Среди контингента пострадавших с последствиями боевой травмы наиболее очевидной группой, нуждающейся в медицинской реабилитации, являются пострадавшие с ампутациями нижних и верхних конечностей, у которых результат последующего протезирования во многом зависит от состояния ампутационной культуры.

В динамике развития психогенной реакции на ампутацию Б.Д. Карвасарский (2002) выделяет 3 этапа. Начальный этап (проявляется с 40-80 дней после потери конечности и наблюдаются в течение 3-6 мес.) представляет собой острое реактивное состояние, которое сопровождается сниженным эмоциональным фоном, фобиями и страхами (зачастую, в случае травматической ампутации, пациенты боятся мест, где произошла травма), неустойчивая социальная ориентация. Острый этап включает в себя первичное протезирование и продолжается 2-3 года. В данный период возможно нарастание патохарактерологических изменений, повышенный уровень тревожности, фобические реакции, соматовегетативные нарушения, психическое напряжение, замкнутость и «уход в себя». Хронический этап (после 4-5 лет с момента ампутации), характерны стойкие личностные изменения, ослабление социальных связей, уменьшения самостоятельности и склонности к самоутверждению, снижению уровня потребностей, примирении с положением инвалида, повышении ге-

теро- и аутоагрессивности, постепенной ипохондризации и декомпенсации преморбидных психопатических черт.

По данным Федерального научного центра реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта Минтруда РФ, как сообщают С.Ф. Курдыбайло и К.К. Щербина (2006), в периоды Великой Отечественной войны, Афганской кампании, контртеррористической операции у подавляющего большинства из них также обнаруживались порочные культы конечностей: если во время Великой Отечественной войны не менее 39% нуждающихся в протезировании имели болезни и пороки культи, препятствовавшие их снабжению, то во время войны в Афганистане их количество достигло уже 44%, а во время боевых действий в Чеченской Республике – 60-70%, то есть подавляющее большинство. Причина этой печальной тенденции – существенное увеличение числа пострадавших с боевым минно-взрывным ранением (МВР) и особый механогенез минно-взрывной травмы (МВТ), существенно отличающийся от других видов травм, как по набору поражающих факторов, так и по характеру воздействий и тяжести последствий. Можно утверждать, что любая ампутация конечности при МВР не будет радикальной с точки зрения возможности выполнения ее в неизмененных тканях. Множественные и сочетанные повреждения у пострадавших военнослужащих встречаются как правило, а не как исключение. Это обстоятельство необходимо учитывать при протезно-ортопедическом обеспечении: протезируют пострадавшего, а не культю. Авторы выделяют существенные особенности культи, влияющие на возможность лечебно-тренировочного протезирования: – наличие цилиндрической или булавовидной формы культи за счет мягких тканей; – ее отечность и, как следствие, сглаженность костных выступов и мышечных контуров; – снижение тургора и эластичности мягких тканей; – наличие рубцово-измененных покровов и малоподвижные, спаянные с подлежащими тканями

ми рубцы; – снижение силы и тонуса мышц усеченной конечности; – повышенная болевая чувствительность покровов; – наличие контрактур в сохраненных суставах; – наличие инородных тел, осколков в мягких тканях культы.

Отечность, сглаженность мышечных контуров и сниженный тонус мышц культы голени ухудшают фиксацию и управляемость протезом, увеличивают амплитуду поршнеобразных и ротационных движений культы при ходьбе. Наличие обширных рубцово-измененных покровов и инородных тел в мягких тканях сегмента требуют установки в культеприемнике смягчающих эластичных элементов для перераспределения нагрузок, в том числе, силиконовых чехлов. Наличие контрактур суставов существенно снижают результаты протезирования. Наличие цилиндрической или булавовидной формы культы бедра с отеком мягких тканей затрудняют подгонку культеприемника и надевания протеза. Снижение силы и тонуса мышц культы бедра резко ограничивает возможность управления протезом.

Авторы приводят необходимый для экспертной деятельности страхового представителя 3 уровня понятийный аппарат. Порок культы – это стойкое анатомо-морфологическое изменение усеченной конечности, выходящее за пределы вариантов ее строения, формы и функции. Болезнь культы – это нарушение структуры и функции усеченной конечности под влиянием внешних и внутренних факторов и реактивной мобилизации компенсаторно-приспособительных механизмов.

Под «порочностью культы» специалисты понимают состояние культы, при котором невозможно протезирование. Если при наличии одного или нескольких пороков или болезней культы возникают трудности при протезировании, они преодолеваются в результате консервативного или оперативного лечения и последующего инди-

видуального протезирования. При наличии «порочной культуры» исключается возможность пользования протезом, при этом требуется длительное, преимущественно хирургическое лечение. Правильная и объективная оценка состояния культуры имеет большое практическое значение для принятия экспертных решений и при определении прогноза лечения и протезирования.

К порокам культуры относят: – стойкие, неподдающиеся разработке контрактуры суставов; – анкилоз сустава усеченной конечности; – нестабильность сустава усеченной конечности; – выстояние опиленной кости под кожей; – болезненные и спаянные рубцы; – избыток мягких тканей, короткие культя; – булавовидность или чрезмерную конечность культуры; – прикрепление мышц к рубцу кожи; – вальгусное отклонение малоберцовой кости культуры голени; – необработанный опил кости; – инородные тела, осколки в тканях культуры.

Различают болезни культуры послеампутационные и в результате пользования протезом. К послеампутационным болезням культуры относят: – остеофиты; – фантомные боли, препятствующие или затрудняющие протезирование; – неврит; длительно гранулирующие и незаживающие раны, трофические язвы; лигатурные свищи; остеомиелит культуры; В данном справочном пособии рассматриваются проблемы первичного протезирования, поэтому болезни культуры в результате пользования протезом перечисляются, но далее подробно не рассматриваются. К болезням культуры в результате пользования протезом относят: – опрелости и мацерации кожи; – пиодермию, лихенизацию; – экзему, аллергические проявления на кожных покровах; – хронический венозный застой; – мягкотканые валики, наминны, травматиды, потертости; – гиперкератоз; – бурсит.

Авторами приводится частота развития болезней и пороков культуры после ампутации по поводу минно-взрывных и огнестрельных повреждений:

1. Пороки культы: – контрактуры суставов до 26%; -выстояние опиленной кости под кожей – до 22%; – болезненные и спаянные рубцы – до 26%; – избыток мягких тканей – до 19%; – чрезмерно длинные или короткие культы – до 7%; – булавовидные или чрезмерно конические культы – до 9%; – прикрепление мышц к кожному рубцу – до 42%; – вальгусное положение малоберцовой кости – до 4%; – неправильный или необработанный опил кости – до 6%; – анкилоз ближайшего к культте сустава – до 3%.

2. Послеампутационные болезни культы: – остеофиты- до 29%; – фантомные боли и/или ощущения – до 19%; – болезненные невромы – до 21%; – длительно гранулирующие и незаживающие раны – до 21%; – лигатурные свищи – до 9%; – остеомиелит торца костной культы – до 5%; – остеонекроз – до 6%.

А.В. Рожковым в руководстве по протезированию и ортезированию (1999) предложена классификация состояния сегмента опорно-двигательного аппарата в отдаленные сроки после ампутации: порок культы – стойкое анатомо-морфологическое изменение усеченной конечности; болезнь культы – нарушение структуры и функции усеченной конечности. Максимально упростив ситуацию, авторы формулируют: – порок культы – это все, что связано с процессом ампутации и послеоперационным периодом. Болезнь культы – это все, что связано с взаимодействием культы и технического средства реабилитации.

И.В. Шведовченко и др. (2006) указывали, что функциональность протезирования во многом определяется состоянием культы. Имеющиеся в литературе противоречивые сведения о распространенности пороков и болезней культы и их влиянии на качество протезирования накладывают негативный отпечаток на планирование различных составляющих медицинской реабилитации. В литературе, посвященной порокам и болезням культы, имеются только

поверхностные упоминания о деформирующем артрозе крупных суставов в отдаленные сроки после ампутации. Авторы на основе анализа данных 30 протезно-ортопедических предприятий России показали, что деформирующий артроз крупных суставов на стороне культы выявляется в 47,3% случаев. На сохраненной нижней конечности при одностороннем дефекте (культе) нижней конечности, деформирующий артроз крупных суставов определяется в 63,5% случаев. Первое место по распространенности занимает деформирующий артроз коленного сустава, затем следуют тазобедренный и голеностопный суставы. Контрактуры суставов на стороне культы отмечены у 29,5% пациентов. Преобладающими по распространенности являются контрактуры тазобедренного сустава (17,1%), затем следуют контрактуры коленного (6,0%), голеностопного (5,4%) и суставов стопы (1%). Анкилозы различных суставов на стороне культы определяются в 4,3% случаев, из них в области голеностопного сустава – у 1,7% больных, тазобедренного – у 1,4%, голеностопного – у 1,1%. Обращает на себя внимание большое количество контрактур суставов сохраненной нижней конечности (7,9%), которые распределены по всем суставам. В данном случае лидирует тазобедренный сустав (3,3%), затем следует коленный (2,7%) и голеностопный (1,5%) суставы. Деформирующий артроз крупных суставов усеченной верхней конечности встречается у 20,4% пациентов. При этом преобладает деформирующий артроз плечевого сустава (10,6%), затем следуют локтевой (7,1%) и лучезапястный (2,7%) суставы. Контрактуры на стороне культы верхней конечности отмечены в 15,3% случаев, наиболее часто в области плечевого и локтевого суставов, затем в области лучезапястного сустава. Анкилозы на усеченной верхней конечности (2,9%) одинаково часто встречаются в области плечевого, локтевого и лучезапястного суставов. Авторы представили анализ данных о распространенности пороков мягких тканей и

болезней культы. Наибольшую группу составили порочные культы голени (27,8%), бедра (27,6%) и стопы (20,4%). Второе место по частоте занимают болезни культы голени (16,0%), затем следуют болезни культей бедра (12,2%) и стопы (4,6%). Реже всего встречаются болезни, возникающие из-за нерационального протезирования. На культях бедра они локализуются в 3,3% случаев, голени – в 5,9%, стопы – в 1,5%. Авторы приводят перечень хирургических операций, направленных на ликвидацию пороков и болезней культей: реампутации, вмешательства на суставах (эндопротезирование, лечебная артроскопия), различные виды кожной пластики, иссечение свища, резекция остеофита, резекция невромы и удлинение культы, устранение контрактуры.

Г.К. Золосевым и др. (2007) приведена следующая частота пороков и болезней культы:

- 1) контрактуры крупных суставов: – тазобедренного – 20%; – коленного – 13%;
- 2) трофическая язва культы – 25%;
- 3) остеомиелит, лигатурные свищи культы – 5,4%;
- 4) фантомно-болевого синдром – 9,5%
- 5) неврома культы – 6,1%;
- 6) обширные деформирующие рубцы – 7,4%;
- 7) булабовидность культы – 5,4%;
- 8) выстояние опиленной бедренной кости – 0,7%;
- 9) неправильно обработанный опил большеберцовой кости – 4%.

Указанные состояния препятствуют адекватной и ранней реабилитации, поэтому отказ от их коррекции должен рассматриваться как дефект оказания медицинской помощи.

Обязательное проведение комплекса восстановительного лечения при подготовке к протезированию диктуется анатомо-функциональными особенностями культей. При травме, выполняя усечение по

ургентным показаниям, хирург решает задачу спасения жизни пострадавшего, а не создания культы, пригодной к протезированию. Кроме того, он не может быть уверен, что выполняет усечение в пределах здоровых тканей, поэтому данное хирургическое пособие при травме мирного или военного времени, как правило, носит предварительный характер. Именно это обстоятельство является причиной частого (до 70%) обнаружения у первично протезируемых пороков и болезней культей, осложняющих, а порой препятствующих протезированию.

Войновский Е.А. и др. (2015) представили обзор болезней и пороков культей, как результаты ампутаций нижних конечностей в современных вооруженных конфликтах. Авторы указывают что выбирая оптимальный уровень ампутации нижней конечности при минно-взрывной травме, очень важно принимать во внимание последующие проблемы протезирования, в частности, потребность в сохранении коленного сустава. Тем самым достигается несколько целей – обеспечивается высокая функциональная активность культы конечности, снижается частота ранних послеоперационных осложнений, а также число порочных культей в процессе дальнейшей реабилитации и протезирования. Технически ампутации конечностей по первичным показаниям могут производиться либо в пределах неизмененных тканей стандартными способами, описанными в руководствах по оперативной хирургии, либо «по типу первичной хирургической обработки». При обоих вариантах операции ампутации «по типу первичной хирургической обработки» в последующем для формирования культы, как правило, необходима реампутация конечности. Выбор длины культы зависит от многих факторов, и нет однозначных указаний по выбору уровня ампутации. С одной стороны, высокие ампутации сопровождаются меньшим количеством осложнений, с другой щадящие операции более функционально выгод-

ны. Необходимо выбирать верный уровень ампутации, так как это в огромной мере влияет на дальнейшее протезирование пациентов и функциональность протеза. Большинство авторов считают целесообразным сохранение крупных суставов при ампутации, даже при увеличении длительности лечения. По данным Санкт-Петербургского НИИП, только 17,3% культей у раненых изначально были признаны годными для протезирования, а другим проводились реампутации по причинам пороков и болезней культей – в 36,2% и 63,8% случаях от общего числа реампутированных соответственно. Крайне редко культя не требует дополнительного ухода от инвалида. Причиной тому является нарушение анатомических особенностей, созданных природой. Условно эти проблемы можно разделить на две группы: до протезирования и с начала пользования протезом. Формирование культы конечности – сложный и длительный процесс, состоящий из дегенеративных и репаративных изменений. Культю конечности можно назвать отдельным органом организма, который подвержен патологическим деформациям и болезням. Пороки культей часто являются следствием некорректно сделанной ампутации. Комплексный подход в лучевой диагностике заболеваний и пороков культы у пациентов с ампутационными дефектами нижних конечностей выявил патологические изменения в 58% случаев. Признаки остеопороза выявлены у 48% пациентов, атрофия малоберцовой кости – у 20,0% пациентов, кистовидная перестройка костной ткани – у 58%, остеофиты – у 63%, периостальные наслоения – у 40% пациентов, недостаток мягких тканей – у 28% пациентов, умеренные атрофические изменения мягких тканей культы – у 58%, рубцовые изменения различной степени выраженности – у 85%, очаговые воспалительные изменения мягких тканей – у 18% пациентов, свищевые ходы – у 13%, невромы – у 40%, лимфоидный отек мягких тканей – у 42% пациентов, окклюзивный тромбоз задних большеберцовых вен – у

6,7% и у 18,3% – тромбоз задней большеберцовой артерии. Контрактуры суставов встречаются в 26% случаев и являются следствием длительной или неправильной иммобилизации усеченной конечности, а также следствием длительного болевого и инфекционного воздействия на сустав. Остеофиты культей вследствие неправильной обработки надкостницы и послеоперационных гематом – одна из наиболее частых патологий, которая выявляется с помощью рентгеновского исследования и возникает у 5,5% пострадавших с культей голени и у 26,3% пострадавших с культей бедра. Авторы сообщают, что значительно затрудняют протезирование концевые невротомы, спаянные с рубцами и окружающими тканями, они приводят к возникновению резко болезненной культи нижней конечности. Ее контакт с культеприемной гильзой становится для пациента источником выраженных болевых ощущений и исключает полноценную эксплуатацию протеза. Чаще для лечения невром культей применяется хирургическое лечение, которое заключается в удалении невротомы и дальнейшей обработке культи нерва с целью профилактики рецидива. Неправильная хирургическая обработка нервов, нарушение процессов их регенерации приводит к появлению у 17,7% раненых с культей голени и у 6,1% раненых с культей бедра болезненных невром, требующих оперативного лечения и мешающих ношению протеза, а как следствие, и всем процессам реабилитации. К болезненным невромам, мешающим ношению протеза, можно отнести не только образования крупных нервов, но и их ответвления. Мягкие ткани культей нижних конечностей с течением времени изменяются: происходит атрофия мышечной ткани, торцевая поверхность культи, вследствие постоянной травматизации при ношении протеза, перерождается в рубцовую ткань. Увеличивается объем коллатерального кровоснабжения в культе, снижается объем кровоснабжения в магистральных сосудах. Порочные рубцы являются одной из основных

проблем, затрудняющих ношение протеза. Рубцы чаще располагаются в областях наибольшей нагрузки на культю, спаивные с костью они часто травмируются. Чаще всего длительно незаживающие раны располагаются на торцевой поверхности культи. Причинами их могут служить трофические, травматические и инфекционные факторы. Лигатурные свищи являются одним из самых частых осложнений. Они появляются в раннем послеоперационном периоде. Остеопороз костей культи наиболее выражен в первый год после ранения, затем за счет нагрузки и восстановления нормальных обменных процессов в костной ткани явления остеопороза регрессируют. Ампутационную культю нельзя протезировать, если есть явления воспаления, в частности, хронический остеомиелит костей культи. Она является неопороспособной, а также инфекционный процесс может распространиться и осложниться сепсисом. Чаще наиболее вероятно инфицирование трубчатых костей, в связи с тем, что костно-мозговой канал является воротами для патогенной микрофлоры. Неадекватный уровень ампутации, несвоевременное оперативное лечение, поздний срок попадания на этап специализированной помощи, неправильная или запоздалая реабилитация также могут являться причинами возникновения пороков и болезней культей. Авторы считают, что в реабилитации пострадавших с культями нижних конечностей большое значение имеет протезирование, которое невозможно без объективного изучения состояния функциональных и компенсаторных изменений в ближайшие и отдаленные сроки после ампутации. Отдельной группой необходимо выделить болезни, возникающие из-за нерационального протезирования и плохого ухода за культей. К данным болезням относятся потертости, намины, ссадины, для лечения которых необходимо отказаться от ношения протеза до полного выздоровления. Частыми болезнями (до 4%) также являются бурситы, которые возникают из-за эксплуатации не-

правильно подогнанных или излишне изношенных культеприемных гильз. Как исход постоянной микротравматизации могут быть травмы – эпителиальные кисты в виде болезненных опухолевидных образований, располагающиеся в области «посадочного кольца»: на голени – в подколенной ямке, на бедре – в паховой области и в промежности. Постоянная микротравматизация краем приемной гильзы покровов и мягких тканей области посадочного кольца приводит к «осаднению» и зарастанию устьев придатков кожи – сальных и потовых желез, атрофии волосяных луковиц. Из-за плохой подгонки приемной гильзы и продолжающейся травматизации нарастает воспаление, появляется инфильтрация подкожно-жировой клетчатки. Таким образом, заключают авторы, ампутации конечностей при минно-взрывных ранениях сопровождаются большим количеством болезней и пороков, причины которых разнообразны. Основными путями улучшения результатов данной категории раненых является максимально щадяще отношение к мягким тканям ампутационной культы, нервным стволам, костному опилу и проведение окончательного формирования культы в специализированных отделениях.

