

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ»

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Сборник научных статей

Основан в 1999 году

Выпуск 25

Под общей редакцией заслуженного деятеля науки Республики Беларусь,
доктора медицинских наук, профессора В. Б. Смычка

Минск
«Колорград»
2023

УДК[616-036.865+616-039.76](082)

В сборнике отражены результаты научных исследований и практической деятельности организаций здравоохранения и других организаций по проблемам медицинской экспертизы, реабилитации, профилактики, эпидемиологии, а также другим вопросам, косвенно освещающим названные проблемы.

Материал систематизирован в трех крупных разделах.

Опубликованные материалы представляют научный и практический интерес для широкого круга специалистов, занимающихся проблемами медицинской экспертизы и реабилитации.

Р е ц е н з е н т ы:

доктор медицинских наук, профессор кафедры
медицинской реабилитации Гродненского государственного
медицинского университета *Л. А. Пирогова*;
кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой
медицинской реабилитации Белорусской медицинской
академии последиplomного образования *Г. А. Емельянов*

*За точность и достоверность изложенного материала
несут ответственность авторы статей*

ISBN 978-985-896-573-0

© РНПЦ медицинской экспертизы
и реабилитации, 2023
© Оформление. ООО «Колорград», 2023

ВВЕДЕНИЕ

Время идет быстро и вот у Вас в руках очередной, 25-й выпуск сборника научных статей «Медико-социальная экспертиза и реабилитация». Вот уже четверть века мы обобщаем в ежегодном сборнике достижения сотрудников нашего РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, других учреждений страны, а также наших коллег из других стран.

В современном мире трудно переоценить роль и место реабилитации пациента, новых подходов к медико-социальной экспертизе в плане уточнения степени выраженности нарушенных функций, ограничений жизнедеятельности, определения степени утраты профессиональной пригодности.

Медицинская реабилитация в настоящее время играет важнейшую роль в обеспечении качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов как важнейшего стратегического направления в сфере здравоохранения и государственной политики всех стран мира.

В Республике Беларусь функционирует служба медицинской реабилитации, которая является многоуровневой, многокомпонентной и представлена на всех уровнях оказания медицинской помощи.

В зависимости от лечебно-диагностических возможностей, в том числе структуры, коечной мощности, уровня оснащенности и обеспеченности квалифицированными кадрами организаций здравоохранения медицинская реабилитация осуществляется на республиканском, областном и первичном (районном, межрайонном, городском, в организациях здравоохранения) уровнях – в городских (районных) больницах (центрах) и поликлиниках.

Медико-социальная экспертиза является важнейшей составляющей частью единого процесса оказания помощи пациенту представляя собой определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Однако успешное осуществление лечения, реабилитации, медико-социальной экспертизы невозможно без оценки качества полученной пациентом помощи. В нашей стране в последние годы отработана система оценки качества, экспертизы качества, разработке критериев оценки качества уделяется очень много внимания.

С целью обеспечения эффективного управления качеством медицинской деятельности в Республике Беларусь потребовалось не только изучение международного опыта и его адаптация к национальным особенностям, но, в первую очередь, проведение собственных научных исследований, направленных на разработку новых технологий, поиск эффективных средств и методов, позволяющих обеспечить необходимый уровень качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, в том числе критериев

оценки качества медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы.

Критерии оценки качества – действенный инструмент системы управления качеством медицинской деятельности, определяющий требования к качеству медицинской деятельности на всех уровнях оказания медицинской помощи и проведения медицинских экспертиз, использование которого имеет решающее значение для оценки эффективности медицинской деятельности организации здравоохранения по повышению ее качества.

Таким образом, в данном сборнике нашли свое отражение достижения ученых и практических специалистов в области медицинской реабилитации, медико-социальной экспертизы, оценки качества медицинской помощи.

В сборнике представлены труды наших коллег из Республиканских научно-практических центров, медико-реабилитационных экспертных комиссий, медицинских государственных университетов, больниц, городских и областных клинических центров и др.

Труды ученых Российской Федерации представлены следующими учреждениями: ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта», ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов», ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов», Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО; ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»; ФГБУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет «ЛЭТИ» им В.И. Ленина, Кузбасский гуманитарно-педагогический институт ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет», ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве», ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Московской области», ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан», ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике».

Благодарим всех авторов и рецензентов данного сборника и надеемся на дальнейшее плодотворное сотрудничество.

Директор
РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,
заслуженный деятель науки Республики Беларусь,
доктор медицинских наук, профессор
В.Б.Смышчёр

I. ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

Основные недостатки, выявленные в результате анализа работы по организации и проведению оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизы качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Витебской области в 2022 г.

Артюшенко-Кострова М.В.

УЗ «Витебская областная МРЭК», г. Витебск, Республика Беларусь

В 2022 г. отделом оценки качества медицинской помощи учреждения здравоохранения «Витебская областная медико-реабилитационная экспертная комиссия» был проведен анализ локальных нормативно-правовых актов, регламентирующих организацию и проведение оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз (далее – оценка качества), экспертизы качества медицинской помощи (далее – экспертиза качества) в учреждениях здравоохранения Витебской области. Также, проводился анализ организации и проведения оценки качества и экспертизы качества (с составлением аналитических справок) в учреждениях здравоохранения Витебской области при проведении оценок качества по планам главного управления по здравоохранению Витебского областного исполнительного комитета (далее – главное управление) и в ходе подготовки к коллегиям главного управления. В ходе проведенной работы установлено, что во всех учреждениях Витебской области в целом организована система контроля качества медицинской помощи в соответствии с действующим законодательством. Результаты анализа вопросов организации и проведения контроля качества в учреждениях здравоохранения были рассмотрены на лечебно-контрольном совете главного управления 16.12.2022 г. При обобщении и систематизации информации, указанной в аналитических справках, можно выделить наиболее часто встречающиеся недостатки организации и проведения оценки качества и экспертизы качества в учреждениях здравоохранения области:

1. Недостатки организации данного раздела работы в учреждениях:

1.1. имеются отдельные недостатки локальных приказов об организации оценки качества и экспертизы качества в учреждении, такие как:

- приказом не утвержден или не полностью утвержден персональный состав врачебно-консультационных комиссий, лиц из числа заместителей руководителя, руководителей структурных подразделений, отвечающих за проведение оценки качества;

- не указаны утратившие силу локальные приказы по контролю качества в учреждении;

- в приказе указан порядок и/или случаи проведения оценки качества и/или экспертизы качества, что нецелесообразно (порядок и случаи проведения оценки качества и порядок проведения экспертизы качества регламентируются в соответствующих Положениях);

- в отдельных случаях, указанные в приказе ответственные за проведение оценки качества лица – не являются заведующими структурными подразделениями и не могут проводить оценку качества, в соответствии с п.6 Инструкции о порядке и случаях проведения оценки качества, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.05.2021 г. №55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи» (далее – постановление №55);

- приказом утверждены самостоятельно разработанные критерии, не соответствующие или не полностью соответствующие постановлению №55;

1.2. выявлены отдельные недостатки локальных Положений о порядке проведения экспертизы качества:

- некорректно указана периодичность проведения экспертизы качества «ежемесячно», т.к. экспертиза качества должна проводиться по факту возникновения случая, подлежащего экспертизе качества в соответствии с п.7 Инструкции о порядке проведения экспертизы качества медицинской помощи, утвержденной постановлением №55;

- порядок направления Заключений о проведении экспертизы качества (п.15 Инструкции о порядке проведения экспертизы качества) не адаптирован к масштабу учреждения и количеству составов ВКК, организованных в данном учреждении;

- указанные в локальном Положении случаи проведения экспертизы качества не полностью соответствуют п.7 Инструкции о порядке проведения экспертизы качества медицинской помощи;

- указанные сроки проведения экспертизы качества не соответствуют п.13 Инструкции о порядке проведения экспертизы качества медицинской помощи;

1.3. выявлены отдельные недостатки локальных Положений о порядке и случаях проведения оценки качества:

- в отдельных Положениях не указаны случаи проведения оценки качества врачебно-консультационной комиссией;

- в Положение не полностью включены все случаи оценки качества для ВКК, заместителей руководителя, регламентированные п.7 Инструкции о порядке и случаях проведения оценки качества;

- имеет место полное дублирование случаев проведения оценки качества заместителями руководителя и руководителями структурных подразделений или регламентирована оценка качества во всех случаях, при которых должна проводиться экспертиза качества, что нецелесообразно, т.к. не позволяет проводить контроль качества медицинской помощи в большем объеме случаев;

- отдельные случаи проведения оценки качества указаны непонятно или некорректно;

- не полностью указаны все структурные подразделения, где должна проводиться оценка качества;

- порядок направления заключений о проведении оценки качества (в соответствии п.17 Инструкции о порядке и случаях проведения оценки качества) не адаптирован к масштабу учреждения и количеству составов ВКК, организованных в данном учреждении.

В некоторых учреждениях выявлено, что локальные Положения копируют соответствующие Инструкции, утвержденные постановлением №55, и не адаптированы к учреждению.

1.4. не во всех учреждениях в должностные инструкции ответственных внесены обязанности по организации и проведению оценки качества и экспертизы качества;

1.5. не везде в номенклатуры дел заместителей руководителя и руководителей структурных подразделений введены папки для работы по оценке качества и экспертизе качества.

2. Недостатки формирования планов по проведению оценки качества в учреждениях здравоохранения:

- в планах недостаточно конкретизированы мероприятия по оценке качества, проводимые ВКК, заместителями руководителя и руководителями структурных подразделений;

- не указаны или не полностью указаны исполнители;

- не во всех учреждениях запланировано проведение оценки качества по условиям оказания медицинской помощи в учреждении и в структурных подразделениях;

- в планах не указываются основания для их составления: краткий анализ отрицательной динамики показателей здоровья населения, отклонений показателей деятельности структурных подразделений, результатов предыдущих оценок качества (для обоснования необходимости повторного проведения оценки качества) и другие (решения лечебно-контрольных советов и/или поручения главного управления, решения клинических конференций и т.д.);

- в некоторых учреждениях планы составлены на год, а не на полугодие (в соответствии с п.3 Инструкции о порядке и случаях проведения оценки качества);

- планы утверждены в начале года или полугодия (а надо в конце предыдущего месяца).

3. Недостатки по проведению оценки качества и экспертизы качества в учреждениях здравоохранения:

- имеются случаи неполного проведения оценки качества и экспертизы качества ответственными лицами в учреждении, формального проведения оценки качества, экспертизы качества, в том числе выявлены случаи проведения экспертизы качества единолично врачом-специалистом (а не комиссией, как регламентировано Инструкцией о порядке проведения экспертизы качества, утвержденной постановлением №55);

- в некоторых случаях, где должна проводиться экспертиза качества – проводится только оценка качества, и наоборот, т.е. ответственные лица недостаточно понимают суть и различия между оценкой качества и экспертизой качества;

- не всегда сроки проведения оценки качества соответствуют срокам, регламентированным постановлением №55 (не более 30 дней);

- имеются замечания по применению критериев, например: применение критериев, которые в данном случае неприменимы или оформление одной таблицы с критериями на группу случаев, в то время как оцениваемые критерии должны оформляться по каждому случаю оценки качества (в соответствии с п.16 Инструкции о порядке и случаях проведения оценки качества);

- в отдельных учреждениях заполнены только таблицы с критериями, а Заключения о проведении оценки качества не оформлены.

4. Недостатки оформления предоставленных Заключений о проведении оценки качества и экспертизы качества в учреждениях здравоохранения:

- выявлены случаи несоответствия форм Заключений формам, утвержденным постановлением №55 (1 ок-21, 1 эк-21); а также, случаи использования вместо формы Заключения о проведении оценки качества – формы Заключения о проведении экспертизы качества, и наоборот;

- выявлены случаи недостаточного или неправильного оформления п.п.1-4 Заключений по оценке качества;

- в отдельных случаях Заключение не содержит подробной информации о выявленных недостатках в оказании медицинской помощи, не всегда в Заключении указывается количество оцененных случаев по каждому врачу или по каждой нозологии, не конкретизированы недостатки, допущенные отдельными врачами;

- во многих представленных Заключениях отсутствует анализ причин выявленных недостатков, не указаны конкретные нормативные документы (клинические протоколы и приказы), требования которых не были выполнены; отсутствует систематизация и выделение наиболее часто повторяющихся

недостатков; в некоторых случаях отсутствуют выводы или выводы недостаточно информативны, сделаны не в соответствии с постановлением №55;

- в предложениях по результатам оценки качества или экспертизы качества не конкретизирован комплекс мероприятий по устранению выявленных недостатков и обеспечению эффективного и доступного медицинского обслуживания;

- в оформлении оцениваемых критериев – выявлены следующие отдельные недостатки: в графе «Примечания» не указываются или недостаточно указываются недостатки, которые снизили балл оценки или указывается только балл оценки, а не выявленные недостатки, таблицы с Критериями находятся в медицинских картах (а не прилагаются к Заключениям), в таблицах не указывается полученный результат в процентах.

Профилактика конфликтных ситуаций в работе медико-реабилитационных экспертных комиссий

Артюшенко-Кострова М.В.

УЗ «Витебская областная МРЭК», г. Витебск, Республика Беларусь

Что такое конфликт? Это противоборство, столкновение двух или нескольких субъектов, обусловленное противоположностью, несовместимостью их целей, интересов, потребностей, систем ценностей или знаний. Это возникающее в процессе взаимодействия несоответствие взаимных ожиданий субъектов, их мотивов, установок, которое нарушает нормальное психологическое состояние людей.

Работа медико-реабилитационных экспертных комиссий (далее – МРЭК) имеет такую специфику, что несоответствие ожиданий пациентов МРЭК требованиям действующего законодательства по медико-социальной экспертизе, провоцирует возникновение конфликтов. Эти противоречия неизбежны, однако умение врачей-экспертов вести себя правильно и мудро в таких ситуациях позволит смягчить и даже избежать конфликтных моментов.

Профилактика конфликтных ситуаций важна не только с целью уменьшения количества жалоб на работу МРЭК, это еще и возможность предотвратить психологический дискомфорт и профессиональное «эмоциональное выгорание» у врачей-экспертов. От умения сотрудников МРЭК общаться с пациентами зависит не только их профессиональный успех и репутация, но и здоровье. Ни для кого не секрет, что конфликты, возникающие в процессе работы, отнимают огромное количество сил, энергии и времени, способствуют развитию «синдрома эмоционального выгорания», которому в той или иной степени подвержены медицинские работники.

Многие опытные врачи, много лет проработавшие в постоянном общении с пациентами, умеют хорошо чувствовать человека, который обратился за медицинской помощью. Они на интуитивном уровне определяют, как нужно разговаривать с пациентом, что хочет больной, симулирует он или нет. В то же время, пациенты тоже очень хорошо ощущают отношение к ним врачей. Поэтому взаимоотношения «врач-пациент» должны осуществляться на принципе партнерства и равенства. Здесь недопустимы проявления высокомерия, снисходительности, противостояния. Если в процессе лечебной деятельности врач и пациент – партнеры в борьбе с заболеванием, то в процессе взаимодействия врачей-экспертов МРЭК с пациентами тоже должен соблюдаться принцип партнерства в решении вопросов определения социальных гарантий в рамках законодательства. Когда пациент ощущает сочувствие врачей комиссии и их желание помочь ему, он совершенно иначе воспринимает решение МРЭК. Даже если мы видим, что пациент симулирует, не надо «выводить его на чистую воду» и давать понять, что «он вас не обманет». Врач-эксперт должен быть мудрее и выше этой ситуации, понимать мотивацию пациента. Надо также понимать, что все пациенты, проходящие освидетельствование в МРЭК – это серьезно больные люди, даже если степень нарушения функций недостаточна для вынесения того решения МРЭК, на которое пациент претендует. В любом случае, такие люди могут вызывать только сочувствие и сострадание. Даже если в отдельных случаях пациенты вызывают неприязнь или брезгливость, умение справляться с такими эмоциями – одно из профессиональных качеств медицинских работников.

От того, как организован процесс освидетельствования, во многом зависит профилактика конфликтов. Формирование настроения пациента начинается уже в коридоре (холле), где он ожидает освидетельствования и общается с другими ожидающими приема пациентами. Поэтому для профилактики конфликтов очень важна репутация комиссии. Репутация нарабатывается в течение достаточно длительного времени, но очень помогает в дальнейшем. Ведь если пациент, который заходит в кабинет МРЭК, заведомо уверен во внимательном, доброжелательном, справедливом отношении к нему, профессионализме медицинских работников, то вероятность возникновения конфликта значительно снижается.

Когда пациент МРЭК проходит регистрацию, то корректность и внимательность медрегистратора также значительно влияет на поведение больного в дальнейшем.

В процессе освидетельствования пациента, прежде всего, надо внимательно выслушать его жалобы, расспросить подробно анамнез. Необходимо придерживаться одобрительной установки в процессе общения – это способствует открытости со стороны больного. Не нужно делать каких-то поспешных выводов, оценок, комментировать слова больного – это мешает

общению. Если что-то неясно – уточнить. Тон разговора с пациентом должен быть спокойным, уверенным, доброжелательным. Не следует быть излишне чувствительным к эмоциям собеседника, поддаваться воздействию чувств. Не стоит поддаваться также эмоциональному фону пациента, если он чем-то взволнован, раздражен, говорит на повышенных тонах. Прежде чем продолжать разговор, такого пациента следует успокоить, объяснить ему, что с ним беседа ведется корректно, спокойно, что врачи комиссии его внимательно выслушают, осмотрят, изучат все его медицинские документы и вынесут правильное решение в соответствии с действующим законодательством.

Осмотр пациента должен быть полным, тщательным с учетом основной и сопутствующей патологии и проводиться всеми врачами комиссии. Во время осмотра беседа с пациентом должна вестись вежливо, мягко и корректно. Нежелательно говорить командным тоном, а также, требовать выполнения инструкций, которые больной по каким-то причинам отказывается выполнять. Не стоит применять методики осмотра, которые причиняют значительную боль пациенту, ведь экспертную оценку можно провести и другими методами.