В.А. Епифанов (2006-2022) указывает, что для достижения оптимальных результатов восстановительного лечения после ампутации нижних конечностей решающее значение имеют три фактора: хорошая культя, соответствующий протез и программа реабилитации больного. Эти факторы тесно взаимосвязаны. *Качество культы* зависит от следующих факторов: длина культы (определяется уровнем травмирования конечности или локализацией заболевания (причина ампутации)); – уровень ампутации (определяет длину и вместе с тем массу оставшихся после операции мышц, что принципиально влияет на силу, которой будет располагать культя для управления протезом); послеоперационный рубец (должен располагаться в стороне от мест, подвергающихся наибольшей осевой нагрузке); форма культы (зави-

сит от хирургической методики, с помощью которой она образована, и наличия осложнений при заживлении); – тренировка культи (обеспечивает ее готовность воспринимать нагрузку всей своей опорной поверхностью – это гарантирует равномерное распределение давления *массы тела на относительно* небольшую поверхность; эффективно можно тренировать только культю правильной формы, с хорошей трофикой, без деформирующих рубцов); – ограничение объема движения (контрактура) – фактор, существенно влияющий на правильность ходьбы после ампутации.

Автор приводит задачи восстановительного лечения в раннем послеоперационном периоде (в среднем 3-4 дня):

- профилактика возможных послеоперационных осложнений;
- улучшение крово- и лимфообращения в зоне операций с целью стимуляции процессов регенерации;
- профилактика гипотрофий мышц культи и тугоподвижности в суставах выше ампутации;
- уменьшение болевых ощущений;
- снижение психоэмоциональных реакций.

С первых дней после операции проводят дыхательные и общетонизирующие упражнения, упражнения для суставов и мышц здоровой конечности, изометрическое напряжение мышц (для сохранившихся сегментов конечности), движения культей в облегченных условиях (отведение, приведение).

На 3-й день после операции проводится коррекция культи положением: 1) исходное положение – лежа на спине, оперированная нога выпрямлена в коленном суставе, на область которого рекомендуется уложить мешочек с песком (для фиксации разогнутого положения ноги); 2) исходное положение – то же, культя фиксирована в гипсовой повязке.

Задачи восстановительного лечения в позднем послеоперацион-

ном периоде (с 3-4-го дня до выписки больного из стационара):

- укрепление мышц плечевого пояса и верхних конечностей;
- тренировка равновесия и улучшения координации движений;
- тренировка опороспособности здоровой ноги;
- подготовка культуры к протезированию.

С 3-4-го дня при удовлетворительном общем самочувствии больного переводят в вертикальное положение. В занятиях широко используют общеразвивающие упражнения, а также направленные на улучшение равновесия и координации движений. При односторонней ампутации больных обучают передвижению с помощью костылей, при двусторонней – самостоятельному переходу в коляску и передвижению в ней.

После снятия швов (*поздний послеоперационный период*) восстановительное лечение направлено на подготовку культуры к протезированию. Для этого необходимо:

- восстановить подвижность в проксимальном суставе;
- нормализовать мышечный тонус культуры;
- укрепить мышечные группы, производящие движения в суставе;
- подготовить вышерасположенные сегменты конечности к механическому воздействию гильзы, креплений и тяг протезов;
- постепенно подготовить опороспособность культуры;
- совершенствовать мышечно-суставное чувство и координацию сочетанных движений;
- совершенствовать формы двигательных компенсаций.

Первостепенное значение имеет восстановление подвижности в сохранившихся суставах ампутированной конечности.

По мере уменьшения боли, увеличения подвижности в сохранившемся суставе в занятия включают упражнения, направленные на укрепление мышц культуры: – при ампутации голени следует укреплять мышцы-разгибатели коленного сустава; – при ампутации

бедро – мышцы-разгибатели и отводящие мышцы: отведение ноги в тазобедренном суставе можно использовать для увеличения подвижности в нем (упражнения изотонического характера), для развития мышечной силы (упражнения с отягощением, сопротивлением, изометрического характера), для тренировки мышечно-суставного чувства (точное воспроизведение заданного объема движения без зрительного контроля).

После ампутации нижних конечностей могут развиваться дефекты осанки: центр тяжести перемещается в сторону сохранившейся конечности, что вызывает изменения в напряжении нервно-мышечного аппарата, вследствие этого происходит наклон таза в ту сторону, где отсутствует опора; это положение сохраняется и при пользовании протезом. Наклон таза в свою очередь влечет за собой искривление позвоночника во фронтальной плоскости. При ампутации обеих конечностей для сохранения равновесия необходимо компенсаторное увеличение физиологических изгибов позвоночника. Физические упражнения как средство активной коррекции устраняют дефекты осанки путем укрепления растянутых мышц на стороне выпуклости и растяжения контрагированных мышц на вогнутой стороне деформации. Укрепление мышц брюшной стенки и ягодичных мышц уменьшает наклон таза и изменяет степень сколиотической установки позвоночника. Учитывая перегрузку здоровой конечности, в частности стопы, следует вводить в занятия упражнения, направленные на укрепление мышц бедра, голени и стопы (лежа, сидя и стоя).

К тренировке опорной функции культы приступают на 2-3-й день после снятия швов: вначале проводят легкие массажные похлопывания и поглаживания культы, затем больной в исходном положении «сидя на кровати» имитирует осевую нагрузку на плоскость кровати, выполняет имитацию ходьбы, проводит самомассаж культы (ее опорной поверхности).

После снабжения нижних конечностей протезами больного обучают ходьбе. Общие задачи восстановительного лечения на всех этапах обучения передвижению:

- адаптация к протезу, укрепление мышцы культи, тазового пояса;
- обучение управлению протезом, тренировка координации движений;
- устранение контрактур (тугоподвижности) усеченной конечности;
- укрепление мышц плечевого пояса и верхних конечностей (пользование костылями).

На 1-м этапе обучают стоять с равномерной опорой на обе конечности и на протезе. На 2-м этапе больной овладевает техникой переноса массы тела с одной ноги на другую, проводит тренировку опорной и переносной фаз шага протезированной и здоровой конечностями, отрабатывает сочетанное перенесение массы тела на протезированную конечность в момент разгибания голени (протеза). На 3-м этапе вырабатывают равномерные шаговые движения и ритмичную координированную походку с одинаковым продвижением вперед как здоровой, так и оперированной конечностью. Больные осваивают ходьбу по наклонной плоскости, повороты при ходьбе, передвижение с преодолением различных препятствий, подъем и спуск по лестнице. В занятия помимо физических упражнений вводят игровые элементы и элементы спорта (волейбола, баскетбола, бадминтона, настольного тенниса и др.).

В практическом руководстве «Боевая травма: медико-социальная реабилитация» (2023) указаны частота развития болезней и пороков культи после ампутации по поводу минно-взрывных и огнестрельных повреждений: 1. Пороки культи: – неправильный или необработанный опил кости – 3%; – выстояние опиловки кости под кожей – 3-22%; контрактуры и анкилоз суставов – 6-26%; чрезмерно длинные

или короткие культы – 6-7%; – вальгусное положение малоберцовой кости – 6%; – болезненные и спаянные рубцы – 21-26%; – избыток мягких тканей – 3-19%; – булавовидные или чрезмерно конические культы – 5-9%. 2. Болезни культы (послеампутационные): – остеофиты – 6-29%; – фантомные боли и/или ощущения – 4-19%; – болезненные невралгии – 5-21%; – длительно гранулирующие и незаживающие раны – 7-21%; – лигатурные свищи – 3-9%; – остеонекроз, остеомиелит торца костной культы – 2-5%. Авторы руководства отмечают, что большое практическое значение имеет также понятие «порочность культы». Под «порочностью культы» специалисты понимают состояние культы, при котором невозможно протезирование. Если при наличии одного или нескольких пороков или болезней культы возникают трудности при протезировании, они преодолеваются в результате консервативного или оперативного лечения и последующего индивидуального протезирования. При наличии «порочной культы» (что подразумевает совокупность проблем) исключается возможность пользования протезом, при этом требуется длительное, преимущественно хирургическое лечение. Правильная и объективная оценка состояния культы имеет большое практическое значение для принятия экспертных решений и при определении прогноза лечения и протезирования.

С.Ф. Курдыбайло и К.К. Щербина (2006) указывают, что медицинская реабилитация решает следующие задачи в период подготовки к первичному протезированию: устранение или уменьшение функциональных нарушений; лечение пороков и болезней культей; профилактика других неблагоприятных факторов. Медицинская реабилитация включает: средства лечебной физкультуры (ЛФК) – лечебную гимнастику, массаж, лечебную гимнастику в воде; физиотерапевтические процедуры – электро- и светолечение, водо- и грязелечение, души, лазеро- баро- и магнитотерапию и другие виды лечения.

Последовательное и целенаправленное использование физических методов лечения позволяет максимально активизировать пациентов, наиболее полно подготовить к протезированию и обучить пользованию протезно-ортопедическими изделиями. Одно из ведущих мест в системе восстановительного лечения занимает ЛФК. В период подготовки к протезированию средства ЛФК применяются в соответствии с клиническими и анатомо-функциональными особенностями усеченной конечности, двигательным статусом пациента.

В подготовительный период, независимо от уровня ампутации, решаются следующие основные задачи: 1. Определение уровня двигательной активности. 2. Повышение общего тонуса организма. 3. Улучшение крово- и лимфообращения в культе. 4. Развитие силы усеченных мышц культы и мышц вышерасположенных сегментов конечности. 5. Устранение контрактур и тугоподвижности в суставах усеченной конечности. 6. Развитие силы мышц туловища и плечевого пояса. 7. Тренировка равновесия и вестибулярной функции. 8. Развитие координационных способностей. 9. Совершенствование опорной функции рук. 10. Развитие силы мышц сохранный конечности после односторонних ампутаций.

В.В. Клапчук В.В. (1990) и В.А. Епифанов (2006) выделяют четыре степени двигательных возможностей и в соответствии с ними – четыре двигательных режима. При отсутствии данных велоэргометрии для их назначения используют клиничко-функциональные показатели, полученные в состоянии покоя.

I степень (резкое снижение двигательных возможностей). Одышка беспокоит при ходьбе в среднем темпе по ровной местности, характерно затрудненное дыхание. Легочный процесс обычно протекает в фазе вялотекущего обострения, реже – неполной ремиссии. Резко нарушена функция внешнего дыхания (II-III степень). Часто бывают осложнения: эмфизема легких, признаки легочной гипер-

тензии и перегрузки правых отделов сердца, диффузные изменения миокарда и снижение его сократительной способности (поданным ЭКГ). При велоэргометрии пороговая нагрузка 50 Вт и ниже. Больные находятся на щадящем режиме.

II степень (значительное снижение двигательных возможностей). Одышка беспокоит при ходьбе в ускоренном темпе по ровной местности или в среднем темпе по лестнице. Легочный процесс в фазе неполной ремиссии или вялотекущего обострения. Характерно значительное снижение функции внешнего дыхания (II степень). Нередко определяются эмфизема легких, перегрузка правых отделов сердца, диффузные изменения миокарда. При велоэргометрии пороговая нагрузка у мужчин 51-100 Вт, у женщин – 51-85 Вт. Больные находятся на щадяще-тренирующем режиме.

III степень (умеренное снижение двигательных возможностей). Одышка появляется при подъеме по лестнице в ускоренном темпе или беге трусцой. Легочный процесс обычно в фазе неполной ремиссии или ремиссии. Характерна вентиляционная недостаточность I степени. Осложнения бронхолегочного заболевания или отсутствуют, или выражены незначительно: эмфизема легких, перегрузка правых отделов сердца. При велоэргометрии пороговая нагрузка у мужчин 101-150 Вт, у женщин – 86-125 Вт. Больные находятся на тренирующем режиме.

IV степень (двигательные возможности сохранены). Одышка появляется только при быстром подъеме по лестнице или медленном беге, быстро исчезает после прекращения нагрузки. Легочный процесс в фазе ремиссии (возможно, неполной). Вентиляционной недостаточности нет либо имеются незначительные изменения отдельных спирографических показателей. Как правило, к этой группе относятся лица молодого и среднего возраста, занимающиеся оздоровительной физкультурой. При велоэргометрии пороговая нагруз-

ка у мужчин выше 150 Вт, у женщин – 125 Вт. Больные находятся на интенсивно-тренирующем режиме.

С.Ф. Курдыбайло и К.К. Щербина (2006) констатировали, что для объективной оценки реакции сердечно-сосудистой системы, выбора уровня двигательной активности существенное значение имеют функциональные пробы. Роль и значение функциональных проб определяется, с одной стороны, их простотой и доступностью выполнения, с другой стороны, получением информации о функциональном состоянии аппарата кровообращения и регуляторных механизмах. Вместе с этим их применение помогает оценить резервные возможности организма. Функциональные пробы показаны практически всем инвалидам вследствие боевых действий и военной травмы, перенесшим ампутации нижних конечностей, в связи с особенностями механогенеза минно-взрывных и огнестрельных ранений, а также преимущественным сочетанием травмы нижней конечности с черепно-мозговой травмой. Методика выполнения функциональных проб стандартная: они проводятся утром, натощак или же в дневное время, но не ранее чем через два часа после приема пищи. Не допускается выполнение проб после проведения физиотерапевтических процедур, занятий ЛФК. Непосредственно перед выполнением пробы пациент отдыхает 15-20 минут в положении лежа. После этого производится регистрация частоты сердечных сокращений (ЧСС) и измеряется артериальное давление (АД). После завершения пробы в первые 10 секунд подсчитывается ЧСС. определяется АД. В течение восстановительного периода на 3, 6 и т.д. минутах вновь проводится регистрация ЧСС и АД, до полного их возвращения к исходным величинам.

В.Е. Кульчицким и А.В. Можяевой (2021) предложены метод лечебной физической культуры при реабилитации для раненых и пострадавших. Раненые с 1-й степенью двигательных возможностей

(щадящий режим) при диагностической велоэргометрии выполняют физическую нагрузку, заданную по мощности до до 50 Вт. Энергозатраты физической нагрузки при проведении ЛФК на её высоте составили 3,5 ккал/мин, ЧСС – до 100 уд/мин. Раненые со 2-й степенью двигательных возможностей (щадяще-тренирующий режим) при диагностической велоэргометрии выполняют нагрузку, заданную по мощности 50-100 Вт. Энергозатраты физической нагрузки при проведении ЛФК возрастали и на высоте нагрузки составляют 2,5-5 ккал/мин, ЧСС–120 уд/мин. Раненые с 3-й степенью двигательных возможностей (тренирующий режим) при диагностической велоэргометрии выполняют нагрузку, заданную по мощности 100-150 Вт. Энергозатраты при проведении ЛФК составили 5,0-7,5 ккал/мин, ЧСС на высоте нагрузки – 140 уд/мин. Раненые с 4-й степенью с более высоким показателем, близким к здоровому, двигательных возможностей (интенсивно тренирующий режим) при диагностической велоэргометрии выполняют нагрузку, заданную по мощности более 150 Вт. На высоте нагрузки ЧСС увеличивалась до 160 уд/мин. Для контроля за эффективностью функций кардио-респираторной системы до занятий ЛФК и в конце курса лечения у всех больных нужно определить ЖЕЛ (жизненную ёмкость лёгких), а также провести велоэргометрию. В результате комплексного лечения с использованием разработанных методик ЛФК у всех больных можно отметить улучшение вентиляционных показателей, а также повышение работоспособности организма. Работа с ЛФК у больных будет выполнена успешно, если из вентиляционных показателей достоверно увеличится ЖЕЛ у раненых в 1, 2 и 3 группах двигательных возможностей по сравнению с исходными показателями.

С.Ф. Курдыбайло и К.К. Щербина (2006) указывают на необходимость включения в программу реабилитации ЛФК: 1) фантомно-импульсивная гимнастика направлена на повышение функции усеченных

мышц культы и требует сочетания напряжения мышц культы с движениями в сохраненных суставах – изометрическое напряжение мышц культы путем мысленного воспроизведения движений отсутствующим сегментом конечности; 2) упражнения для мышц сохранившейся конечности, т.к. на сохранившуюся конечность приходится более высокая нагрузка, чем до ампутации, поэтому к ее мышечно-связочному аппарату предъявляются повышенные требования; 3) упражнения для тренировки силы мышц туловища и плечевого пояса с целью профилактики нарушений осанки, устранения наклона таза, развития опорной функции рук, необходимой для обеспечения опоры на костыли; 4) упражнения для развития координационных способностей, особенно для пострадавших с сочетанной ЧМТ, что способствует восстановлению координации движений сохранившейся конечности и культы, согласованности движений различных звеньев опорно-двигательного аппарата; 5) упражнения для улучшения функционального состояния культы, развития динамической и статической силы (лежа, сидя, стоя – после ампутации одной конечности, лежа и сидя – после ампутации обеих конечностей); 6) одновременно проводится устранение контрактур и тугоподвижности в суставах. Важнейшими методами реабилитации являются лечебный массаж (гидромассаж) и физиотерапевтическое лечение на этапе подготовки к первичному протезированию. Применение физиотерапии разделено на следующие основные этапы: – первичное формирование культы (устранение болевого синдрома, отека и воспалительной реакции, борьба с гнойно-некротическими осложнениями, а после снятия швов – укрепление послеоперационного рубца); лечение пороков и болезней усеченной конечности; оздоровление и укрепление культы.

Авторы приводят комплексы физиотерапевтических методов для лечения пороков и болезней культей конечностей (с количеством процедур):

1. Болевой синдром: УВЧ-терапия (6-12); СВЧ-терапия (6-8); Магнитотерапия (20); Электрофорез (10); УФ облучение (10-15); Душ Шарко (10-15); Соляно-хвойные и скипидарные ванны (10-15); Фонофорез (12-15); Лазеротерапия (10-20).

2. Раны и язвы: УВЧ-терапия (6-12); СВЧ-терапия (6-8); КВЧ-терапия (8-12); Электрофорез (8-10); УФ облучение (8-12); Дарсонвализация (10-15); Франклинизация (10-15); Парафино-масляные аппликации (8-12); Ультразвуковая терапия (12-25); Лазеротерапия (8-12); Оксигенобаротерапия (15-30).

3. Остеомиелит: УВЧ-терапия (10-15); СВЧ-терапия (10-15); КВЧ-терапия (10-15); УФ облучение (12-15); Индуктотермия (12-15); Озокерит (15-20); Грязелечение (15-20); Парафиновые аппликации (8-12).

4. Болезненные и спаянные рубцы: Озокерит (15-25); Парафиновые аппликации (15-25); Грязелечение (15-25); Ультразвуковая терапия (10-12); Электрофорез (15-30); Дарсонвализация (10-12); Диадинамотерапия (10-12); Диадинамофорез (10-12).

5. Контрактуры суставов: Озокерит (15-20); Парафиновые аппликации (12-15); Грязелечение (15-20); Торфяные аппликации (15-20); Водолечение (10-18); Индуктотермия (10-15).

6. Лигатурные свищи: УВЧ-терапия (10-15); СВЧ-терапия (6-8); Электрофорез (8-12); УФ облучение (8-12).

7. Избыток мягких тканей и хронический венозный застой: Диадинамофорез (8-12); Электрофорез (8-12); Индуктотермия (10-12); Парафиновые аппликации (15-20); Озокерит (15-20); Грязелечение (15-20); УВЧ-терапия (10-15); Магнитотерапия (20-30); Душ Шарко, подводный душ-массаж (10-15); Ванны жемчужные, углекислые, радоновые (10-15); Массаж (15-20).

Л.В. Чекулаева и соавт. (2020) указывают, что лица с ограниченными возможностями, перенесшие ампутацию, нуждаются в адек-

ватных средствах двигательной реабилитации. Одним из средств реабилитации является плавание. Занятия в данной категории групп осуществляются только по рекомендации врача и при соответствующем техническом обеспечении плавательного бассейна. Занятия проводятся 4-5 раз в неделю по 30-40 минут. В процессе занятий используются элементы плавания кроль на груди и на спине, брасс. Необходимо учитывать, что плавание после ампутации конечностей имеет ряд особенностей, обусловленных снижением массы тела и смещением центра тяжести. У человека после ампутации обеих конечностей при погружении в воду голова и плечевой пояс оказываются погруженными в воду, а область таза и культя конечности находится выше уровня воды. При плавании в таком положении тела необходима интенсивная работа рук. Такое горизонтальное положение приводит к возникновению гиперлордоза позвоночника, носящего компенсаторный характер. Для коррекции положения тела в воде необходимы специальные вспомогательные плавсредства в виде утяжеляющих поясов, жилетов. Пояс изготовлен из водостойкой ткани с секциями для грузов (50-100 г), что позволяет за счёт изменения их количества и заполнения различных секций регулировать положение тела в зависимости от уровня ампутации. Использование пояса обеспечивает близкое к горизонтальному положению тела, снижению гиперлордоза, снижению напряжения мышц спины и верхних конечностей. Плавательный жилет фиксируется на грудной клетке с помощью специальной ленты. На грудной поверхности расположены пластины из вспененного полиэтилена, что обеспечивает удержание плечевого пояса и головы над водой, способствует улучшению координации движений. Наибольшее значение жилет имеет для инвалидов, обучающихся плаванию. При горизонтальном положении тела человека с ограниченными возможностями в воде на спине отмечается сгибание в тазобедренных суставах, связанное

с наличием сгибательно-отводящих и сгибательных контрактур, развивающихся вследствие ампутации, компенсаторное сгибание поясничного и грудного отделов позвоночника. Голова при этом высоко поднимается над водой, туловище уходит под воду, культя бедер находятся выше уровня воды. При таком положении мышцы шейного отдела постоянно напряжены. Использование вспомогательных плавсредств создает условия для принятия горизонтального положения в воде. При устранении отмеченных особенностей положения тела в воде с помощью плавсредств возможно освоение техники плавания. При ампутации на уровне голени, бедра вспомогательные средства не используют из-за менее выраженных биомеханических особенностей положения тела в воде и достаточно успешного овладения техникой плавания. При высоких уровнях ампутации плавание способствует лечению контрактур, повышению активности мышц, является средством социальной реабилитации.

М.С. Мазаевым (2018) разработана комплексная программа реабилитации мужчин 50-60 лет с последствиями посттравматической ампутации нижней конечности на уровне бедра, включающая в себя постизометрическую релаксацию подвздошно-поясничной и грушевидной мышц, ягодичной группы мышц, мышц поясничного отдела позвоночника ускоряет процесс реабилитации и оказывает благоприятный эффект на функциональный компонент, уровень физической активности, психологический компонент и уровень качества жизни. В динамике процесса реабилитации позволяет за период в 12 месяцев получить увеличение уровня качества жизни на 26,0%; повысить уровень физической активности на 74,0%; снизить уровень психологических ограничений на 51,5%. Применение в методике реабилитации элементов постизометрической релаксации подвздошно-поясничной и грушевидной мышц, ягодичной группы мышц, мышц поясничного отдела позвоночника у пациентов с ам-

путацией нижней конечности на уровне бедра является наиболее эффективным способом уменьшения выраженности контрактур в тазобедренном суставе на стороне ампутации в сравнении с алгоритмами включающими в себя лечение положением, восстановление мышечно-суставного чувства и упражнения ЛФК, 21 что позволяет через 6 месяцев проведения реабилитационных мероприятий снизить выраженность сгибательной контрактуры на 21,0% против 8,6%; отводящей контрактуры на 42,0% против 22,0%, через 12 месяцев выраженность сгибательной контрактуры снижается на 35,7% против 20,0%; отводящей на 82,0% против 58,3%. Лица мужского пола астенического типа конституции с ампутацией нижней конечности на уровне бедра на протяжении всего реабилитационного периода демонстрируют наиболее низкие значения биомеханических показателей: наибольшее количество шагов на сто метров, наименьший темп и скорость ходьбы. Для пациентов обладающих гиперстеническим типом конституции на протяжении всего периода реабилитации характерны наибольшие значения сгибательной и отводящей контрактур в тазобедренном суставе на стороне ампутации, а так же наименьшая оценка уровня качества жизни. По результатам нашего исследования наиболее благоприятным для реабилитации и достижения максимально возможного эффекта, признан нормостенический тип конституции.

В комплексе реабилитационных мероприятий для пациентов, перенесших ампутацию конечности на уровне бедра астенического типа конституции автор считает необходимым при проведении мероприятий, направленных на восстановление биомеханики ходьбы, увеличить интенсивность соответствующих упражнений. Для пациентов с ампутационной культей бедра гиперстенического типа конституции следует увеличить частоту и продолжительность упражнений направленных на разработку сгибательной и отводящей

контрактур в тазобедренном суставе на стороне ампутации. 4. Для пациентов мужского пола с ампутацией конечности на уровне бедра рекомендовано проводить курсы постизометрической релаксации подвздошнопоясничной и грушевидной мышц, ягодичной группы мышц, мышц поясничного отдела позвоночника через месяц ходьбы на протезе с использованием средств дополнительной опоры продолжительностью 10-15 сеансов по 45 минут, через 6 и 12 месяцев ходьбы на протезе с той же периодичностью. В отдаленном периоде при ежедневном использовании протеза курс постизометрической релаксации необходимо проводить 1-2 раза в год.

М.П. Бобров М.П. и соавт. (2023) представили научный обзор перспективных направлений применения терапевтической транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) в клинической неврологии: ТМС – метод, который широко применяется в лечении ряда неврологических и психоэмоциональных расстройств. Преимуществами его применения можно назвать неинвазивность, хорошую переносимость, возможность модулировать воздействие под конкретный клинический случай. Особенно интересны данные о применении ТМС у пациентов с рефрактерными к стандартной терапии хроническими болевыми синдромами. Использование ТМС может значительно улучшить качество жизни пациента, снизить выраженность боли, расширить привычные схемы консервативной терапии. ТМС показывает хорошие результаты применения в лечении и реабилитации пациентов после ЧМТ и ОНМК, оказывает хорошее влияние на психоэмоциональный фон, способствует восстановлению когнитивных функций и повседневной активности пациентов.

В практическом руководстве «Боевая травма: медико-социальная реабилитация» (2023) акцентируется, что при выборе восстановительных технологий используют синдромнопатогенетический подход к применению лечебных физических факторов – назначе-

ние лечебных физических факторов с учетом специфических особенностей их преимущественного действия на основные патологические процессы и системы организма. С учетом выделенных ведущих клинических синдромов физические методы лечения и упражнения применяют для коррекции локомоторной дисфункции (локомоторно-корректирующие методы), скорейшего формирования культи (репаративно-регенеративные методы), купирования болевого синдрома (анальгетические методы), снижения отека культи (противоотечные методы), размягчения рубцов (фиброкорректирующие методы), активации корковых функций (психостимулирующие методы). Консервативные методы подготовки – это составная часть комплексного восстановительного лечения и медицинской реабилитации, они решают следующие задачи: – устранение или уменьшение функциональных нарушений у пациента; – лечение пороков и болезней культи; – предупреждение осложнений и других неблагоприятных факторов. Консервативные методы лечения включают: – ЛФК – лечебную гимнастику, массаж, лечебную гимнастику в воде; физиотерапевтические процедуры – электро- и светолечение, водо- и грязелечение, души, лазеро-, баро- и магнитотерапию и др. Последовательное и целенаправленное использование физических методов лечения позволяет максимально активизировать пациентов, наиболее полно подготовить к протезированию и обучить пользованию протезно-ортопедическими изделиями.

Авторы руководства указывают на особую значимость *функциональных проб* для объективной оценки реакции сердечно-сосудистой системы и выбора уровня двигательной активности. Роль и значение функциональных проб определяются, с одной стороны, их простотой и доступностью выполнения, с другой стороны, получением информации о функциональном состоянии системы кровообращения и регуляторных механизмах. Вместе с этим их применение помогает

оценить резервные возможности организма. Функциональные пробы рекомендовано проводить практически всем инвалидам вследствие боевых действий и боевой травмы, перенесших ампутации нижних конечностей, в связи с особенностями механоге­неза минно-взрывных и огнестрельных ранений, а также преимущественным сочетанием травмы нижней конечности с черепно-мозговой травмой. Функциональные пробы востребованы у пожилых инвалидов при наличии выраженной соматической патологии.

Руководство по медико-социальной реабилитации боевой травмы (2023) в период подготовки к протезированию на одно из ведущих мест в системе восстановительного лечения ставит *лечебную физкультуру*, которая применяется в соответствии с клиническими и анатомо-функциональными особенностями усеченной конечности, двигательным статусом пациента и независимо от уровня ампутации, решая следующие основные задачи: – определение уровня двигательной активности; – повышение общего тонуса организма; – улучшение крово- и лимфообращения в культе; – развитие силы 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 вестибулярной функции; – развитие координационных способностей; совершенствование опорной функции рук; – развитие силы мышц сохраненной конечности после односторонних ампутаций.

В практическом руководстве «Боевая травма: медико-социальная реабилитация» (2023) акцентируется, что при выборе восстановительных технологий используют синдромнопатогенетический подход к применению лечебных физических факторов – назначение лечебных физических факторов с учетом специфических особенностей их преимущественного действия на основные патоло-

гические процессы и системы организма. С учетом выделенных ведущих клинических синдромов физические методы лечения и упражнения применяют для коррекции локомоторной дисфункции (локомоторно-корректирующие методы), скорейшего формирования культи (репаративно-регенеративные методы), купирования болевого синдрома (анальгетические методы), снижения отечности культи (противоотечные методы), размягчения рубцов (фиброкорректирующие методы), активации корковых функций (психостимулирующие методы). Консервативные методы подготовки – это составная часть комплексного восстановительного лечения и медицинской реабилитации, они решают следующие задачи: – устранение или уменьшение функциональных нарушений у пациента; – лечение пороков и болезней культи; – предупреждение осложнений и других неблагоприятных факторов. Консервативные методы лечения включают: – ЛФК – лечебную гимнастику, массаж, лечебную гимнастику в воде; физиотерапевтические процедуры – электро- и светолечение, водо- и грязелечение, души, лазеро-, баро- и магнитотерапию и др. Последовательное и целенаправленное использование физических методов лечения позволяет максимально активизировать пациентов, наиболее полно подготовить к протезированию и обучить пользованию протезно-ортопедическими изделиями.

Реабилитационные технологии после ампутаций конечностей:

1. Локомоторно-корректирующие методы – лечебная гимнастика. Упражнения выполняют в статическом и динамическом режимах. После ампутации на уровне бедра необходимы упражнения, обеспечивающие воздействие на разгибатели тазобедренного сустава, после ампутации голени – разгибатели коленного сустава, после ампутации стопы – разгибатели стопы. В период подготовки к протезированию проводят комплекс лечебных мероприятий, направленных на ликвидацию или уменьшение расстройств и деформаций

опорно-двигательной системы, которые препятствуют или усложняют пользование протезно-ортопедическими изделиями. Выполнение *специальных упражнений* направлено на развитие способности к дифференцированию мышечных усилий и произвольному расслаблению мышц. При выполнении упражнений важно участие отдельных мышечных групп в одном движении. Упражнения выполняются в статическом и динамическом режимах. Одновременно с гимнастическими упражнениями следует проводить устранение контрактур и тугоподвижности в суставах. Для этого используется метод ручной редрессации, массаж.

2. Репаративно-регенеративные методы:

1) *высокочастотная магнитотерапия* – 10-12 процедур; 2) *инфракрасная лазеротерапия* -10-15 процедур.

3. *Альгетические методы*: 1) *диадинамотерапия* – 3-7 процедур; 2) *локальная воздушная криотерапия* – 10 процедур, проводимых ежедневно. в комплексе с импульсной низкочастотной электротерапией (криоамплипульстерапия, криодинамотерапия, криоэлектрофорез анестетиков и сосудосуживающих препаратов); 3) *транскраниальная электроаналгезия* – 10 процедур; 4) *короткоимпульсная электроаналгезия* в точках выхода нервов – 12-15 процедур; 5) *интерференцтерапия* на ткани в области торца культи – 10-12 процедур.

4. Противоотечные методы: 1) *тугое бинтование культи*; 2) *массаж*; 3) *кинезиотейпирование* (аппликация эластичных клеящих пластырных лент (тейпов) для достижения стимуляции или релаксации мышечного тонуса, устранения отека, гематом, с болеутоляющим действием); 4) *низкочастотная магнитотерапия* на область культи -10-12 процедур.

5. Фиброкорректирующие методы: 1) *ультразвуковая терапия* – 10-12 процедур; 2) *лекарственный электрофорез* дефиброзирующих препаратов [2-5% раствор йода, гиалуронидазы) – 10-15 процедур; 3) *ультрафонофорез дефиброзирующих препаратов* [5% раствора йода, гиалуронидазы -10-15 процедур.

6. Психостимулирующие

методы: 1) *транскраниальная низкочастотная магнитотерапия* – 8 процедур; 2) *мезодиэнцефальная модуляция* – 10 процедур. 7. Трофостимулирующие методы: 1) *лечебный массаж* через 1-2 недели после ампутации -10-15 процедур; 2) *массаж после ампутации конечности*. 8. Мио-нейростимулирующие методы: 1) *электронейростимуляция* – 8-10 процедур; 2) *электромиостимуляция* – 10-15 процедур (Пономаренко Г.Н. и др., 2023).

В Национальном руководстве «Физическая и реабилитационная медицина» (2023) указано, что люди, перенесшие ампутации конечностей, являются наиболее сложными пациентами травматологического профиля. Сложность их реабилитации определяется винительными локомоторными нарушениями, ограничивающими возможности передвижения и самообслуживания, перестройкой всех функциональных систем, нарушением обменных процессов, снижением резервных возможностей организма, толерантности к физической нагрузке и физической работоспособности и, как результат, выраженными ограничениями жизнедеятельности. После перенесенной ампутации нередко развиваются пороки и болезни культей конечностей, затрудняющие или препятствующие протезированию. Период пребывания в стационаре условно делится на этапы: подготовки к протезированию, протезированию и обучения пользованию искусственной конечностью. Авторы, приводя технологии физической и реабилитационной медицины, сообщают, что на всех этапах реабилитации после ампутации верхних и нижних конечностей используют физические методы лечения, направленные на лечение пороков и полезней культы. Применяют методы купирования болевого синдрома (аналгезирующие), методы, направленные на снижение отечности культы (противоотечные); направленные на скорейшее формирование культы (репаративно-регенеративные методы), размягчение рубцов (фиброкорректирующие методы), лечение

воспалительных явлений, остеомиелита и других изменений со стороны культи (противовоспалительные методы).

Физические упражнения. 1. Лечебная гимнастика. Выполнение специальных упражнений направлено на развитие способности к дифференцированию мышечных усилий и произвольному расслаблению мышц. При выполнении упражнений важно участие отдельных мышечных групп в одном движении. Упражнения выполняют в статическом и динамическом режимах. После ампутации на уровне бедра необходимы упражнения, обеспечивающие воздействие на разгибатели тазобедренного сустава, после ампутации голени – разгибатели коленного сустава, после ампутации стопы – разгибатели стопы. При сосудистых заболеваниях статический режим выполнения упражнений противопоказан. В процессе подготовки к протезированию используется метод электромиографии БОС для тренировки отдельных мышечных групп, особенно для детей. 2. Фантомно-импульсивная гимнастика – сочетание напряжения мышц культи с движениями в суставах. Напряжение усеченных мышц должно быть дозировано по усилию и скорости движения культи. Разгибание культи при напряжении усеченных мышц с разной скоростью и силой особенно важно, так как помогает в последующем освоить ходьбу на протезе. Фантомно-импульсивная гимнастика проводится в конце заключительной части занятия, в течение 5-10 мин. 3. Упражнения для мышц сохранившейся конечности. Используются специальные упражнения для укрепления мышечно-связочного аппарата, профилактики плоскостопия, а также методика электромиографии БОС для тренировки мышц голени и др. 4. Тренировка функции равновесия. Выполнение поворотов туловища влево и вправо поочередно в положениях сидя, стоя, наклонов вперед, назад, в стороны, вращений, а также наклонов, поворотов, вращений головой с открытыми и закрытыми глазами. Упражнения для тренировки функции рав-

новесия выполняются в комплексе с другими видами упражнений.