Очень важный момент – объявление и разъяснение решения МРЭК. При объявлении решения желательно говорить спокойным и уверенным тоном, разъяснение должно быть достаточно кратким, понятным и аргументированным. В этой ситуации необходимо дать понять пациенту, что врачи комиссии с пониманием относятся к его состоянию, внимательно изучили всю документацию, данные обследования, тщательно осмотрели его и приняли свое решение в соответствии с действующим законодательством. Пациент должен эмоционально чувствовать внимание, сочувствие и понимание со стороны медицинских работников, желание помочь ему в рамках законодательства.

Если пациент категорически не согласен с решением комиссии, необходимо уделить ему ещё большее внимание, провести беседу, выяснить суть его претензий, терпеливо постараться разъяснить неправомотность, а в некоторых случаях даже может быть и абсурдность его притязаний, но сделать это дружелюбно, говоря не свысока, а на равных. Можно для сравнения привести примеры действующего законодательства при определении инвалидности при другой, более тяжелой патологии. Можно попытаться в процессе беседы переориентировать пациента с установки «получение инвалидности» на установку «быть здоровым и полноценным членом общества». В процессе беседы можно применять технику «перефразирования» – переформулирования мыслей больного: «Как я понял Вас...», «Другими словами, Вы хотите сказать...» и технику «резюмирования» – подытоживания основных идей говорящего: «Если подытожить сказанное Вами, то...». Эти

методики формируют у собеседника уверенность в уважительном и внимательном отношении к нему. И обязательно, по окончании беседы – пожелать пациенту «всего доброго».

Профилактика конфликтных ситуаций важна не только в системе взаимодействия «врач-пациент», но и в межличностных взаимоотношениях между работниками МРЭК. Конфликты, возникающие между коллегами, также оказывают негативное влияние на качество работы и самочувствие сотрудников. Кроме того, страдает и репутация комиссии, особенно, если в процессе освидетельствования, в присутствии пациентов происходит «выяснение отношений» между медицинскими работниками, что недопустимо.

Напротив, непринужденная, доброжелательная и доверительная обстановка в коллективе, корректные, уважительные отношения между сотрудниками, способствуют успешной работе комиссии, раскрытию творческого потенциала каждого из работников. Для создания «здоровой» атмосферы на рабочем месте, взаимоотношения в коллективе должны строиться на принципах взаимоуважения, взаимопонимания и взаимопомощи.

Коллектив МРЭК по-своему уникален. Здесь всеми работниками комиссии выполняется единые коллективные задачи – освидетельствование пациентов, оформление документации, составление отчетов, аналитическая работа и др. Поэтому очень важно участие каждого сотрудника в этой работе и умение каждого члена комиссии «работать в бригаде». Недаром опытные эксперты называют МРЭК «второй семьей». Действительно, в таких маленьких коллективах со временем, как в семьях, люди полностью узнают друг друга, и от того, насколько благоприятна обстановка в этой «семье» – настолько крепок коллектив, настолько комфортно и приятно работать сотрудникам комиссии. Это очень важно не только в профилактике конфликтных ситуаций, но и в решении кадровых вопросов организации, т.к. по мнению психологов одним из факторов выбора рабочего места и желания продолжать работу на этом месте является благоприятная психологическая обстановка в коллективе.

Очень важна роль председателя МРЭК в создании доброжелательной атмосферы в коллективе. Позиция мудрого, строгого, но в то же время доброго и заботливого «главы семьи» в данном случае оптимальна. Председатель МРЭК, как и любой другой руководитель, имеет не только руководящую, но и воспитательную роль среди своих сотрудников. Насколько порядочен, честен и открыт руководитель для своих подчиненных, настолько и будет «здоров» коллектив. Благоприятная атмосфера на рабочем месте очень важна и самому руководителю. Ведь начальник несет гораздо более высокую ответственность и психоэмоциональную нагрузку, нежели остальные работники. Поэтому ему очень важно иметь «надежный тыл» в виде собственного коллектива.

Для конструктивного и успешного руководства, председателю комиссии необходимо умение распределить работу и ответственность между сотрудниками с учетом их способностей и личных качеств. Например, у кого-то лучше навыки работы с компьютером, кто-то умеет хорошо беседовать с пациентами, а кому-то нравится анализировать документацию, составлять отчеты. Такое распределение позволяет эффективно использовать рабочее время и сохранить благоприятную психологическую обстановку в коллективе. Требование от сотрудников качественного выполнения порученных заданий повышает у них чувство ответственности, закрепляет навыки работы и позволяет руководителю не распыляться на выполнение второстепенных задач.

Также руководителю необходимо умение видеть общую цель работы коллектива, своевременно реагировать на изменение обстановки, предупреждать возникновение негативных явлений в коллективе, открыто обсуждать возникшие вопросы, не допускать и осуждать распространение непроверенной информации. Необходимо уметь слушать и учитывать мнение работников, но не идти у них на поводу, а самостоятельно и обдуманно принимать решения. Необходимо быть честным и открытым по отношению к подчиненным, уметь заразить коллектив творческой активностью, поддерживать интерес к выполняемой работе и стремление к достижению определенных целей и результатов, быть примером высокого профессионализма для своих подчиненных. Необходимо не забывать хвалить своих работников за проявленную инициативу, качественное выполнение работы.

Сегодня актуально понятие «лояльность» во взаимоотношениях руководителя с подчиненными и между сотрудниками. Английское слово «Loyal» – обозначает корректность, корректное отношение к кому-либо или чему-либо. От лояльности сотрудников зависит многое, в том числе, и благоприятная атмосфера в коллективе, и кадровая стабильность в организации. Ошибочно полагать, что высокая лояльность сотрудников может быть достигнута высокой зарплатой. Высокая зарплата в определенной степени удерживает работника в организации, но ненадолго, если там имеет место низкая лояльность руководителя к сотрудникам. Лояльность сотрудников в организации должна быть взаимной. Высокая лояльность сотрудников проявляется там, где присутствует уважение к ним, где работники четко знают свои обязанности и ответственность, где наказание и поощрение справедливы, где сотрудники чувствуют свою значимость в выполняемой работе и гордятся своими достижениями. В этом случае люди уважают своего руководителя, готовы работать с оптимально средней зарплатой и они работают с отдачей большей, чем в организациях с высокой зарплатой, но низкой лояльностью со стороны руководства.

В заключение хочется отметить, что работа в МРЭК, несмотря на всю свою специфику, очень интересна. В процессе экспертной работы наблюда-

ется и анализируется самая разнообразная патология, накапливается бесценный опыт клинической диагностики, прогнозирования течения заболеваний, оценки эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий, а также, развиваются навыки общения с людьми, работы с медицинскими и другими документами. Правильная организация работы и умение предотвращать конфликтные ситуации, как при общении с пациентами, так и между сотрудниками, способствуют успешной и плодотворной работе.

Методические рекомендации по организации и проведению оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизы качества медицинской помощи в организациях здравоохранения

Артюшенко-Кострова М.В., Найденов В.Ю., Лавренкова А.Н.

УЗ «Витебская областная МРЭК», г. Витебск, Республика Беларусь

По результатам анализа работы в организациях здравоохранения Витебской области по организации и проведению оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз (далее – оценка качества), экспертизы качества медицинской помощи (далее – экспертиза качества), отмечаются отдельные проблемы в понимании и применении требований законодательства, регламентирующего порядок организации и проведения оценки качества и экспертизы качества. Также, в отдельных организациях здравоохранения отмечается формализм, недостаточное понимание значимости этого раздела работы со стороны руководителей учреждения и ответственных за контроль качества медицинской помощи и медицинских экспертиз (далее – контроль качества).

В любой сфере деятельности необходим контроль качества этой деятельности и все понимают, что произойдет, если этот контроль будет недостаточным, формальным или будет отсутствовать вообще. Контроль должен быть не только внешним, но и внутренним. Как для человеческой личности важен самоконтроль, самооценка, самокритика, так и для организации здравоохранения важен внутренний контроль качества на уровне руководителей структурных подразделений, заместителей руководителя, врачебно-консультационных комиссий. Тщательное, объективное выявление нарушений и недостатков, анализ причин их возникновения и разработка мероприятий для того, чтобы эти нарушения и недостатки не повторялись в дальнейшей работе – основная задача контроля качества медицинской помощи и медицинских экспертиз в организациях здравоохранения.

К сожалению, некоторым руководителям организаций здравоохранения проще применить дисциплинарные меры, нежели продумать и организовать работу внутри учреждения таким образом, чтобы исключить или минимизировать негативные явления. Например: усовершенствовать локальные нормативные акты, регламентирующие порядок оказания медицинской помощи или проведения медицинских экспертиз; разработать для внутреннего использования алгоритмы оказания медицинской помощи на основе клинических протоколов или других нормативных документов; провести целенаправленно и в достаточном объеме обучающие мероприятия с последующим контролем знаний и т.д. Контроль качества медицинской помощи, проведения медицинских экспертиз в первую очередь должен быть направлен на совершенствование работы и профилактику негативных явлений в учреждении, а не на применение дисциплинарных мер. Насколько ответственно, грамотно, скрупулезно будет проводиться эта работа в учреждении, настолько пациенты и сотрудники учреждения будут застрахованы от негативных событий в оказании медицинской помощи и проведении медицинских экспертиз.

Определение «качество медицинской помощи» дано в статье 1 главы I Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года №2435-XII «О здравоохранении» в редакции от 11.12.2020 г. №94-З (далее – Закон о здравоохранении).

В состав определения «качество медицинской помощи» входят 4 элемента, которые и должны анализироваться в ходе проведения оценки качества и экспертизы качества в организации здравоохранения:

1. Способность удовлетворять потребности пациента.
2. Своевременность оказания медицинской помощи.
3. Степень соответствия медицинской помощи клиническим протоколам и иным нормативным правовым актам в области здравоохранения (Закону о здравоохранении, инструкциям и утвержденным методическим рекомендациям, постановлениям и приказам Министерства здравоохранения, приказам главного управления (Комитета) по здравоохранению, локальным приказам, должностным инструкциям).
4. Степень достижения запланированного результата оказания медицинской помощи.

Основные нормативные документы, регламентирующие организацию и проведение оценки качества и экспертизы качества в организациях здравоохранения (по состоянию на 25.05.2023 г.):

- Закон о здравоохранении;
- постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.05.2021 г. №55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи» с изменениями и дополнениями от 23.01.2023 г. №13 (далее – постановление №55);

– постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.05.2019 г. №16 «Об утверждении примерных штатных нормативов службы оценки качества оказания медицинской помощи»;

– постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.12.2014 г. №93 (в ред. постановления Минздрава от 17.08.2022 №86) «Об утверждении Инструкции о порядке создания и деятельности врачебно-консультационных и иных комиссий»;

– приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.07.2021 г. №890 «О лечебно-контрольном совете»;

– приказ Министерства здравоохранения от 04.01.2023 г. №6 «О клинических конференциях»;

– приказы главного управления (Комитета) по здравоохранению, регламентирующие данный раздел работы;

– локальные нормативно-правовые акты организации здравоохранения, регламентирующие данный раздел работы.

В отдельных организациях здравоохранения отмечается, что ответственные за данный раздел работы лица недостаточно понимают суть понятий «оценка качества» и «экспертиза качества» и различия между ними. И в том, и в другом случае оценивается соответствие медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизы качества медицинской помощи (далее – Критерии), устанавливаемых Министерством здравоохранения, порядку оказания медицинской помощи по профилям заболеваний, клиническим протоколам. Однако, понятие «оценка качества» включает в себя более широкий объем мероприятий, чем понятие «экспертиза качества». При проведении «оценки качества», кроме анализа оказания медицинской помощи, проводится оценка на соответствие иным требованиям законодательства о здравоохранении (статья 37-4 Закона о здравоохранении), включая законодательство о проведении медицинских экспертиз, трудовое законодательство, санитарно-противоэпидемическое законодательство, законодательство по работе с обращениями граждан, по проведению административных процедур и т.д. При проведении экспертизы качества анализируется только оказание медицинской помощи и используются только Критерии приложения 1 к постановлению №55. При проведении оценки качества используются Критерии приложения 1 и приложения 2 к постановлению №55, включая анализ вопросов организации медицинской помощи и других разделов работы в учреждении, вопросов организации и проведения медицинских экспертиз.