5. Упражнения для тренировки силы мышц туловища и плечевого пояса. Повороты верхней и нижней половины туловища в сторону усеченной конечности. Упражнения для поясничных мышц – наклоны таза вперед, вправо, влево и др.

6. Упражнения для развития координационных способностей. Выполнение этих упражнений способствует восстановлению координации движений сохранившейся конечности и культи, согласованности движений различных звеньев опорно-двигательного аппарата. Упражнения выполняются в различных исходных положениях, с предметами (гантели, набивные мячи, гимнастические палки) и без них. Используется имитация ходьбы в положении лежа на спине, сидя, с движениями рук.

7. Упражнения для улучшения функционального состояния культи, развития динамической и статической силы. Включают гимнастические упражнения и устранение контрактур и тугоподвижности в суставах. Для этого используются метод ручной редрессации, массаж, ортопедические укладки и т.д.

В период обучения ходьбе на протезах нижних конечностей цель реабилитации – освоение элементов шага, выработка координированной, устойчивой походки, закрепление приобретенных навыков ходьбы на протезе. Обучение пользованию протезом проходит в три этапа: на первом этапе основное внимание уделяется обучению стоянию; второй этап – переходный от стояния к ходьбе (разучивание и закрепление элементов шага, обучение управлению протезом); на третьем этапе основное внимание уделяется обучению координированной ходьбе, приближающейся к ходьбе здорового человека. В методике обучения пользованию протезами верхних конечностей сначала осваивают движения в проксимальных шарнирных соединениях протеза, затем и дистальных шарнирах, в частности открытие и закрытие кисти. После ампутации обеих верхних конечностей

на уровне одного и того же сегмента (на уровне плеч, предплечий) ведущим, то есть выполняющим наиболее специализированные и точные действия, является правый протез (у правой руки). Физические методы лечения. 1. *Аналгетические методы*: – транскраниальная электроаналгезия (10 процедур); – короткоимпульсная электроаналгезия в точках выхода нервов (12-15 процедур). 2. *Противоотечные методы*: низкочастотная магнитотерапия на область культи (10-12 процедур). 3. *Фиброкорректирующие методы*: – ультразвуковая терапия (10-12 процедур); – лекарственный электрофорез (10-15 процедур); – ультрафонофорез дефибрирующих препаратов (10-15 процедур); – пелоидотерапия (грязевые аппликации на зону культи и сегментарно-рефлекторные области; 12-18 процедур). 4. *Трофостимулирующие методы*: – лечебный массаж сегментарной области, а затем и культи (10-15 процедур); – электростимуляция последовательно дистальных и проксимальных двигательных точек пораженных нервов и двигательных точек иннервируемых ими мышц (8-10 процедур).

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ и Т.И. Бонкало (2023) представили дайджест за январь-февраль 2023 года «Комплексная реабилитация участников специальной военной операции на Украине», где привели Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 25.01.2023 № 52 «Об организации медицинской реабилитации взрослого населения в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» с перечнем медорганизаций, осуществляющих медицинскую реабилитацию, инструкцией по организации реабилитации и правилами направления на нее. Авторами представлена проблема комплексной медико-психологической реабилитации участников боевых действий в современном научном дискурсе и особенности составления реабилитационной

программы: 1. Корректировка реабилитационных мероприятий должна проводиться в зависимости от индивидуального реабилитационного потенциала и носить личностно-ориентированный характер. 2. В состав комплексной бригады специалистов, участвующих в проведении профилактических осмотров ветеранов боевых действий, должны быть включены психиатр и психолог. 3. Необходимо иметь информационную базу для анализа особенностей заболеваемости и эффективности проводимых реабилитационных мероприятий. 4. Заполнение унифицированной «Регистрационной карты ветерана боевых действий» на каждого, впервые обратившегося ветерана должно осуществляться во всех территориальных поликлиниках города и центральных районных больницах области. 5. Социально-психологическая деятельность медицинских работников должна быть не только ориентирована на оказание лечебной помощи, но и направлена на раннее предотвращение негативных последствий военного стресса в виде неадекватных форм социального поведения. Для этой цели целесообразно организовать кабинет социально-психологической помощи на базе территориальных поликлиник. Основные положения клинко-психологической реабилитации могут быть выполнены на трех основных этапах реабилитации: 1) духовно-психологический этап, ориентированный на развитие и восстановление морально-нравственного уровня военнослужащих; 2) социально-правовой этап, ориентированный на обеспечение материального достатка, возрождение достойного социального статуса (с помощью юристов, социологов, правозащитников); обеспечение правовой защиты и социальных гарантий; 3) медико-психологический этап обеспечивает восстановление психофизического здоровья, трудоспособности, стрессоустойчивости и приспособляемости в обществе с основным вниманием работе с посттравматическим стрессовым расстройством (рациональная психотерапия; методы

психической саморегуляции; когнитивная психотерапия; личностно-ориентированная терапия; групповая терапия; анализ стресса; Гештальт-терапия; когнитивно-поведенческая психотерапия; семейная психотерапия.

Приказом Минтруда РФ от 05.03.2021 № 106н утверждены перечни показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации. Медицинское показание 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. Режим пользования протезно-ортопедическим изделием. зависит от группы двигательной активности, тяжести сопутствующей соматической патологии под обязательным врачебным контролем. Уровни потенциальной двигательной активности при первичном протезировании с прогнозируемой возможностью передвижения на протезе:

1) низкий: с посторонней помощью на короткие расстояния (до 800 метров) в пределах помещения, квартиры, вокруг дома с небольшой частотой и продолжительностью прогулок по времени;

2) сниженный: с помощью костылей или трости, без посторонней помощи, по ровной поверхности до 1500 м в сутки;

3) средний: без дополнительной опоры по ровной поверхности до 3200 м в сутки, с умеренными физическими нагрузками.

Авторы указывают, что на этапе первичного протезирования

решаются следующие задачи: 1) определение готовности тканей культи к постоянному протезированию; 2) уточнение показаний к оперативному лечению, направленному на устранение не всех имеющих болезней и пороков культи, а именно тех, которые препятствуют протезированию; 3) уточнение времени, вида и объема оперативного пособия; 4) уточнение взаимного порядка мероприятий консервативной и оперативной подготовки к протезированию; 5) восстановление опороспособности утраченной конечности; 6. восстановление или приобретение нового стереотипа передвижения с помощью искусственной конечности. Первичное протезирование военнослужащих должно осуществляться исключительно в стационарных условиях.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда РФ в связи с поручением заместителя Министра труда и социальной защиты Российской Федерации Г.Г. Лекарева подготовило и направило методическое письмо от 27.12.16 г. №4.1040/2016 по вопросам, вызывающим трудности при определении медицинских показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации – протезами верхних и нижних конечностей.

Выбор конструкции назначаемого протеза верхней конечности, в том числе и протезов предплечья, осуществляется с учетом индивидуальных особенностей больного, в том числе учитываются: возраст инвалида, объем функциональных возможностей, выраженность патологии верхних конечностей; анатомо-функциональное состояние культи, давность дефекта, характер выработанных навыков и компенсаторных возможностей (сохранение навыков пользования, управления протезом при снижении уровня компенсаторных движений); функциональные запросы инвалида с учетом социальных, трудовых и бытовых факторов, в том числе занятий спортом; про-

фессии, а также уровень интеллекта (для управления многофункциональными протезами требуется сохранность интеллекта); психологическая готовность к освоению протеза; моторная одаренность (что определяет возможность формирования необходимых навыков управления протезами); физическое развитие и выносливость; наличие сопутствующих заболеваний, влияющих на физические и функциональные способности инвалида с возможным ухудшением состояния инвалида и т.д.

При решении вопроса о протезировании нижней конечности инвалида и подборе протеза необходимо учитывать общее состояние здоровья инвалида, состояние культи, состояние другой нижней конечности, профессию инвалида и возможность его дальнейшего трудоустройства, а также степень его социальной активности, интегрированной со степенью физической активности.

Должна быть определена степень функциональности в зависимости от степени активности инвалида в соответствии с классификационной системой MOBIS, оценка критериев уровня потенциальной двигательной активности которой, при отсутствии медицинских противопоказаний, даст возможность определить целесообразность определения нуждаемости инвалида в тех или иных протезах нижних конечностей с целью достижения максимальной компенсации или замещения анатомического дефекта и восстановления нарушенных функций передвижения. В соответствии с классификационной системой MOBIS уровень потенциальной двигательной активности инвалида следует расценивать как:

- низкий – возможность передвижения в ограниченном пространстве: пациент передвигается на короткие расстояния в пределах квартиры или дома с помощью дополнительных средств опоры (ходунки, костыли и т.д.) или с помощью посторонних лиц. Надевание и управление протезом затруднено;

-
- средний – ограниченные возможности передвижения во внешнем мире: пациент передвигается с помощью протеза по ровной поверхности, без дополнительных средств опоры. Продолжительность и дальность ходьбы умеренно ограничены. Пациент может самостоятельно надевать протезы. Управление протезом среднее;
 - повышенный – неограниченные возможности передвижения во внешнем мире: пациент может передвигаться на протезе с различной скоростью, без затруднений преодолевая любые препятствия. Пациент в состоянии выполнять значительные бытовые или производственные физические нагрузки, связанные с нахождением на ногах. Продолжительность и дальность ходьбы пациента, по сравнению со здоровыми людьми, ограничена незначительно;
 - высокий – неограниченные возможности передвижения во внешнем мире с повышенными требованиями к протезированию: пациент уверенно передвигается с помощью протеза. Продолжительность и дальность ходьбы не ограничены. Отличное управление протезом. Вследствие активной эксплуатации протеза и повышенных функциональных потребностей повышаются требования к конструкции протеза – повышенная надежность узлов и их динамическая активность, надежное крепление протеза и увеличенные амортизационные функции.

К общим противопоказаниям вследствие усиления двигательной активности при пользовании протезом относятся: выраженная недостаточность функции кровообращения (НК 2Б и 3 ст.; ГБ III ст. 3 ст. АГ); резко выраженный аортальный стеноз; тяжелые нарушения ритма и проводимости; формирующаяся аневризма сердца; ХПН прогрессирующая.

К местным противопоказаниям относятся пороки и болезни культуры, требующие медицинских реабилитационных мероприятий и/или реконструктивных хирургических вмешательств.

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

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

Состояние культы условно делится на следующие патологические состояния: культя пороков не имеет; культя имеет пороки, затрудняющие протезирование (усиление двигательной активности приведет к срыву достигнутой компенсации); культя имеет болезни, препятствующие протезированию.

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

Д.Д. Болотов (2020) со ссылкой на данные литературы отдельно

отметил, что несоблюдение требований по профилактике деформации и формирования контрактур суставов при коротких культях любого уровня может значительно затруднить протезирование или сделать пользование протезированной конечностью невозможным. Повторные оперативные вмешательства (при попытке сохранения культи на том же уровне), как правило, приводят к более худшему в функциональном отношении результату. При протезировании культей бедра длина рычага имеет еще большее значение: помимо уменьшения силы, управляемости и выносливости культи, частым осложнением является формирование порочной установки культи, связанная с нарушением так называемого «мышечного равновесия» между мышцами-антагонистами бедра (сгибателями–разгибателями и приводяще-отводящей группой мышц). Чем длина культи бедра больше, тем лучше баланс сил. С укорочением культи появляется тенденция к отведению и сгибанию бедра. При коротких культях может присоединяться и ротационная контрактура (кнаружи). При отсутствии мероприятий (лечебная физкультура, релаксации, постизометрическая релаксация, физиотерапия и т.д.) по профилактике формирования комбинированной контрактуры развиваются достаточно стойкие изменения в культе и, как следствие, сначала к еще большей потере и так значительно сниженной мышечной силы, а в дальнейшем – затруднение или невозможность протезирования. Следует отметить, что энерготраты при передвижении на протезе бедра в значительной степени выше в сравнении с таковыми при ходьбе здорового человека. Однако ходьба с наличием даже незначительно выраженной сгибательной (некомбинированной) контрактуры бедра заставляет менять схему протеза и требует еще больших усилий при ходьбе, включения нетипичных для ее осуществления мышц, появлению миотонических синдромов, дорсопатий и т.д. Практика показывает, что контрактура (при отсутствии профилак-

ки) успевает сформироваться в течение 1 мес. с момента оперативного вмешательства при культях бедра любой длины в связи с тем, что основную часть времени пациент проводит в сидячем положении. При этом наибольшее количество первичных протезирований выполняется через 6 мес. и после операции. С целью профилактики этого осложнения необходимо применять миопластические техники, фиксацию культи в послеоперационном периоде, различные виды лечебной физкультуры (в том числе упражнения с эластичными тягами, упражнения на подвесных системах, укладки, активное удерживание конечности в вынужденном положении, электромиостимуляцию в покое и в движении и т.д.).

Методическим письмом Федерального бюро медико-социальной экспертизы Минтруда РФ от 15.07.2019 г. № 26712/2019 определены показания для обеспечения инвалидов (детей-инвалидов) креслом-коляской с электроприводом: 1) выраженные нарушения функций верхних конечностей: вследствие заболеваний, деформаций, аномалий развития и парезов верхних конечностей (амплитуда активных движений в плечевом и локтевом суставах не превышает 13-20 градусов, лучезапястном – 9-14 градусов, ограничено противопоставление первого пальца (первый палец достигает ладонной поверхности на уровне основания второго пальца); при кулачном хвате пальцы отстоят от ладони на 3-4 см; невозможность схвата мелких и удерживание крупных предметов; снижение мышечной силы верхней конечности до 2 баллов) в сочетании: – со стойкими выраженными, значительно выраженными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций вследствие: заболеваний, последствий травм и деформаций обеих нижних конечностей, таза и позвоночника; последствий травм и заболеваний центральной, периферической нервной системы; врожденных аномалий развития нижних конечностей; нарушений функций сердечно-сосудистой системы (хроническая арте-

риальная недостаточность IV степени; хронические заболевания вен, соответствующие 6 классу клинических проявлений международной классификации хронических болезней вен; лимфедема в стадии «слоновости» обеих нижних конечностей; хроническая легочно-сердечная недостаточность ПА).

Письмом Федерального бюро медико-социальной экспертизы Минтруда РФ от 25.02.2022 г. № 6880.ФБ.77/2022 изданы «Информационные материалы по определению в ИПРА вида привода кресла-коляски с электроприводом», которые необходимо учитывать в работе страховых представителей. В письме Федерального бюро МСЭ указывается, что при формировании ИПРА с определением нуждаемости в технических средствах реабилитации специалисты федеральных учреждений медико-социальной экспертизы руководствуются Перечнем показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, утвержденным приказом Минтруда России от 05.03.2021 г. № 106н, в котором указано, при определении нуждаемости в кресле-коляске с электроприводом при необходимости указывается тип ее привода (передний привод, задний привод, центральный привод). Однако в действующих нормативных правовых документах по медико-социальной экспертизе, методических рекомендациях по установлению медицинских показаний и противопоказаний при назначении специалистами медико-социальной экспертизы технических средств реабилитации инвалиду и методиках рационального подбора, утвержденных Минтрудом России, отсутствуют критерии определения вида привода при назначении кресла-коляски с электроприводом. Поэтому Федеральное бюро МСЭ в указанном письме рекомендует:

1) передний привод используется при эксплуатации кресла-коляски в сложных условиях – на улице в городских условиях, в условиях сложной и труднопроходимой местности, бездорожья и в сель-

ской местности. Кресла-коляски с ведущими передними колесами обычно имеют лучшую проходимость, что значительно расширяет их возможность применения;

2) задний привод – это наиболее распространенный вид привода в креслах-колясках. Он подходит для использования как на прогулках, так и в условиях помещений. При этом имеются нюансы: например, такой параметр, как увеличенный радиус разворота, не очень удобен для пользователя и его окружения в помещениях, особенно в российских реалиях малогабаритных условий проживания;

3) центральный привод идеально подходит для использования в условиях комнат (жилых помещений) ввиду своей маневренности. В отличие от заднего привода, центральный привод позволяет максимально удобно пользоваться креслом-коляской ввиду возможности малого радиуса разворота.

Медицинские показания пользователя не влияют на выбор типа привода, так как внутренний функционал и регулировки у таких колясок могут быть одинаковы, т.е. в основном нуждаемость диктуется личными потребностями инвалида и условиями эксплуатации кресла-коляски.

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 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. Сусяев и Л.М. Смирнова (2018) указывают, что ведущим принципом протезирования, являющимся залогом успешной комплексной реабилитации больных является 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 Кузбассе – в Новокузнецком научно-практическом центре медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, Новокузнецком протезно-ортопедическом предприятии (в 2010 г., 2016 г.), а позже – на протезно-ортопедических предприятиях в городах Уфа (2012 г.), Улан-Удэ (2012 г., 2015 г.), Санкт-Петербург (2013 г.), Самара (2016 г.), Брянск (2017 г.), Нижний Новгород (2017 г.), Орел (2017 г.), Иваново (2017 г.), в НПФ «Орто-Космос» г. Москва (2017 г.), г. Киров (2003 г.), г. Петропавловск-Камчатский (2017 г.), г. Орел, г. Пермь и др. Авторы указали на важные преимущества раннего первичного протезирования через 13 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 отёка послеоперационной раны; 3) стимуляция, улучшение кровообращения усечённой 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 остеофитов, формирования болезненных неврином; 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 усечённой конечности; замедлением заживления раны; повышенной вероятностью контрактур суставов; снижением тонуса мышц; замедлением формирования замыкательной пластинки на опиле, развитием остеопороза; повышением риска роста остеофитов и формирования болезненных неврином; вероятностью возникновения реактивных состояний и острых стойких к лечению пограничных состояний; отсутствием или замедлением мотивации пациента к реабилитационным мероприятиям.

Н.О. Коробенков и др. (2019) сообщают, что основным принципом работы современных бионических протезов является использование электромиографии, которая позволяет определить пригодность культы 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 культы к протезированию с помощью бионического протеза. При бионическом протезировании конечности пациент полностью восполняет функционал утраченной конечности. В 2015 году в России была открыта компания «Моторика», производящая разработку тяговых протезов, в 2017 году компания представила первый российский бионический протез.