В соответствии с Законом о здравоохранении, отличаются также цели проведения оценки качества и экспертизы качества: экспертиза качества проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, а оценка качества проводится в целях совершенствования оказания медицинской помощи и проведения медицинских экспертиз в организациях

здравоохранения. Хотя, в конечном итоге, цель проведения контроля качества медицинской помощи в любой форме – это устранение причин, способствующих возникновению нарушений и недостатков и совершенствование оказания медицинской помощи.

Контроль качества в организации здравоохранения должен осуществляться не только в соответствии с Критериями, утвержденными постановлением №55, но также необходимо проведение более глубокого анализа. Критерии носят унифицированный характер и предусматривают основные моменты оказания медицинской помощи и проведения медицинских экспертиз, и, следовательно, не могут предусмотреть все нюансы. Поэтому при проведении контроля качества важно дополнительно анализировать и другие моменты оказания медицинской помощи в зависимости от специфики учреждения или структурного подразделения. Не нужно бояться выявлять и описывать в Заключениях о проведении оценки качества или экспертизы качества все выявленные недостатки, т.к. только полное выявление и объективный анализ недостатков поможет в дальнейшем определить их систематичность, верно установить причины, способствующие их возникновению, и следовательно, определить мероприятия, которые должны быть проведены для устранения и недопущения в дальнейшем этих недостатков.

Следует также обратить внимание на то, что оценка качества в организации здравоохранения может проводиться ВКК, заместителями руководителя организации здравоохранения; руководителями структурных подразделений организации здравоохранения, а экспертиза качества проводится только комиссией – ВКК или иной комиссией, единоличное проведение экспертизы качества недопустимо.

Для проведения оценки качества в организации здравоохранения составляется план и постановлением №55 регламентирована периодичность и объемы проведения для заместителей руководителя и руководителей структурных подразделений. Экспертиза качества проводится по факту возникновения случаев, подлежащих экспертизе качества, план не составляется.

Следует также отметить, что «Заключение о проведении оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз» (форма 1 ок-21) может оформляться как на каждый отдельный случай, так и на группу оцениваемых случаев. К заключению прилагаются оцениваемые критерии по каждому случаю в электронном виде или на бумажном носителе. «Заключение о проведении экспертизы качества медицинской помощи» (форма 1 эк-21) рекомендуется оформлять на каждый отдельный случай оказания медицинской помощи.

Порядок анализа, обобщения результатов оценки качества и экспертизы качества, информирования руководителя организации здравоохранения.

Заключения о проведении оценки качества, составленные ВКК, заместителями руководителя организации здравоохранения, руководителями структурных подразделений организации здравоохранения, остаются у этих исполнителей для ежеквартального анализа. Анализ предоставляется в ВКК, председателем которой является ответственное лицо, для обобщения и информирования руководителя организации здравоохранения о предложениях по устранению выявленных недостатков в оказании медицинской помощи и ее организации, проведении медицинских экспертиз, в том числе в случае необходимости принятия им управленческих решений. Заключения о проведении экспертизы качества, проведенной ВКК, остаются в ВКК для ежемесячного анализа, обобщения содержащейся в них информации и предоставления результатов такого анализа в ВКК, председателем которой является ответственное лицо. В случае проведения экспертизы качества комиссией, созданной в организации здравоохранения, заключение направляется в ВКК, председателем которой является ответственное лицо. В обоих случаях ВКК, председателем которой является ответственное лицо, информирует руководителя организации здравоохранения о предложениях по устранению выявленных нарушений, в том числе в случае необходимости принятия им управленческих решений.

Рекомендации по составлению плана по оценке качества.

В организации здравоохранения план составляется ВКК, председателем которой является ответственное лицо, с учетом планов ВКК иных составов, заместителей руководителя организации здравоохранения. План составляется с учетом анализа случаев отрицательной динамики показателей статистических данных, отражающих здоровье населения, а также с учетом необходимости проведения повторной оценки качества по результатам предыдущей оценки качества. План составляется на ближайшее полугодие и утверждается руководителем организации здравоохранения. Размещение плана организации здравоохранения на официальном сайте учреждения не требуется. При необходимости в план могут вноситься изменения. В вводной части плана следует указывать основания для составления настоящего плана: краткий анализ отрицательной динамики показателей статистических данных, отражающих здоровье населения, выявленных негативных тенденций в деятельности учреждения (структурных подразделений), необходимость проведения повторной оценки качества и др. В плане конкретно указываются мероприятия по проведению оценки качества в учреждении (проведение оценки качества ВКК, заместителями руководителя и руководителями структурных подразделений). В план обязательно включаются мероприятия по проведению оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз в организации здравоохранения в целом и в структурных подразделениях.

Критерии оценки нарушений функций организма у пациентов с глаукомой в рамках проведения медико-социальной экспертизы

Бояровская А.В., Корявая Е.В.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь
КУП «24-ая городская поликлиника спецмедосмотров»,
г. Минск, Республика Беларусь

Глаукома – одна из наиболее частых причин снижения и потери зрения у пациентов во всем мире. Слепота вследствие этого заболевания увеличится с 8,4 в 2020 году до 11,2 млн. человек к 2040 году [1]. Если в 1991 году в Российской Федерации заболеваемость глаукомой составляла 1,7 на 1000 населения, а как причина инвалидности глаукома занимала второе место, то в настоящее время заболеваемость глаукомой составляет 4,7 на 1000 населения и, как причина инвалидизации, эта патология выходит на первое место [2, 3]. В нозологической структуре инвалидирующих заболеваний органа зрения в Республике Беларусь глаукома занимает лидирующее место. Около 1000 человек ежегодно становятся инвалидами по зрению вследствие глаукомы [4]. Глаукома является одной из медико-социальных болезней [5] в силу большой распространенности заболевания, значительных финансовых затрат на медикаментозное лечение каждого конкретного пациента в течение многих лет, а также высокого процента инвалидности по зрению.

Главной характеристикой, отражающей тяжесть патологии органа зрения при глаукоме и определяющей ее влияние на жизнедеятельность человека, является состояние зрительных функций, среди которых основные – острота зрения и оценка полей зрения. При глаукоме отмечается постепенное снижение зрительных функций, часто происходят изменения полей зрения, в то время как острота центрального зрения остается высокой.