Г.А. Солодимовой и др. (2019) предложена структура роботизированного комплекса, позволяющего повысить эффективность кор-

ректировки 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.

Д.Д. Болотов (2020) указывает, что профилактика осложнений в зависимости от уровня ампутации (экзартикуляция) нижней конечности имеет важное значение для результата протезирования: сохранение каждого возможного сантиметра тканей является желательным,

однако не всегда стопроцентно обоснованным с функциональной точки зрения действием. Многокомпонентные деформации культи и значительное снижение опороспособности конечности можно преодолеть, проведя чрескостный остеосинтез, пластику сухожилий, костно-пластических пособий, раннее ортезирование и атипичное протезирование, причем все вышеперечисленное необходимо применять последовательно практически у каждого пациента. Необходимо четко понимать, что выбор оперативного пособия важно планировать в соответствии с учетом ряда факторов: представлением об отдаленных функциональных возможностях конечности с культей у пациентов разного возраста, степени активности, коморбидности патологии и т.д. Автор указывает, что следует отдельно отметить, что несоблюдение требований по профилактике деформации и формирования контрактур суставов при коротких культях любого уровня может значительно затруднить протезирование или сделать пользование протезированной конечностью невозможным. Повторные оперативные вмешательства (при попытке сохранения культи на том же уровне), как правило, приводят к более худшему в функциональном отношении результату. При достаточном оперативном опыте, знании тактики ведения таких пациентов и наличии адекватных возможностей по протезированию необходимо при ампутации сохранять максимальную длину. Однако с учетом различий в учреждениях по объему выполнения оперативных вмешательств, возможностей проведения протезирования (наличие налаженного взаимодействия с протезно-ортопедическими предприятиями и реабилитационными центрами), реабилитационного прогноза, если при сохранении максимальной длины конечности уровень ампутации приходится на «проблемную» область – тщательно взвешивать риски осложнений ортопедического плана, принимать во внимание предполагаемый функциональный результат протезирования культи на данном уровне. Если отсутствует возможность своевремен-

ного направления пациента на сложное или атипичное протезирование, то в ряде случаев ампутацию на «спорных» уровнях лучше не проводить.

А.И. Горбатенкова и В.И. Бондаренко (2022) 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) приводят сравнительные характеристики параметров бионических протезов рук иностранного

производства со сроком изготовления 1 месяц: 1) BeBionic изготовитель английская компания SRLStepper (благодаря отдельным электродвигателям для каждого пальца руки, BeBionic позволяет выполнять скоординированные движения, максимально приближенные к естественным движениям обычной человеческой руки), минимальная стоимость в РФ 2250150 руб.; 2) i-Limb шотландской компании Touch Bionics (искусственной рукой i-Limb UltraRevolution можно управлять при помощи мышц предплечья, а также через мобильный телефон, искусственную руку i-Limb можно подключить через беспроводной интерфейс Bluetooth к своему смартфону, на котором установлено необходимое программное обеспечение) – 4500300 руб.; 3) Michelangelo немецкой компании Otto Bock (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) – 1500100 руб.

По данным сайта производителя бионических протезов Моторика (motorica.org) в большинстве регионов России стоимость тягового протеза кисти или предплечья компенсируется Фондом социального страхования из-за относительно небольшой цены, которая составляет от 130 до 250 тысяч рублей. Стоимость бионических рук высокая – цена начинается от 390 тысяч рублей. Но получить многофункциональный бионический гаджет можно бесплатно в рамках государственной поддержки инвалидов в России, при поддержке благотворительного фонда или по подписке от банка. Также возможна оплата собственными средствами. В каталоге Моторики представлены: Бионический протез предплечья Manifesto Hand – многофункциональный бионический протез руки с подвижностью каждого пальца; Бионический протез предплечья INDY Hand; Бионический протез плеча ELBOW относится к роботизированной ли-

нейке протезов на уровне выше локтя. В настоящее время в России имеется целый ряд предприятий, специализирующихся на изготовлении, расчёте и подгонке современной протезно-ортопедической продукции, в частности, ООО «РИН» («Реабилитация инвалидов»), ООО «ПРИЗ» («Производство реабилитационных изделий»), центры «Здоровье», «Огонёк», 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 замерам 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) выделяют следующие этапы обучения ходьбе.

1. Первый этап – адаптация тканей культы 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 культы 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 од-

ной 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 колеблется от трех до семи дней.

2. Второй этап – дальнейшая адаптация тканей культи к приемной гильзе, выработка равновесия в одно- и двуопорной фазах шага, укрепление мышц таза и культи в движении, обучение элементам шага, выработка координированных движений верхних и нижних конечностей: 1) обучение сгибанию и разгибанию в коленном шар-

нире, в сочетании с движениями в тазобедренном суставе, выполняют стоя на сохранившейся конечности; 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 примерно пять-семь дней. Критерием возможности перехода к третьему этапу обучения является координированное выполнение шаговых движений обеими ногами при сохранении равновесия, правильной осанки и правильного положения таза.

3. 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 Минтруд РФ от 02.12.2020 г. № 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 других;
- 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.

Психологическая диагностика включает в себя следующие этапы:

- 1) анализ исходной документации на обследуемого (медицинской и социальной);
- 2) конкретизацию целей и задач психодиагностики и планирование ее программы;
- 3) собеседование;
- 4) проведение психологической реабилитационно-экспертной диагностики;
- 5) обработку и анализ психодиагностических данных;
- 6) подготовку заключения по результатам психодиагностики;
- 7) разработку психологической составляющей индивидуальной программы реабилитации инвалида с конкретизацией содержания и направленности услуг по социально-психологической реабилитации.

3. 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.

4. Методическим и теоретическим фундаментом психотерапии являются такие направления, как: психоаналитическое, когнитивно-поведенческое, гуманистическое, гештальт-терапия и др.

5. 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.

6. 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 он 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 ими 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 и требует выработку 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 четко 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-психо-

логической 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 приспособ-

соблении 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.

7. Социально-психологическая реабилитация инвалидов с последствиями травм конечностей. В центре внимания при социально-психологической реабилитации при подобных состояниях находится шадящая 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 (её последствиям), своим возможностям в новых условиях, формирование адекватного отношения к процедуре реабилитации, преодоление сложившихся после травмы негативных двигательных паттернов.

Л.М. Смирновой (2009) 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.

Часть 3. Экспертный контроль медицинской реабилитации пострадавших с последствиями боевой травмы в системе ОМС

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».

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52877-2021 «Услуги по медицинской реабилитации инвалидов. Основные положения» (утв. приказом Росстандарта от 27 мая 2021 г. N 467-ст) предусматривает:

3.1. Услуги по медицинской реабилитации: Действия медицинских организаций по проведению медицинских мероприятий с целью компенсации или снятия ограничений жизнедеятельности инвалида, не связанные с необходимостью лечения возникающих заболеваний, не обусловленных инвалидностью.

4.1. Услуги по медицинской реабилитации инвалидов являются неотъемлемой частью комплекса медицинских, профессиональных, социальных и других мер, целью которых является скорейшее и наиболее полное восстановление человеком утраченных функций, личного и социального статуса (восстановление человека как личности, включая физиологические, физические, психологические и социальные его функции), что возможно только при выполнении всего комплекса указанных ниже реабилитационных мероприятий.

4.3. Услуги по медицинской реабилитации включают в себя все виды медицинских вмешательств, направленных:

- на восстановление функций органов, систем и организма в целом;
- профилактику и ликвидацию последствий, осложнений и рецидивов заболеваний;
- восстановление общего физического состояния;
- развитие моторных, сенсорных и интеллектуальных навыков.

4.4. Эффективность услуг по медицинской реабилитации характеризуется улучшением показателей функционирования органов и систем, а также расширением социальной деятельности инвалида, появлением или восстановлением способности к самообслуживанию, общению, возвращению к профессиональной деятельности; она должна оцениваться степенью стабилизации или улучшения функционального состояния организма.

4.5. Услуги по медицинской реабилитации являются начальным и основным звеном в общей системе реабилитационных услуг и должны осуществляться параллельно с другими реабилитационными услугами, составляя единую систему и непрерывный процесс.

4.6. Предоставление услуг по медицинской реабилитации должно характеризоваться профилактической направленностью, т.е. проводиться не только для повышения или стабилизации функционального состояния организма, но и при реальной угрозе его утяжеления.

4.8. Услуги по медицинской реабилитации предоставляют последовательно и непрерывно.

Длительность процесса предоставления услуг по медицинской реабилитации в общем комплексе реабилитационных услуг определяют потребностью в каждом конкретном случае. Медицинская реабилитация, осуществляемая в составе всего комплекса реабилитационных мероприятий, считается успешной, когда инвалид достиг в медицинском отношении уровня, максимально возможного

функционального состояния организма и приближенного к уровню, предшествующему болезни или получению травмы.

4.9. Конкретные виды, состав, объемы, формы, сроки предоставления услуг по медицинской реабилитации инвалидов определяются реабилитационными организациями в соответствии с программой реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида), а также индивидуальным планом медицинской реабилитации.

5. Основные виды и содержание услуг по медицинской реабилитации инвалидов

Услуги по медицинской реабилитации инвалидов включают в себя: – восстановительную терапию; – реконструктивную хирургию; – протезирование; – ортезирование; – санаторно-курортное лечение; – обеспечение инвалидов лекарственными средствами; – обеспечение инвалидов техническими средствами медицинской реабилитации; – динамическое наблюдение за инвалидами.

5.1.1. Восстановительная терапия как услуга по медицинской реабилитации заключается в воздействии на организм инвалида в целях восстановления или компенсации его нарушенных функций, сниженных в результате болезни или травмы, вторичной профилактики заболеваний и их осложнений, восстановления или улучшения трудовых функций либо восстановление психического здоровья. В соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида восстановительную терапию проводят следующих видов:

- медикаментозная терапия – применение лекарственных средств для предупреждения прогрессирования болезни, ее обострения и осложнений;
- физиотерапия – применение физических природных и искусственных факторов в реабилитации инвалидов для коррекции основных патофизиологических сдвигов, усиления компенсатор-

-
- ных механизмов, увеличения резервных возможностей организма, восстановления физической работоспособности;
- механотерапия – применение различных механизмов и приспособлений для восстановления нарушенных функций систем организма. Она основана на выполнении дозированных движений (преимущественно для отдельных сегментов конечностей), осуществляемых с помощью механотерапевтических аппаратов, облегчающих движение или, наоборот, требующих дополнительных усилий для его выполнения;
 - кинезотерапия – применение комплекса лечебных мероприятий, включающих активную и пассивную гимнастику с целью восстановления функций при повреждениях опорно-двигательного аппарата;
 - психотерапия – применение комплекса лечебных воздействий на психику, организм и поведение инвалида психологическими методами, обеспечивающими оказание профессиональной психологической помощи по смягчению или ликвидации психических, нервных и психосоматических расстройств инвалида;
 - трудотерапия – применение системы методов восстановления различных нарушенных функций организма с использованием определенных видов трудовой деятельности;
 - лечебная физкультура – физические упражнения (гимнастические, спортивно-прикладные), прогулки;
 - массаж, мануальная терапия;
 - логопедическая помощь.

5.2.1. Реконструктивная хирургия представляет собой услуги по медицинской реабилитации инвалидов, заключающиеся в проведении хирургических операций, в том числе сложных (высокотехнологичных), для восстановления структуры и функций органов, предотвращения или уменьшения последствий врожденных или

приобретенных дефектов и снижения тем самым ограничений жизнедеятельности, компенсации нарушенных функций, сниженных в результате болезни или травмы, для вторичной профилактики заболеваний и их осложнений, восстановления или улучшения трудовых функций либо восстановление психического здоровья.

5.2.2. Реконструктивная хирургия позволяет оперативно восстанавливать анатомическую целостность и физиологическую состоятельность способностей инвалидов методами косметологии, органовосстанавливающей и органозаменяющей хирургии.

5.2.3. Услуги по реконструктивной хирургии предоставляют в следующих формах:

- реконструктивные и реконструктивно-пластические операции;
- операции по пересадке органов и тканей;
- эндопротезирование (встраивание в структуру органов внутренних протезов, сочетающих биологическую совместимость с тканями и адекватное механическое поведение): – реконструктивно-пластические операции после ожогов и сложных комбинированных травм кисти; – протезирование артерий нижних конечностей; – реконструктивно-пластические операции при травмах и ожогах органов зрения; – реконструктивно-пластические операции при врожденных, приобретенных дефектах и деформациях челюстно-лицевой системы; – эндопротезирование крупных суставов; – реконструктивно-восстановительные операции на тазобедренных суставах у детей; – трансплантация почки, печени, сердца, костного мозга; – реконструктивные операции при рубцовых стенозах гортани и трахеи у детей; – лечение грубых деформаций позвоночника у детей с применением биологических трансплантатов и металлических конструкций; – реконструктивно-пластические операции при злокачественных опухолях; – другие операции.

5.3.1. Протезирование представляет собой процесс замены частично или полностью утраченного органа искусственным эквивалентом (протезом), служащим для замещения отсутствующей части тела или органа, с максимальным сохранением индивидуальных особенностей и функциональных способностей человека.

5.4.1. Ортезирование заключается в компенсации частично или полностью утраченных функций опорно-двигательного аппарата с помощью дополнительных внешних устройств (ортезов), обеспечивающих выполнение этих функций.

5.5. Санаторно-курортное лечение инвалидов.

5.6. Обеспечение инвалидов лекарственными средствами.

Национальным стандартом РФ ГОСТ Р 52876-2021 «Услуги организаций реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы. Основные положения» (утв. приказом Росстандарта от 27 апреля 2021 г. N 288-ст) предусмотрено:

4.3. Реализация реабилитационных услуг инвалидам должна быть направлена на достижение максимального эффекта при минимальных затратах времени на их выполнение.

4.4. Комплекс реабилитационных услуг должен содержать психо-социальные и биологические методы воздействия на инвалида. Реабилитационные услуги должны быть направлены на организм, на личность и на социум инвалида.

4.5. Реабилитационные услуги следует начинать предоставлять на этапе проведения лечения, дополняя его.

4.6. Реабилитационные услуги предоставляют комплексно, что подразумевает проведение реабилитационных мероприятий специалистами разного профиля и на разных уровнях – внутриведомственном и межведомственном.

4.7. Реабилитационные услуги предоставляют последовательно и непрерывно. Содержание и длительность процесса реабилитации

определяет индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида в каждом конкретном случае. Реабилитация считается успешной, когда человек (инвалид) достиг в социальном отношении уровня, максимально возможного и приближенного к уровню, предшествующему возникновению ограничений жизнедеятельности.

4.8. Каждый этап предоставления и вид реабилитационных услуг должны быть ориентированы на конкретную реально возможную цель, о которой инвалиду следует знать и к достижению которой он должен стремиться вместе со специалистами.

4.9. Технология выбора и предоставления реабилитационных услуг представляет собой систему следующих реабилитационных мероприятий:

- обследование инвалидов;
- проведение реабилитационно-экспертной диагностики для определения и оценки реабилитационного потенциала, реабилитационного прогноза и социального статуса инвалидов для выявления необходимости конкретных реабилитационных мероприятий индивидуально для каждого инвалида по всем направлениям реабилитации;
- планирование с программирующейся гибкостью;
- обеспечение реабилитации;
- мониторинг (наблюдение);
- оценка эффективности реабилитационных воздействий.

4.11. Инвалидам предоставляют комплекс оптимальных для них реабилитационных услуг, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, предусмотренных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, способностей инвалида к выполне-

нию определенных видов деятельности.

5.1. Услуги по медицинской реабилитации инвалидов

Услуги по медицинской реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы установлены в соответствии с ГОСТ Р 52877 с учетом особенности ограничений их жизнедеятельности.

5.1.1. Восстановительная терапия заключается в воздействии на организм инвалида для восстановления или компенсации его нарушенных функций, сниженных в результате полученной военной травмы, восстановления или улучшения трудовых функций либо восстановления психического здоровья. Восстановительная терапия проводится в следующих формах в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида:

- медикаментозная терапия – применение лекарственных средств для предупреждения прогрессирования болезни, ее обострений и осложнений;
- физиотерапия – применение физических природных и искусственных факторов в реабилитации инвалидов для коррекции основных патофизиологических сдвигов, усиления компенсаторных механизмов, увеличения резервных возможностей организма, восстановления физической работоспособности;
- механотерапия – применение различных механизмов и приспособлений для восстановления нарушенных функций, систем организма. Она основана на выполнении дозированных движений (преимущественно для отдельных сегментов конечностей), осуществляемых с помощью механотерапевтических аппаратов, облегчающих движение или, наоборот, требующих дополнительных усилий для его выполнения;
- кинезотерапия – применение комплекса лечебных мероприятий, включающих активную и пассивную гимнастику с целью восстановления функций при повреждениях опорно-двигательного ап-

парата;

- психотерапия – применение комплекса лечебных воздействий на психику, организм и поведение инвалида психологическими методами, обеспечивающими оказание профессиональной психологической помощи по смягчению или ликвидации психических, нервных и психосоматических расстройств инвалида, являющихся результатом ранения или военной травмы;
- трудотерапия – применение системы методов восстановления различных нарушенных функций организма с использованием определенных видов трудовой деятельности;
- лечебная физкультура – физические упражнения (гимнастические, спортивно-прикладные), прогулки;
- массаж, мануальная терапия;
- логопедическая помощь.

5.1.2. Реконструктивная хирургия заключается в оперативном восстановлении анатомической целостности органов и физической состоятельности способностей инвалидов методами косметологии, восстанавливающей и органозаменяющей хирургии в следующих формах:

- операции по пересадке органов и тканей;
- реконструктивные и реконструктивно-пластические операции;
- эндопротезирование (встраивание в структуру органов внутренних протезов, сочетающих биологическую совместимость с тканями и адекватное механическое поведение);
- другие операции.

5.1.3. Протезирование представляет собой процесс замены частично или полностью утраченного органа искусственным эквивалентом (протезом), представляющим собой устройство, служащее для восстановления или замещения отсутствующей части тела или органа, обеспечивающее максимальное сохранение индивидуаль-

ных особенностей человека и компенсацию утраченных им функционально-косметических способностей.

Протезирование включает в себя проведение медицинских (реконструктивно-восстановительное лечение), технических (изготовление и применение протезно-ортопедических изделий) и организационных мероприятий по реабилитации инвалида.

В состав услуг по протезированию, исключая глазное протезирование, входят:

- обследование инвалида и анализ его индивидуальной программы реабилитации или абилитации;
- составление акта медико-технической комиссии;
- предоставление инвалиду информации о конструкции протеза, его функциональных возможностях и др.;
- оформление карты протезирования, бланка заказа;
- оперативная и консервативная подготовка к протезированию;
- снятие слепка (изготовление негатива) усеченного сегмента, его примерка и подгонка;
- изготовление модели усеченного сегмента (позитива);
- изготовление индивидуальной приемной гильзы (или иного средства соединения усеченного сегмента с протезом);
- примерка приемной гильзы (промежуточной или постоянной);
- подбор функциональных модулей и других частей протеза, обеспечивающих заданные характеристики, свойства протеза;
- сборка протеза;
- примерка, установка, подгонка креплений протеза, пробная носка;
- обучение инвалида пользованию протезом и выдача протеза.

5.1.4. Ортезирование заключается в компенсации частично или полностью утраченных функций опорно-двигательного аппарата с помощью дополнительных внешних устройств (ортезов), обеспечивающих выполнение этих функций; состав услуг по ортезированию

аналогичен составу услуг по протезированию.

По своему назначению ортезы подразделяют:

- на лечебно-профилактические, предназначенные для профилактики образования или рецидива контрактур и деформаций;
- лечебно-тренировочные, предназначенные для разработки движений в суставах, восстановления функций ослабленных мышц, улучшения функции кисти или стопы;
- постоянные, назначаемые при стойкой утрате функций и формы конечностей.

5.1.5. Протезирование и ортезирование представляют собой обширное и постоянно развивающееся направление реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы; в приложении А представлен перечень стандартов на услуги по различным видам протезирования и ортезирования и на технические средства, используемые при протезировании и ортезировании.

5.1.6. Организацию направления и предоставление инвалидам путевок на санаторно-курортное лечение осуществляют в соответствии с медицинскими показаниями, при отсутствии противопоказаний.

5.1.7. Обеспечение инвалидов лекарственными средствами осуществляют в соответствии с перечнем жизненно важных лекарственных препаратов.

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 53871-2021 «Методы оценки реабилитационной эффективности протезирования нижних конечностей» (утв. и введен в действие приказом Росстандарта от 27 мая 2021 г. N 469-ст) устанавливает:

3.1.11. Реабилитационная эффективность протезирования нижних конечностей: Степень восполнения (или возмещения) утрачен-

ных опорно-двигательных функций и компенсации косметического дефекта человека с культями или аномалиями развития нижних конечностей, обеспечивающая интеграцию его в общество (возвращение к бытовой, трудовой и общественной жизни).

4.4. Реабилитационная эффективность протезирования нижних конечностей зависит от следующих факторов:

- уровня ампутации или врожденной патологии конечности по типу культы;
- размеров культы (длины и периметра культы на определенных уровнях);
- формы и функционального состояния культы;
- причины ампутации (например, травмы, сосудистая патология, онкологическое заболевание, диабет и др.);
- функциональных возможностей протеза, обусловленных применением узлов различных конструктивных разновидностей;
- применяемых материалов;
- правильного выбора схемы построения протеза;
- качества изготовления протеза;
- степени обучения и освоения протеза инвалидом;
- общего соматического состояния человека;
- сохранности второй конечности.

Национальным стандартом РФ ГОСТ Р 55138-2017 «Реабилитация и абилитация инвалидов. Качество реабилитационных и абилитационных услуг. Основные положения» (утв. приказом Росстандарта от 17 ноября 2017 г. N 1774-ст) установлено:

3.1. Качество реабилитационной и абилитационной услуги: совокупность свойств реабилитационной и абилитационной услуги, определяющая ее возможность и способность удовлетворять потребности инвалида и осуществлять его реабилитацию (абилита-

цию) и социальную адаптацию.

5. Качество реабилитационных услуг. 5.1 Качество услуг по медицинской реабилитации.

5.1.1. Качество услуг по реконструктивной хирургии

5.1.1.1. Качество услуг по реконструктивной хирургии, оказываемых медицинскими учреждениями и включающих в себя операции по пересадке органов и тканей, эндопротезирование (встраивание в структуру внутренних органов внутренних протезов, сочетающих биологическую совместимость с тканями и адекватное механическое поведение) и другие операции, определяется тем, в какой степени они способствуют восстановлению структуры и функций органов, предотвращению или уменьшению последствий врожденных или приобретенных дефектов и снижению тем самым ограничений жизнедеятельности, компенсации нарушенных функций, сниженных в результате болезни, ранения или травм, вторичной профилактике заболеваний и их осложнений, восстановлению или улучшению трудовых функций либо возвращению дееспособности инвалидов.

5.1.1.2. Качество каждой конкретной услуги по реконструктивной хирургии определяется тем, в какой степени она отвечает требованиям соответствующих стандартов и других нормативных документов в сфере здравоохранения.

5.1.2. Качество услуг по протезированию

Качество услуг по протезированию определяется тем, насколько замена того или иного частично или полностью утраченного органа протезом позволяет замещать им отсутствующую часть тела или органа и максимально сохранять индивидуальные особенности и функциональные способности человека.

5.1.3. Качество услуг по ортезированию

Качество услуг по ортезированию определяется тем, в какой степени ортезы (дополнительные внешние устройства) компенсируют

частично или полностью утраченные функции опорно-двигательного аппарата и обеспечивают выполнение этих функций.

5.1.4. Качество услуг по санаторно-курортному лечению

Качество услуг по санаторно-курортному лечению определяется тем, в какой степени инвалиды, нуждающиеся в нем, обеспечиваются путевками, а порядок предоставления путевок соответствует индивидуальным программам реабилитации (абилитации) инвалидов и результатам медико-социальной экспертизы.

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 54735-2021 «Реабилитация инвалидов. Требования к персоналу учреждений реабилитации и абилитации инвалидов» (утв. приказом Росстандарта от 27 апреля 2021 г. N 289-ст) установил:

4.4. Персонал учреждения должен:

к) соблюдать профессиональную этику в процессе обслуживания инвалидов – клиентов учреждения, в том числе для качественного и эффективного предоставления услуг всем нозологическим группам инвалидов;

л) обладать наряду с соответствующими квалификацией и профессиональными качествами высокими моральными и морально-этическими качествами, чувством ответственности и руководствоваться в работе принципами гуманности, справедливости, объективности и доброжелательности;

м) при оказании клиентам реабилитационных и абилитационных услуг проявлять к ним максимальные чуткость, вежливость, внимание, выдержку, предусмотрительность, терпение и учитывать их физическое и психологическое состояние.

Важным этапом для системы ОМС стало утверждение ТФОМС Свердловской области и Минздравом Свердловской области со-

вместно с Медицинской палатой области и ВСС Рекомендаций по проведению экспертизы качества медицинской помощи, в т.ч. с мультидисциплинарным подходом, по профилю «медицинская реабилитация» детей и взрослых на территории Свердловской области (2022).

Предлагаем страховым представителям системы ОМС третьего уровня основные принципы формулирования дефектов медпомощи в рамках экспертной деятельности с целью охраны, защиты и восстановления прав пострадавших на надлежащее качество, полноту и своевременность медицинской реабилитации.

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:

1. Отказ от выполнения требований Порядка организации медицинской реабилитации взрослых, утв. приказом МЗ РФ от 31.07.20 г. № 788н:

1) пункта 9 Порядка – 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 и 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 индивидуального 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) пункта 12 Порядка – несвоевременное начало выполнения мероприятий по медицинской реабилитации на первом этапе – позже 72 часов в острейший и острый периоды течения заболевания, при неотложных состояниях, состояниях после оперативных вмешательств (в раннем послеоперационном периоде), хронических критических состояниях; – не выполнение объема мероприятий: ежедневно, продолжительностью не менее 1 часа, но не более 3 часов;

3) пункта 13 Порядка – 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 отделение, оказывающее специализированную, медицинскую помощь по профилям;

4) пункта 16 Порядка – отсутствие лечащего врача и (или) врача ане-

стезиолога-реаниматолога в составе мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК);

5) пункта 18 Порядка – сниженный объем проведения мероприятий МР на втором этапе – не ежедневно и/или продолжительностью менее 3 часов;

6) пункта 20 Порядка – отсутствие в выписном эпикризе второго этапа МР: 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) пункта 23 Порядка – сниженный объем проведения мероприятий МР на 3 этапе: реже, чем один раз каждые 48 часов и/или продолжительностью менее 3 часов;

8) пункта 27 Порядка – не соответствие суммы баллов ШРМ и уровня реабилитационной МО;

9) пункта 28 Порядка – необоснованный отказ от применения телемедицинских технологий.

2. Отказ от выполнения требований Положения о мультидисциплинарной реабилитационной команде Порядка организации медицинской реабилитации взрослых, утв. приказом МЗ РФ от 31.07.20 г. № 788н:

1) отсутствие оказания услуг реабилитации мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК) (п.2 Положения);

2) не соответствие состава МДРК индивидуальному плану медицинской реабилитации пациента (ИПМР) (п.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) не выполнение МДРК функции (п.6 Положения) – отсутствуют:
– оценка 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; – 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 Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья³ 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 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.

3. Отказ от выполнения требований Правил организации деятельности стационарных отделений медицинской реабилитации Порядка организации медицинской реабилитации взрослых, утв. приказом МЗ РФ от 31.07.20 г. № 788н – не выполнение 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.

4. Отказ от выполнения требований Правил организации деятельности дневного стационара медицинской реабилитации Порядка организации медицинской реабилитации взрослых, утв. приказом МЗ РФ от 31.07.20 г. № 788н – не выполнение 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.

5. Отказ от выполнения требований Правил организации деятельности амбулаторного отделения медицинской реабилитации Порядка организации медицинской реабилитации взрослых, утв. приказом МЗ РФ от 31.07.20 г. № 788н – не выполнение 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; 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 (ШРМ), рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

6. Отказ от выполнения требований Правил организации деятельности центра медицинской реабилитации Порядка организации медицинской реабилитации взрослых, утв. приказом МЗ РФ от 31.07.20 г. № 788н – не выполнение 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 фак-

торов 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 оценка 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 клинико-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) 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 различных 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 различной степени, что обусловлено развитием спинального шока. Ранний период продолжается последующие 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 месяцев 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 КР «Ведение больных с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы на втором и третьем этапах медицинской и медико-социальной реабилитации» (Союз реабилитологов России; Всероссийское общество неврологов; Ассоциация нейрохирургов России; Российское общество урологов; Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов, 2017).

1. Отсутствие комплексной *комплексной оценки уровня реабилитационного потенциала (РП) пациентов с позвоночно-спинномоз-*

говой травмой (ПСМТ) по критериям с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ):

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

РП	Балл	Структуры ASIA (категория, балл)	Функции, активность и участие		Сумма баллов по выбранным параметрам, балл	Степень нарушений структур и функций по МКФ, %
			VFM, балл	САН, балл		
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 компенса-

торных возможностей. Критерии эффективности медицинской реабилитации определяют по шкалам Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (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 четырехбалльной шкале: 1 – полное восстановление; 2 – частичное восстановление; 3 – без изменений от исходного уровня; 4 – ухудшение.

2. Отсутствие протокола анализа Факторов риска проведения реабилитационных мероприятий: 1. Острые и хронические соматические заболевания в стадии обострения или декомпенсации. 2. Инфекционные заболевания (включая гнойные процессы и венерические заболевания) в острой или заразной формах. 3. Наличие показаний к оперативному вмешательству или применению других специальных методов лечения. 4. Кожные заболевания. 5. Тяжелые сопутствующие заболевания, препятствующие проведению медицинской реабилитации: некупируемые нарушения ритма и проводимости сердца, опасные для жизни; некупируемая артериальная гипертензия с высокими показателями АД; 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. 6. Психические заболевания, слабоумие, эпилепсия с частыми припадками, изменения личности (декомпенсация или нестабильное течение). 7. Все фор-

мы наркомании и алкоголизма (декомпенсация или нестабильное течение). 8. Кровотечения различного происхождения (часто повторяющиеся и обильные). 9. Беременность, протекающая с осложнениями, требующими специализированного стационарного лечения. 10. Неустраненная компрессия спинного мозга или недостаточная консолидация перелома позвоночника. 11. Другие заболевания, препятствующие применению реабилитации, необходимой больным с ПСМТ. 12. Наличие двух факторов риска и более (пункты 1-11) является противопоказанием к проведению реабилитационных мероприятий. 13. Абсолютным противопоказанием к проведению реабилитационных мероприятий является отсутствие мотивации; степень мотивации к восстановлению поврежденных функций определяется по опроснику «Восстановление локуса контроля».

3. Не выполнено требование об объеме обследования больного (приложение 2 к КР): – 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 – (ЭНМГ/ЭМГ); – электрофизиологические методы исследования двигательных и чувствительных нарушений; мониторинг электроэнцефалограммы (ЭЭГ); – исследование функциональных возможностей кардиореспираторной системы – проведение тестов с дозированной нагрузкой, мониторинг АД и электрокардиограммы (ЭКГ); – 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 (МРТ), компьютерная томография (КТ), денситометрия, УЗИ; – исследование степени нарушения жизнедеятельности, а также влияния на нее факторов окружающей среды; – оценку РП по МКФ (Приложение 6); – комплексную оценку РП пациентов с ПСМТ (Приложение 7 табл. 13).

4. 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 VFМ;
- Модифицированная функциональная оценочная шкала активности и качества жизни;

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

5. 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, аскор-

биновая 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, дипиридамо́л); *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, амитриптилин, милнаципран); *противосудорожные 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; – ЛФК и массаж; – мануальная терапия.

6. 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 со-

четании с теплыми ваннами или грелками; Наружная стимуляция кишечника импульсными токами (СМТ); Электрофорез атропина.

7. Отказ в назначении или применении методик гидрокинезотерапии в зависимости от уровня поражения позвоночника.

8. 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 меддокументации 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-функциональным 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, пер-

вичному лечебно-тренировочному протезированию голени и бедра, связанных с наличием заболеваний: – перенесенный инфаркт миокарда (до 3 мес. с момента его возникновения) и нестабильная стенокардия; -стенокардия IV функционального класса (ФК), 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 культи 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 улучшения функционального состояния культуры; 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 культуры, локтевого и плечевую 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 медпомощи по поводу пороков и болезней культуры.

9. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации болезней и пороков культуры – фантомных болей культуры: 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 культуры – 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 культуры – остеомиелит культуры: УВЧ-терапия

(10-12 мин, ежедневно; курс лечения 5-7 процедур); СУФ-облучение (эритемные дозы) (ежедневно или через день, курс лечения 4-5 процедур ин одно поле); СВЧ-терапия (15 мин ежедневно, курс лечения 5-7 процедур); низкоинтенсивная лазеротерапия (до 20 мин. ежедневно, курс лечения 10-15 процедур); низкочастотная магнитотерапия (15-20 мин. ежедневно, курс лечения 10-15 процедур); ультрафонофорез дефиброзирующих препаратов (гиалуронидаза, коллалазин, ронидаза) (5-10 мин ежедневно, курс лечения 8-12 процедур); пелоидотерапия (30 мин. ежедневно, курс лечения 10-12 процедур); лечебная гимнастика и дозированная ходьба.

12. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации болезней и пороков культуры – болезненные и спаянные рубцы (размягчение, уплощение и рассасывание рубца): электрофорез ферментных препаратов (лидаза, гиалуронидаза, ронидаза, коллалазин, карипазим в 20 мл 50% ДМСО) (до 40 мин. ежедневно или через день; курс лечения 10-20 процедур, повторный курс электрофореза проводят через 1 мес.); ультрафонофорез ферментных препаратов (лидаза, гиалуронидаза, лонгидаза, солкосерил, коллагеназа, пруксол, контрактубекс (5-8 мин, курс 10-12 процедур); лазерная дермабразия; лазерная абляция; лазерная ангиофототермолизия (повторный курс проводят через 1 мес.); локальная криотерапия ^ Используют водосодержащие криоагенты (продолжительность ежедневных процедур контактными криоагентами составляет от 30 с до 3 мин, газовой (воздушной) от 1 до 5 мин., продолжительность курса от 3 суток до 4 недель; повторный курс через 1 мес.).

13. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации болезней и пороков культуры – лигатурные свищи: диадинамотерапия (ежедневно, курс лечения 8-10 процедур), амплипульстерапия (5 мин. ежедневно, курс лечения 8-10 процедур); высокочастотная магнитотерапия (10-15 мин. ежедневно, курс лечения 7-10 процедур);

оксигенотерапия (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 лечения 10-20 процедур); КУФ-облучение (2-4 биодозы (в среднем 1-2 мин) ежедневно, курс лечения 3-5 процедур); низкоинтенсивная лазеротерапия; хромотерапия; ультрафонофорез дефибрирующих препаратов.

14. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации болезней и пороков культуры – избыток мягких тканей и хронический венозный застой: компрессионное лечение; гидротерапия (15-20 ежедневных процедур); местная дарсонвализация (10-15 мин слабым искровым разрядом, ежедневно, курс лечения 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 длительностью 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 минут ежедневно, курс – 8-12 процедур); транскраниальная электроаналгезия (30-40 мин. ежедневно, курс 10-12 процедур) ; лечебный массаж (30 мин. ежедневно или через день, курс лечения 10-15 процедур); акупунктура (10-12 процедур); нНизкочастотная 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 лечения 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*: кинезотерапия; 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 декабря 2006 года № 61/106 была принята Конвенция ООН о правах инвалидов, закрепляющая основные права и свободы личности по отношению к людям с инвалидностью – первый всеобъемлющий договор в области

прав человека XXI столетия. Конвенция знаменовала смену парадигмы отношения и подходов к инвалидности и инвалидам. Конвенция изменяет само понимание инвалидности, признавая, что инвалидность – эволюционирующее понятие. Она является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими. 15 мая 2012 года вступил в силу Федеральный закон № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». Реализация положений Конвенции в Российской Федерации позволила улучшить качество жизни людей с ограниченными возможностями и членов их семей. Сегодня возникла необходимость включения в межведомственное взаимодействие по обеспечению прав инвалидов института страховых представителей системы ОМС, с которым связываются определенные перспективы и возможности нового – усовершенствованного уровня межведомственного взаимодействия по обеспечению прав инвалидов на полнообъемную, своевременную медицинскую реабилитацию надлежащего качества.