Материалы и методы. Объектом исследования для проведения комплексного клиничко-функционального обследования явилось 60 пациентов (115 глаз) с глаукомой. В анализируемой группе было 32 (53,3%, 95ДИ: 40,1-66,1) мужчины и 28 (46,7%, 95ДИ: 33,9-59,9) женщин. Были проанализированы личностные, профессиональные факторы и факторы окружающей среды, влияющие на ограничение жизнедеятельности. Средний возраст пациентов составил $64,3 \pm 3,5$ лет. Из числа обследованных пациентов 81,7% (95ДИ: 69,2-90,1) являлись городскими жителями и, соответственно, 18,3% (95ДИ: 9,9-30,9) пациентов проживало в сельской местности. Среди исследуемых лиц преобладали пациенты с общим средним образованием – 30,0% (95ДИ: 19,2-43,4).

Результаты исследования. Анализ результатов клинико-функционального и клинико-экспертного обследования 60 пациентов с глаукомой позволил выделить у них основную патологию, а также сопутствующие заболевания офтальмологического и иного профиля.

У 86,7% (95ДИ: 74,9-93,7%) пациентов из числа обследованного контингента глаукома была представлена открытоугольной формой. У 49 (81,7%, 95ДИ: 69,2-90,1) пациентов глаукома была первичной.

Большая часть обследованных глаз пациентов, 46 (40,0%, 95ДИ: 31,1-49,6) соответствовали стадии глаукомы II а. В зависимости от времени установления диагноза глаукомы, у большей части пациентов – 18 (40,0%, 95ДИ: 26,1-55,6) глаукома была диагностирована 5-10 лет назад. В зависимости от наличия либо отсутствия травмы органа зрения, пациенты без предшествовавшей травмы глаза составили 90,0% (95ДИ: 78,8-95,9), пациенты с предшествовавшей травмой глаза составили 10,0% (95ДИ: 4,1-21,2).

В зависимости от режима гипотензивной терапии исследуемые пациенты имели следующую структуру: монотерапию получали 48,3% (95ДИ: 35,4-61,5), двухкомпонентную терапию получали 40,0% (95ДИ: 27,8-53,5), трехкомпонентную – 11,7% (95ДИ: 5,2-23,2) исследуемых.

В ходе анализа проводимого 60 пациентам с глаукомой хирургического и лазерного лечения выявлено, что среди обследованного контингента фактоэмульсификация катаракты с имплантацией ИОЛ была выполнена 16 (26,7%, 95ДИ: 17,1-39,0) пациентам, лазеркоагуляция сетчатки – 12 (20,0, 95ДИ: 11,2-32,7), синустрабекулоэктомия – 9 (15,0%, 95ДИ: 7,5-27,1), лазерная трабекулопластика – 6 (10,0%, 95ДИ: 4,1-21,2) пациентам, базальная иридэктомия – 4 (6,7%, 95ДИ: 2,2-17,0) пациентам.

У всех 60 (100,0%) пациентов отмечалось снижение остроты зрения. Кроме того, у 43 (71,7%, 95ДИ: 58,4-82,2%) пациентов были выявлены помутнения хрусталиков, у 41 (68,3%, 95ДИ: 54,9-79,4%) – сужение или выпадение полей зрения, также у 34 (56,7%, 95ДИ: 43,3-69,2%) исследуемых отмечались изменения сосудов сетчатки, у 30 (50,0%, 95ДИ: 37,0-63,1%) – глаукомная экскавация диска зрительного нерва, а у 22 (36,7%, 95ДИ: 24,9-50,2%) пациентов был выявлен синдром «сухого глаза». Наличие ИОЛ, псевдоэкзофолиативный синдром отмечались в 16 (26,7%, 95ДИ: 16,5-40,0%) случаях.

В ходе исследования установлено, что у 28 (46,7%, 95ДИ: 33,9-60,0%) обследованных пациентов характер зрения был монокулярный.

Распределение пациентов согласно интервалам остроты зрения по международным классификациям нарушения зрения установило, что у пациентов с глаукомой наиболее распространенной остротой зрения с коррекцией на лучше видящем глазу (53,3%, 95ДИ: 38,0-68,0) была острота 0,6-1,0, а на хуже видящем глазу (31,1%, 95ДИ: 18,6-46,8) – ниже 0,02, что отражено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение пациентов с глаукомой в зависимости от интервала остроты зрения с коррекцией на хуже и лучше видящем глазу

Острота зрения с коррекцией (нарушение)	На лучше видящем глазу (n=60)			На хуже видящем глазу (n=60)		
	абс.	p, %	95ДИ	абс.	p, %	95ДИ
0,6-1,0 (отсутствует или незначительное)	35	58,3	45,7-69,9	11	18,3	10,6-29,9
0,4-0,5 (легкое)	6	10,0	4,7-20,2	5	8,3	3,6-18,1
0,1-0,3 (умеренное)	14	23,3	14,4-35,4	12	20,0	11,8-31,8
0,05-0,09 (тяжелое)	4	6,7	2,6-15,9	3	5,0	1,7-13,7
0,02-0,04 (слепота)	-	0,0	0,0-6,0	7	11,7	5,8-22,2
Ниже 0,02 (слепота)	1	1,7	0,1-10,1	20	33,3	22,7-45,9

Были проанализированы показатели полей зрения у тематических пациентов. Поля зрения оценивались суммарно по 8 меридианам. Максимальное число суммарного поля зрения по 8 меридианам составляет до 520 градусов. Распределение 60 пациентов с глаукомой в зависимости от величины полей зрения (суммарно по 8 меридианам) отражено в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение пациентов с глаукомой в зависимости от величины полей зрения (суммарно по 8 меридианам)

Поля зрения (суммарно по 8 меридианам), градусы	На лучше видящем глазу (n=60)			На хуже видящем глазу (n=60)		
	абс.	p, %	95ДИ	абс.	p, %	95ДИ
499-400	20	33,3	22,7-45,9	11	20,0	10,6-29,9
399-300	22	36,7	25,6-49,3	11	20,0	10,6-29,9
299-200	5	8,3	3,6-18,1	5	8,3	3,6-18,1
199-100	6	10,0	4,7-20,2	3	5,0	1,7-13,7
Менее 100	0	0,0	0,0-6,0	2	3,3	0,6-12,5
Не определяются	1	1,7	0,1-10,1	22	36,7	25,6-49,3
Нет данных	6	10,0	4,7-20,2	6	10,0	4,7-20,2

Для разработки набора доменов, характеризующих профиль индивидуального функционирования пациентов с глаукомой, использовались коды Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ) [6].