Список литературы

1. Абдрафикова Г.Х., Гурьева Н.А. Организация работы Центра восстановительной терапии для участников локальных военных конфликтах // Педиатр.-2012.- Том III, №1.- С. 59-61.
2. Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов/ Под ред. д.м.н. Юдина В.Е. – М.: Изд. 2014. – 181 с.
3. Актуальные вопросы межведомственного взаимодействия при реализации Индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида: материалы научно-практической конференции в рамках мероприятий государственной программы «Доступная среда».- СПб: ООО «ЦИАЦАН», 2015. – 188 с.
4. Арпентьев Ю.Е., Арпентьева М.Р. Проблемы реабилитации военного стресса // Экстремальные ситуации природного характера: проблемы, факторы, последствия: Сборник материалов Международной научно-практической интернет-конференции, 2016. – С. 77–100.
5. Байрамукова Ф.А. Комплексное исследование инвалидности вследствие травм в Карачаево-Черкесской республике и совершенствование медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации: Автореф. дис... канд. мед. наук.- М., 2014. – 27 с.
6. Барановская Е.Н., Бронников В.А., Буйлова Т.В. и др. Клинические рекомендации по проведению дистанционно контролируемой реабилитации (ДКР) для пациентов со спастическим гемипарезом вследствие перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) или черепно-мозговой травмы (ЧМТ) / Под ред. проф. Ивановой Г.Е.- М., 2019.- 66 с.
7. Баумгартнер Р., Ботта П. Ампутация и протезирование нижних конечностей. Перевод с немецкого. М., Медицина, 2002: 504 с.
8. Басова Л.А., Басов А.Н., Васильченко Е.М. Психические расстройства у пациентов после ампутации нижней конечности. Психотерапевтические и фармакологические аспекты оптимизации первичного протезирования // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.- 2012.- № 4. – С. 50-55.

-
9. Белевитин А.Б., Фесюн А.Д., Божченко А.А., Сухонос Ю.А., Федосеев В.М. Медицинская реабилитация в системе медицинского обеспечения силовых структур Российской Федерации: методологические, исторические и организационные аспекты // Медицина катастроф. – 2011. – № 1. – С. 26–28.
 10. Белевитин А.Б., Фесюн А.Д., Божченко А.А., Сухонос Ю.А., Федосеев В.М. Современные взгляды на медицинскую реабилитацию лиц опасных профессий // Медицина катастроф. – 2011. – № 2. – С. 14–17.
 11. Белозеров Г.М., Джурко В.В., Клименко Г.Я. и др. Реабилитация участников боевых действий: история, современное состояние, перспективы развития // Экология человека. – 2004. – № 4. – С. 40–45.
 12. Бесчастнов В.В. Особенности лечения боевой травмы конечностей у военнослужащих блока НАТО в период вооруженных конфликтов на территории Ирака и Афганистана (обзор литературы) // Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костюченка. – 2021. – Том 8, № 3. – С. 6–10.
 13. Бобров М.П., Войтенков В.Б., Екушева Е.В. Перспективные направления применения терапевтической транскраниальной магнитной стимуляции в клинической неврологии (научный обзор) // Физическая и реабилитационная медицина. – 2023. – Т. 5. – № 1. – С. 72–82.
 14. Боевая травма: медико-социальная реабилитация: Практическое руководство /под ред. Г. Н. Пономаренко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 304 с.
 15. Болотов Д.Д., Юдин В.Е., Поправка С.Н., Стариков С.М. Приоритетные проблемы пациентов с ампутациями в результате травматического отчленения нижних конечностей. Вестник восстановительной медицины, 2016.-№ 3.- С. 52 – 57.
 16. Болотов Д.Д. Профилактика осложнений в зависимости от уровня ампутации (экзартикуляция) нижней конечности // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2020. – №1. – С.25–29.
 17. Бонкало Т.И. Комплексная реабилитация участников специальной военной операции на Украине: дайджест январь-февраль 2023 [Электронный ресурс]. – М.: ГБУ «НИИ-ОЗММ ДЗМ», 2023. – 39 с.

-
18. Буйлова Т.В., Болотов Д.Д. Организация процесса реабилитации пациентов с ампутациями конечностей с позиции современной концепции физической и реабилитационной медицины. //Вестник восстановительной медицины. -2020. -Т. 96, №2.- С. 7-12.
 19. Булавин В.В., Кальманов А.С., Ворона А.А., Амиров А.М., Соболенко А.К. Врачебно-экспертные исходы у военнослужащих, раненных в конечности в ходе локальных вооружённых конфликтов и проведения контртеррористических операций //Медицина катастроф. – 2018.- Том 102, № 2.- С. 25–29.
 20. Булгаков А.В., Митасова Е.В. Психологическая реабилитация: возвращение к реальности: монография /; под общ. ред. А.В. Булгакова. – М.: ИИУ МГОУ, 2018. – 148 с.
 21. Булгаков Н.П., Запесоцкая И.В. Совладающее поведение людей с ампутацией нижних конечностей : социально -психологический аспект //Научные ведомости.- Серия Гуманитарные науки, 2017. – № 28, выпуск 36.- С. 172-178.
 22. Булгаков Н.П. Особенности совладающего поведения людей с ампутацией нижних конечностей //Коллекция гуманитарных исследований. Электронный научный журнал www.j-chr.com. Психологические науки. -2016.- № 3.- С. 63-73.
 23. Бурлак А.М. Разработка системы организационных мероприятий и оптимизированных технологий медицинской реабилитации раненых с вертеброгенными осложнениями боевой травмы верхних конечностей в условиях реабилитационного центра: Дисс. ... доктора мед.наук.- Москва, 2012.- 299 с.
 24. Васильченко Е.М., Косарев В.А., Жатько О.В., Степанова Е.Ю. Значимость применения предиктора мобильности ампутантов в практике первичного протезирования // Медицина в Кузбассе.- 2019.- Том 18, №2.- С. 76-8020.
 25. Войновский Е.А., Пильников С.А., Ковалёв А.С. и др. Результаты ампутаций нижних конечностей в современных вооруженных конфликтах. Болезни и пороки культей //Медицинский вестник МВД.-2015.- № 5.- С. 10-14.
 26. Воротников А.А., Ключко С.В., Марков Н.Н. Порочные и проблемные культы нижних конечностей (частота встречаемости, причины образования). возможности повышения клинической эффективности реабилитации инвалидов //Медицинский вестник Северного Кавказа.- 2010.- № 1.- С. 29-33.
 27. Горбатенкова А.И., Бондаренко В.И. Разработка и реализация макета бионического

-
- протеза кисти руки // Вестник ДонНУ. Серия Г: Технические науки. – 2022.–№ 4.- С. 27-33.
28. Гордиевская Е.О., Овчинников Б.В. Индивидуально-психологические особенности инвалидов с ампутациями конечностей как значимый фактор их реабилитации // Вестник Санкт-Петербургского университета.- 2008.- Сер. 12, вып. 2.- С. 339-344.
29. Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М., Трусов А.А., Северин В.В. Принципы организации оказания хирургической помощи и особенности структуры санитарных потерь в контртеррористических операциях на Северном Кавказе (сообщение первое) // Военно-медицинский журнал. – 2005. – № 1. – С. 4– 13.
30. Гуманенко Е.К., Козлов В.К. Политравма: травматическая болезнь, дисфункция иммунной системы. Современная стратегия лечения. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 608 с.
31. Дьяконов И.Ф., Маркосян С.Е., Тегза В.Ю., Резункова О.П. Технологии медико-психологической реабилитации военнослужащих // Сбережение Народа России и его интеллекта как условие успешности российского государства!- СПб., 2020.- С. 237-244.
32. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Реабилитация в травматологии и ортопедии. 2-е изд., перераб. и дополнений. М., ГЭОТАР-Медиа, 2015: 416 с.
33. Епифанов В.А. и Епифанов А.В. Реабилитация в травматологии и ортопедии.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.- 560 с.
34. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 568 с.
35. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура в системе медицинской реабилитации: Национальное руководство.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.- 896 с.
36. Есипов А. В., Мусаилов В.А., Абдулаев Х.Р. и др. Величина и структура изолированных ранений конечностей в современных локальных конфликтах (Обзор литературы) //Военно-медицинский журнал.- 2023.- № 3.- С. 33-38.
37. Жианну К., Балдан М. Военно-полевая хирургия: работа хирургов в условиях ограниченности ресурсов во время вооружённых конфликтов и других ситуаций насилия. Том 1.- МККК, 2010.- 378 с.
38. Жианну К., Балдан М., Молде А. Военно-полевая хирургия: работа хирургов в условиях ограниченности ресурсов во время вооружённых конфликтов и других ситуаций

-
- насилия. Том 2.- МККК, 2013.- 675 с.
39. Живолупов С.А., Самарцев И.Н., Коломенцев С.В. Патогенетические механизмы травматической болезни головного мозга и основные направления их коррекции // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – № 10. – С. 42–44.
 40. Журавский А.Ю., Бодяков М. И. Динамика результатов использования комплексной программы реабилитации для коррекции осанки у людей с ампутацией нижних конечностей //Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2018. – № 2 (9). – С. 113-127.
 41. Золоев Г.К. Королев С.Г. Берман А.М. Обоснование классификатора стандартов протезирования конечности после ампутации вследствие травмы //Политравма.- 2007.- № 1.- С. 53-58.
 42. Иванов А.Л., Рубцов В.В., Жуматий Н.В., Давлетшина М.В. Психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях в Чеченской республике и их медико-психолого-социальная коррекция. // Консультативная психология и психотерапия.- 2003.- Том 11, № 4. – С. 146–162
 43. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Белкин А. Как организовать медицинскую реабилитацию? Вестник восстановительной медицины, 2018: 2(84): 2 – 12.
 44. Инвалидность и реабилитация: материалы научно-практической конференции с международным участием в рамках мероприятий государственной программы «Доступная среда», Санкт-Петербург, 24-25 ноября 2016 года. – Москва, 2016. – 370 с.
 45. Казначеев Л.Н., Кудряшов В.Э., Иванов А.М. Ампутации нижних конечностей: еще одна угроза ишемической болезни сердца. М., ООО Издательский центр «Федоров», 2000: 76 с.
 46. Как преодолеть психотравму и восстановить душевное равновесие. Методическое пособие по психотравмотерапии /Под ред. Л.В. Мищенко. Пятигорск – Вет: РИА-КМВ, 2012.- 328 с.
 47. Калачинская О.А., Васильева О. С. Экзистенциальный подход в процессе реабилитации – необходимое условие для восстановления социального здоровья личности //Северо-Кавказский психологический вестник. 2009.-№2. -С. 66-72.
 48. Каменченко П.В. Психические нарушения при травматических ампутациях конечностей.
-

-
- стей (клиника, динамика, типология и терапия): Автореф. дис... канд.мед.наук.- М., 1992.- 20 с.
49. Караяни А.Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий.- М., 2003.- 80 с.
50. Караяни Ю. М. Социально-психологическая реабилитация инвалидов боевых действий.- Диссертация ... докт. психолог. наук .- Москва, 2015.- 343 с.
51. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебник для студентов медицинских ВУЗов. – СПб.: Питер, 2002. – 1024 с.
52. Кардаш А.М., Листратенко А.И., Кардаш К.А. Боевая травма черепа и головного мозга при военных действиях в мегаполисе / Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. – № 10. – С. 58–60.
53. Конвенция ООН о правах инвалидов.- Уполномоченный по правам человека в Санкт-Петербурге.- СПб., 2020.- 38 с.
54. Клемешева Ю.Н., Воскресенская О.Н. Реабилитационный потенциал и его оценка при заболеваниях нервной системы //Саратовский научно-медицинский журнал.- 2009.- Том 5, № 1.- С. 120-123.
55. Клячкина Н.Л. Методы и техника социально-психологической реабилитации ветеранов боевых действий // Вестник Самарского государственного технического университета. Серия: Психолого-педагогические науки.- 2015.- С114.-121.
56. Кирсанова А.А. Клинико-организационные аспекты совершенствования медицинской реабилитации военнослужащих.- Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- СПб., 2019.- 16 с.
57. Коробенков Н.О., Кочетов С.С., Григоров П.А. Бионическое протезирование конечности //Сибирский медицинский журнал (Иркутск).- 2019.- № 3.- С.22-27.
58. Королев А.А., Соболевская Ю.А., Рудакова С.М. и др. Медицинская реабилитация: учебное пособие. – СПб.: Политехника-сервис., 2014 – 184 с.
59. Королев С.Г. Батискин С.А. Золоев Д.Г. Васильченко Е.М. Анализ контингента инвалидов и результаты первичного протезирования нижних конечностей //Политравма.- 2011.- № 1.- С. 60-64.
60. Кривенко С.Н., Шпаченко Н.Н., Золотухин С.Е., Попов С.В., Романчук С.А. Патогенез травматической болезни при сочетанной травме опорно-двигательного аппарата (обзор

-
- литературы) //Вестник неотложной и восстановительной хирургии.- 2021.- Том 6, № 2.- С. 91-105.
61. Круглов А.В. Антропология киборга: Руководство по протезированию верхних конечностей. – Москва: Эксмо, 2023. – 352 с.
62. Кульчицкий В.Е., Можаяева А.В. Использование методов лечебной физической культуры при реабилитации (для раненых и пострадавших)// Научный аспект.- 2021.- Т.4, № 2.- С. 479-484.
63. Куницкий Ю.Л., Гринцов А.Г., Харьковский В.А. и др. Особенности боевой травмы во время локального вооруженного конфликта в Донбассе // Вестник неотложной и восстановительной хирургии.- 2019,- Том 4, № 3.- С. 47-50.
64. Курдыбайло С.Ф. Повышение эффективности реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы, перенесших ампутации конечностей: Методическое пособие.– СПб.: «Человек и здоровье», 2006. – 86 с.
65. Лашенов Г.В. «Минно-взрывная травма в условиях вооруженного конфликта (особенности клиники, диагностики, организации лечения).- Автореф. дис. .. канд. мед. наук. – Р.-н-Д., 1999. -23 с.
66. Лёвкин В.Г., Лещкая О.А. Характеристика инвалидности вследствие травм и увечий, полученных в ходе Специальной военной операции, и реабилитационные мероприятия // Физическая и реабилитационная медицина. – 2022. – Т. 4. – № 4. – С. 7-16.
67. Леушина Е.А., Богданова О. В., Васильева А.А. Медицинская реабилитация в годы Великой отечественной войны //II международная научно-практическая конференция МЦНС «Наука и просвещение».- Пенза, 2020.- С. 122-124.
68. Лищук А.Н., Колтунов А.Н., Карпенко И.Г. и др. Возможности гибридного комплекса в лечении пострадавших и раненных // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2022. – №4. С. 1-4.
69. Мазаев М.С., Мальчевский В.А., Аксельров М.А., Данилова А.В. Общие принципы и технологии реабилитации пациентов с ампутационной культей бедра (обзор литературы) //Вятский медицинский вестник.- 2019.- №3.- С.84-91.
70. Мазаев М.С. Комплексная реабилитация мужчин 50-60 лет с последствиями посттравматической ампутации нижней конечности на уровне бедра.- Автореф. дисс. ... канд.
-

-
- мед.наук.- М., 2018,- 24 с.
71. Магамадов А.Х. Хирургическое лечение пострадавших с минно-взрывными ранениями живота при террористических актах: Дисс. ... канд.мед.наук.- Ростов-на-Дону, 2017.- 128 с.
 72. Магарамов М.А., Халилюлин Р.И., Исаханова М.М. Минно-взрывные поражения: учебно-методическое пособие.- Махачкала, 2010.- 54 с.
 73. Маликова Л.А. Психологическая реабилитация лиц с ампутациями конечностей: теоретический обзор //Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие».- 2018.- Том 6, № 2.- С. 343-360.
 74. Маньяков Р.Р. Научное обоснование совершенствования медико-социальной реабилитации участников контртеррористических операций, получивших боевые черепно-мозговые травмы (на примере Тамбовской области).- Диссертация ... канд.мед.наук.- Тамбов,2016.-190 с.
 75. Масляков В.В., Барсуков В.Г., Куркин К.Г. Особенности оказания медицинской помощи при огнестрельных ранениях груди в условиях локального вооруженного конфликта // Медицина экстремальных ситуаций.- 2018.- Т. 20, №1.- С. 48-59.
 76. Медицина в годы Великой Отечественной войны: материалы III научно-теоретической конференции с международным участием (Курск, 15 мая 2020 г.). – Курск : КГМУ, 2020 – 627 с.
 77. Медицина в годы Великой Отечественной войны: материалы IV научно-теоретической онлайн-конференции с международным участием (Курск, 18 мая 2021 г.) – Курск: КГМУ, 2021.- 381 с.
 78. Медицинская реабилитация раненых и больных.- СПб.: Специальная литература, 1997.- 960 с.
 79. Медицинская реабилитация /Под ред. А. В. Епифанова, Е. Е. Ачкасова, В. А. Епифанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 672 с.
 80. Медицинская реабилитация раненых и больных.- СПб.: Специальная литература, 1997.- 960 с.
 81. Методические рекомендации по лечению боевой хирургической травмы.- Москва: Главное военно-медицинское управление Министерства обороны РФ, 2022.- 373 С.

-
82. Назарько Н.А. Этика общения с людьми, имеющими инвалидность: памятка-рекомендация.- Таганрог: ЦГПБ ЦЕМ, 2013. – 31 с.
 83. Оприщенко А.А., Штутин А.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика открытых боевых повреждений нижних конечностей в условиях военного конфликта в Донбассе // Университетская Клиника.- 2018,- № 1 – С. 20-25.
 84. Оприщенко А.А. Организация и тактика травматологической помощи при открытых боевых повреждениях нижней конечности в условиях военного конфликта в Донбассе – Диссертация ... докт.мед.наук.- Донецк, 2019.- 301 с.
 85. Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации. – СПб., НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева 2022. – 36 с.
 86. Панасенко С.Л. Оценка качества медицинской помощи больным и инвалидам с последствиями военной травмы опорно-двигательной системы в условиях головного ведомственного лечебного учреждения // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – №1. – С. 55–55. 123.
 87. Панасенко С.Л. Разработка и научное обоснование системы медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие военной травмы опорно-двигательной системы в условиях ведомственного здравоохранения (МВД России)% Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 2009. – 56 с.
 88. Пильников С.А. Лечение раненых с отрывами нижних конечностей при минно-взрывных ранениях: Дисс. ... канд.мед.наук.- Москва, 2020.- 134 с.
 89. Повышение эффективности реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы, перенесших ампутации конечностей: Методическое пособие: / Под ред. д-р. мед. наук С.Ф. Курдыбайло, д-р. мед. наук К.К. Щербины; ФГУ «СПб НЦЭР им. Альбрехта».- СПб.: Изд-во «Человек и здоровье», 2006. -86 с.
 90. Пузин С.Н., Гришина Л.П., Исаенко С.И., Анисимов Ю.Л. Закономерности формирования первичной инвалидности у лиц молодого возраста 174 в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2005. – № 4. – С. 24–27.
 91. Пузин С.Н., Меметов С.С., Шургая М.А. и др. Реабилитация участников боевых действий: посттравматический стрессовый синдром //Медико-социальная экспертиза и

-
- реабилитация. – 2016.- Т. 19, № 2.- С.60-63.
92. Рагозин А.В. Интеграция военно-медицинских служб и гражданского здравоохранения как ключевое условие оказания медицинской помощи военнослужащим и населению в случае масштабного военного конфликта // Национальная безопасность / nota bene. – 2022. – № 5.
93. Рагузин Е.В. Влияние средств индивидуальной бронезащиты на безопасность военнослужащих.- Автореф. дисс. ... канд мед. наук- СПб., 2018.- 26 с.
94. Реабилитация инвалидов: национальное руководство / под ред. Г. Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 736 с.
95. 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: ТФОМС Свердловской области, МЗ Свердловской области, 2022.- 37.
96. Руднев А.И. Медицинская реабилитация военнослужащих после минно-взрывной травмы: Дисс. ... канд.мед.наук.- Москва, 2012.- 122 с.
97. Руководство по протезированию и ортезированию /Под ред. А.Н. Кейера, А.В. Рожкова. – СПб.: Крис- мас-плюс, 1999. – 624 с
98. Руководство по протезированию и ортезированию. Под редакцией Дымочки М.А., Суховерковой А.И., Спивака Б.Г. 3-е изд., перераб. и дополнений, в 2-х томах. М., 2016: 1: 607 с.; 2: 456 с.
99. Русева С.В., Пономаренко Г.Н., Русев И.Т., Дергачёв В.Б. Эффективность медицинской реабилитации раненых военнослужащих в вооружённых конфликтах // Вестник Российской Военно-медицинской академии .- 2014.- № 1.- С. 116-120.
100. Самохвалов И.М., Крюков Е.В., Бадалов В.И., и др. Десять хирургических уроков начального этапа военной операции //Военно-медицинский журнал.- 2023.- № 3.- С. 33-38.
101. Самыличев А.С., Бахарев Ю.А., Морозов А.М. и др. Основные положения адаптивной физической культуры: учебно-метод. пособие. – НН: ННГУ им. Н.И. Лобачевского, 2022. – 88 с.
102. Сергеев С.В. Ампутации нижних конечностей и протезирование //Практическая меди-

-
- цина.- 2021.- Т. 19, № 3, С.126-128.
103. Система комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности.- Диссертация докт.мед наук.- СПб., 2020.- 321 с.
 104. Смирнова Л.М. Проблемные вопросы объективизации оценки эффективности протезирования и ортезирования пациентов с патологией нижних конечностей // Биотехносфера.- 2009.- № 1.- С. 49-54.
 105. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / Под ред. А. Л. Журавлева, Т. Л. Крюковой, Е. А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – 474 с.
 106. Солодимова Г.А., Спиркин А.Н., Саракуца С.В. Роботизированный комплекс для реабилитации инвалидов с ампутацией нижних конечностей // Модели, системы, сети в экономике, технике, природе и обществе. – 2019. – № 4 (32). -С. 96-103.
 107. Суляев В.Г., Смирнова Л.М. Значимость новых безгипсовых технологий раннего первичного протезирования как неотъемлемой части медицинской реабилитации инвалидов после ампутации голени и бедра // Медицина в Кузбассе.- 2018.- Том 17, №2.- С. 14-20.
 108. Техника и методики проведения физиотерапевтических процедур. Справочник под редакцией Боголюбова В.М. М., Издательство БИНОМ, 2017: 464 с.
 109. Товпеко Д.В., Коровин А.Е., Чурилов Л.П. Научно-историческое наследие исследований эффективности физической реабилитации раненых и пострадавших в годы Великой войны 1914–1918 гг. // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения.- СПб., 2018.- С. 1225-1236.
 110. Товпеко Д.В., Коровин А.Е., Чурилов Л.П. и др. Лечебная физическая культура: исторический очерк и опыт применения для лечения раненых в годы Великой отечественной войны // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения.- СПб., 2019.- С. 996-1005.
 111. Тришкин Д.В., Пономаренко Г.Н., Мерзликін А.В и др. Организация медико-психологической реабилитации военнослужащих: современное состояние и перспективы развития //Военно-медицинский журнал- 2016.- № 8.- С. 4-15.
 112. Тришкин Д.В. Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации в
-

-
- условиях проведения специальной военной операции и частичной мобилизации: итоги деятельности и задачи на 2023 год // Военно-медицинский журнал, 2023.- № 1.- С. 4-24.
113. Тришкин Д.В., Серговец А.А., Юдин В.Е. и др. Современная система реабилитации и абилитации военнослужащих с ампутацией конечностей // Военно-медицинский журнал, 2023.- № 2.- С. 4-12.
114. Тюрин В.П., Ключев В.М., Васильев В.В. Патология внутренних органов у раненых в локальных военных конфликтах // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова.- 2010.- Т. 5, № 4. – С. 101-104.
115. Тягнерев А.Т., Ковлен Д.В., Кочергин И.А., Безкицкий Э.А. Особенности медицинской реабилитации после лечения в стационарных условиях льготного контингента Министерства обороны РФ // Научно-практическая конференция «Эффективное управление и контроль в здравоохранении», г. Санкт-Петербург 11.03.2022 г.- С.107-114.
116. Улащик В.С. Физioterapia. Новейшие методы и технологии. Справочное пособие. Мн.: Книжный Дом, 2013. 448 с.
117. Указания по военно-полевой хирургии.- Москва: Главное военно-медицинское управление Министерства обороны РФ, 2000.- 198 С.
118. Уразбахтина Ю.О., Камалова К.Р., Морозова Е.С. Бионические протезы верхних конечностей: сравнительный анализ и перспективы использования // Международный научно-исследовательский журнал.- 2022.- № 1,- Часть .- С.125-130.
119. Утюганов А.А. Особенности смысловой сферы военнослужащих, переживших боевой стресс: Автореф. Дис. ... канд. психол. наук.- Томск, 2011 – 22 с.
120. Федорковский С.А., Мироненко Т.В., Манацкова М.Ю. Клинические особенности минно-взрывной травмы с повреждением головного мозга // Смоленский медицинский альманах. -2016.- С.264-267.
121. Физическая и реабилитационная медицина: Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 688 с.
122. Физическая и реабилитационная медицина: Национальное руководство: 2 изд. перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 912 с.
123. Фисун А.Я, Щегольков А.М, Юдин В.Е., Пономаренко Г.Н. Медицинская реабилитация в Вооруженных Силах: истоки, современное состояние и перспективы // Военно-меди-

-
- цинский журнал- 2014.- № 8.- С. 4-15.
124. Хадарцев А.А., Стариков Н.Е., Грачев Р.В. Профессиональный стресс у военнослужащих (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий – 2020 – Т. 27, № 2 – С. 74–82.
125. Хажалиев Р.В. Интенсивная терапия раненых с минно-взрывной травмой из числа гражданского населения при террористических актах: Автореф. Дис. ... канд. мед. наук.- Ростов-на-Дону, 2010.- 23 с.
126. Хмиль А.Я., Щегольков А.М., Белов Д.Ф., Молчанов Б.А. Особенности проведения медицинской реабилитации в условиях многопрофильного стационара //Военно-медицинский журнал.- 2019.-№ 3.-С.65-67.
127. Хохлова О.И., Васильченко Е.М. «Бремя опекуна» и психологическое напряжение у лиц, ухаживающих за инвалидами с травматической болезнью спинного мозга //Физическая и реабилитационная медицина.- 2023.- Т. 5. – № 1. – С. 31-40
128. Хозяинова С.С. Бальнеотерапия в медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями дыхательной системы // Актуальные вопросы лечения заболеваний внутренних органов у военнослужащих.- СПб, 2022.- С. 161-163.
129. Хубутя Б.Н. Научное обоснование совершенствования системы социальной защиты инвалидов войны на основе комплексного медико-социального исследования инвалидности, состояния их здоровья, образа и качества жизни: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. -Москва, 2009. – 56 с. 171.
130. Хубутя Б.Н. Характеристика медицинского обслуживания инвалидов войны // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 3. – С.36-40.
131. Цыкунов М.Б. Шкалы оценки нарушений при патологии опорно-двигательной системы с использованием категорий международной классификации функционирования. Дискуссия. //Вестник восстановительной медицины. -2019.-№2.- С. 2-12.
132. Чекулаева Л.В., Переверзева И.В., Кирьянова Л.А., Кодрашкин Е.Н. Профилактика и реабилитация заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата средствами физической культуры : учебное пособие.- Ульяновск: УлГТУ, 2020. – 218 с.
133. Чиж И.М., Иванов В.Н., Голов Ю.С., Щегольков А.М. Становление и перспективы развития медицинской реабилитации в Вооруженных Силах Российской Федерации // Во-
-

-
- енно-медицинский журнал. 2000. № 1. С. 4–15.
134. Шакула А.В., Требина Н.П., Косов В.А., Свист Н.В. Методические аспекты развертывания центра медицинской реабилитации на базе военной санаторно-курортной организации // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. - 2021. - Т.3, №4 - С. 393–398.
135. Шведовченко И.В., Шихмагомедов А.А., Шапиро К.И. Некоторые особенности патологии опорно-двигательного аппарата и тактики врача у пациентов, перенесших ампутацию конечностей // Травматология и ортопедия России. - 2006. - №1. - С. 38-41.
136. Шестаков В.П., Свинцов А.А., Чернякина Т.С. и др. Реализация положений Конвенции ООН о правах инвалидов в области абилитации и реабилитации инвалидов в Российской Федерации // Инвалидность и реабилитация: материалы научно-практической конференции с международным участием в рамках мероприятий государственной программы «Доступная среда», Санкт-Петербург, 24-25 ноября 2016 года. – Москва, 2016. – С. 25-31.
137. Шиляев В.А. Совладающее поведение у лиц с ограниченными возможностями здоровья с разными типами отношения к болезни // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. -2016. -Вып.3.-С. 115–121.
138. Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. Базовые принципы медицинской реабилитации, реабилитационный диагноз в категориях МКФ и реабилитационный план. // Вестник восстановительной медицины. - 2017. - № 2. - С. 16-23.
139. Щегольков А.М., Ярошенко В.П., Рыбников О.Н. Комплексная медицинская реабилитация раненых с травматической болезнью, получивших ранения в ходе локальных военных конфликтов // Актуальные проблемы медицинской реабилитации / Сб. научных трудов 6 ЦВКГ МО РФ. Т. 5. – М., 2005. – С. 196-199.
140. Щелкова О.Ю., Яковлева М.В. Усманова Е.Б. и др. Психологическая адаптация и качество жизни пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности в связи с онкологическим заболеванием // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. -2022.- Т. 56, № 1.- С. 79-94.
141. Юдин В.Е., Поправка С.Н., Ярошенко В.П., Болотов Д.Д. Медицинская реабилитация раненых с ампутационными дефектами нижних конечностей. Военно-медицинский

-
- журнал, 2014: 335(8): 52 – 54 с.
142. Юдин В.Е., Лямин М.В., Симбердеев Р.Ш. и др. Особенности медико-психологической реабилитации военнослужащих спецконтингентов //Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов.- М.: 2014. – С. 170-171.
143. Юдин В.Е., Матвиенко В.В., Бурлак А.М. Поэтапная комплексная система реабилитации военнослужащих, получивших боевую травму //Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов.- М.: 2014. – С. 175-176.
144. Юдин В.Е., Матвиенко В.В., Бурлак А.М. Современные методы медицинской реабилитации военнослужащих с боевой травмой верхних конечностей //Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов.- М.: 2014. – С. 181-182.
145. Янов Ю.К., Гречко А.Т. Боевые повреждения в локальных войнах. Травма головного мозга, слуховой и вестибулярной системы при взрывах (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2001. – 395 с.
146. Ярошенко В.П., Рыбников О.Н., Щегольков А.М. Медико-психологическая реабилитация военнослужащих, участвующих в локальных конфликтах // Актуальные проблемы медицинской реабилитации / Сб. научных трудов 6 ЦВКГ МО РФ. Т.5. – М., 2005. – С. 175-179.
147. Ярошенко В.П., Матюшина Т.Ф. Организация клинко-экспертной работы в реабилитационном центре //Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов.- М.: 2014. – С. 181-182.
148. Ярошенко В.П., Юдин В.Е., Поправка С.Н. и др. Медицинская реабилитация военнослужащих с последствиями минно-взрывных ранений в условиях реабилитационного центра //Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов.- М.: 2014. – С. 184-185.

Приложение 1

Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002)

(Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (2022)).

Опросник на скрининг ПТСР – краткий опросник, состоящий из 10 вопросов, отражающих симптомы вторжения и физиологического возбуждения, позволяющий провести скрининг ПТСР. Он состоит из 10 вопросов, отражающих симптомы вторжения (интрузии) и физиологического возбуждения, с вариантами ответа да/нет. Для положительного ответа, каждый из симптомов должен быть отмечен по крайней мере дважды на прошлой неделе.

Инструкция: Эта анкета связана с вашими личными реакциями на травматическое событие, которое случилось с вами.

Ниже указаны некоторые реакции, которые иногда возникают у людей после травматического события. Пожалуйста, ответьте «Да», если вы испытывали следующие симптомы по крайней мере дважды на прошлой неделе.

№		Да	Нет
1.	Тяжелые мысли или воспоминания о событии приходили мне в голову против моей воли		
2.	Мне снились тяжелые сны о том, что со мной случилось		
3.	Я вдруг замечал(а), что действую и чувствую себя так, как будто бы ситуация повторяется снова		
4.	Когда что-то напоминает мне об этом событии, я чувствую себя подавленным		
5.	Когда что-то напоминало мне о случившемся, я испытывал(а) неприятные физические ощущения (потливость, сбой дыхания, тошноту, учащение пульса и др.)		
6.	У меня нарушен сон (трудности засыпания или частые пробуждения)		
7.	Я чувствовал(а) постоянное раздражение и гнев		
8.	Мне было сложно сосредоточиться		
9.	Я стал более осведомлен о потенциальных опасностях для себя и других		
10.	Я все время был(а) напряжен(а) и вздрагивал(а), если что-то внезапно пугало меня		

Обработка и интерпретация результатов.

Если балл, полученный по опроснику, равен или превышает 6, то испытуемого следует отнести к группе риска.

Опросник зарекомендовал себя как хороший скрининговый инструмент для выявления симптомов ПТСР. Однако, для постановки диагноза или верификации симптомов результаты должны быть подтверждены с помощью клинического интервью и дополнительных тестовых методик.

Приложение 2

Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД)

(Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (2022)).

Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД) включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям DSM-IV (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т.д.). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом модуле даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору при необходимости перейти к беседе по другому блоку вопросов. Так, при диагностически значимых ответах на вопросы, направленные на критерий А – наличия в опыте респондента травматического события, – интервьюер задает вопросы из следующих блоков, позволяющие получить информацию об уровне выраженности симптоматики, относящейся к другим критериям ПТСР

Модуль I. «Посттравматическое стрессовое расстройство»

Инструкция. В беседе задайте пациенту указанные вопросы, обведите ДА или НЕТ. Если обведен ответ НЕТ* со звездочкой стрелкой, интервью завершается, констатируется отсутствие ПТСР.

№	Вопрос			№ вопр.
I1	Участвовали ли Вы, имели отношение или были очевидцем экстремальных травматических событий, которые были бы связаны с серьезными травмами, реальной смертью или угрозой смерти по отношению к Вам или кому-то другому? Примеры травматических событий: серьезная авария, сексуальное или физическое насилие, террористический акт, пребывание в заложниках, похищение, ограбление, пожар, обнаружение трупа, неожиданная смерть, война, природные катаклизмы.	Нет*	Да	1
I2	В течение последнего месяца, переживали ли Вы заново это событие (например, в мыслях, интенсивных воспоминаниях или физических реакциях)?	Нет*	Да	2
I3	В течение последнего месяца:			
a	Избегали ли Вы думать об этом событии, избегали ли Вы вещей, напоминающих Вам о нем?	Нет	Да	3
b	Трудно ли Вам вспоминать о каком-либо важном аспекте произошедшего события?	Нет	Да	4
c	Снизился ли Ваш интерес к хобби или выполнению социальных обязательств?	Нет	Да	5
d	Чувствовали ли Вы себя одиноким или оторванным от других?	Нет	Да	6
e	Заметили ли Вы, что Ваши переживания стали чаще?	Нет	Да	7
f	Нет ли у Вас ощущения, что эта травма сократила Вам жизнь?	Нет	Да	8
	ИМЕЕТСЯ ЛИ 3 ИЛИ БОЛЕЕ ОТВЕТОВ ДА В I3?	Нет*	Да	
I4	В последний месяц:			
a	Есть ли у Вас трудности со сном?	Нет	Да	9
b	Были ли Вы особенно раздражительны, злы или вспыльчивы?	Нет	Да	10
c	Трудно ли Вам было сконцентрироваться?	Нет	Да	11
d	Вы были нервным или постоянно напряженным?	Нет	Да	12
e	Легко ли Вас было испугать?	Нет	Да	13
	ПОЛУЧЕНЫ ЛИ ОТВЕТЫ ДА НА 2 ИЛИ БОЛЕЕ ВОПРОСОВ ИЗ I4?	Нет*	Да	
I5	На протяжении последнего месяца влияли ли эти проблемы существенно на Ваши рабочие обязанности, социальные обязательства, вызывали ли существенное недомогание?	Нет	Да	14
	ОТМЕЧЕНО ЛИ I5 КАК ДА? “Да” – ПТСР в настоящее время.	Нет	Да	
	Ответ: «Нет *» – ПТСР в настоящее время нет.			