Коды МКФ приобретают законченный вид только в присутствии определителя, который отмечает величину уровня здоровья (выраженности проблемы). Использование любого кода сопровождается применением определителя (0, 1, 2, 3, 4).

Оценка отклонений или утрат функций и структур организма, ограничений активности и возможности участия у пациентов с глаукомой проводится по 5-ти бальной шкале оценки МКФ в зависимости от степени выраженности проблемы:

- xxx.0 НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные,...) 0-4%;
- xxx.1 ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые,...) 5-24%;
- xxx.2 УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые,...) 25-49%;
- xxx.3 ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные,...) 50-95%;
- xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные,...) 96-100%.

Набор доменов для оценки нарушений функций организма состоял из: b2100 (функции остроты зрения), b2101 (функции полей зрения), b2102 (качество зрения). В ходе проведенного комплексного клинико-экспертного исследования 60 пациентов с глаукомой были выделены критерии оценки нарушений функций организма, влияющих на ограничения активности и возможности участия у данной группы пациентов, критерии представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Критерии оценки нарушений функций организма у пациентов с глаукомой

	xxx.0	xxx.1	xxx.2	xxx.3	xxx.4
b2100 функции остроты зрения	Острота зрения обоих глаз более 0,4 с коррекцией. Острота зрения с коррекцией в лучше видящем глазу 1,0-0,5, в хуже видящем глазу 1,0-0,1	Двустороннее снижение остроты зрения с коррекцией от 0,16 до 0,4 включительно. Острота зрения с коррекцией в лучше видящем глазу 1,0-0,4, в хуже видящем глазу 0,09-0,05	Острота зрения в лучше видящем глазу с коррекцией от 0,11 до 0,15 включительно. Острота зрения хуже видящего глаза с коррекцией от 0,04 до 0,0	Острота зрения в лучше видящем глазу с коррекцией от 0,05 до 0,1 включительно.	Острота зрения в лучше видящем глазу с коррекцией от 0,04 до 0,01 включительно. Острота зрения единственного или лучше видящего глаза с коррекцией от 0 до 0,01
b2101 функции полей зрения	Поля зрения (суммарно по 8 меридианам) более 400 градусов на каждом глазу	Двустороннее сужение полей зрения (суммарно по 8 меридианам) от 200 до 399 градусов	Абсолютные обширные парacentральные (альтitudинальные) или множественные парacentральные	Двустороннее сужение полей зрения (суммарно по 8 меридианам) до 120 градусов	Двустороннее сужение полей зрения (суммарно по 8 меридианам) до 50 градусов (трубчатое)

	xxx.0	xxx.1	xxx.2	xxx.3	xxx.4
		Относительные парacentральные скотомы, расширение слепого пятна	центральные скотомы обоих глаз	Центральная абсолютная скотома в 10 градусов	поле зрения)
b2102 качество зрения	Периодическое затуманивание зрения, мелькание «мушек», быстрая утомляемость глаз	Снижение сумеречного зрения	-	-	-

Заключение. В ходе исследования были разработаны критерии оценки нарушений функций организма у пациентов с глаукомой, необходимые для создания единого профиля функционирования пациентов с глаукомой. Единый профиль оценки функционирования позволит усовершенствовать проведение медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой путем объективизации принятия экспертного решения, последующего составления индивидуальной программы реабилитации (абилитации) пациента с целью минимизации инвалидизирующих последствий заболевания, устранения или уменьшения барьеров окружающей среды и улучшения качества жизни пациента.

Литература

1. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis / YC Tham [et al] // Ophthalmology. – 2014. – №121(11). – P.2081-90.
2. Разумовский, М.И. Состояние инвалидности и медико-социальная экспертиза / М.И. Разумовский // Современная офтальмология: Руководство. – 2-е изд. / Под ред. В.Ф. Даниличева. – СПб: Питер, 2009. – С.541-556.
3. Либман, Е.С. Слепота и инвалидность вследствие патологии органа зрения в России / Е.С. Либман, Е.В. Шахова // Вестн. офтальмологии. – 2006. – Т.122, №1. – С.35-37.
4. Информационно-статистический сборник по медицинской экспертизе и реабилитации в Республике Беларусь: в 2 ч.: информ.-стат. сб. / РНПЦ МЭ и Р; сост.: В.Б. Смычэк, А.В. Копыток, С.И. Лушинская. – Минск, 2021. – Ч. 1: Показатели инвалидности 2020 г. – 116 с.
5. Алексеев, В.Н. Исследование качества жизни больных с первичной открытоугольной глаукомой / В.Н. Алексеев, О.А. Малеванная // Клин. офтальмология. – 2003. – Т.4, №3. – С.113-115.
6. Смычэк, В.Б. Основы МКФ. – Минск: БГАТУ, 2015. – 432 с.

Особенности распределения ограничений жизнедеятельности «коморбидных» пациентов разных возрастных групп с превалирующей патологией органа зрения

Бояровская А.В., Тишкина Ю.Е.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

В 2019-2022 гг. первичная инвалидность вследствие глаукомы составила 45% от всех заболеваний органа зрения. В нозологической структуре инвалидизирующих заболеваний органа зрения в Республике Беларусь глаукома прочно занимает первое место. С возрастом большинство пациентов переходят в разряд «коморбидных пациентов», т.е. имеющих два и более заболевания.

Цель работы. Изучение особенностей оценки ограничений жизнедеятельности у пациентов с глаукомой в разных возрастных группах.

Материалы и методы. Научное исследование проведено на основании обследования 85 пациентов с глаукомой в сочетании с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в Государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации». Анализ клинико-функционального состояния пациентов, включенных в исследование, проводился на основании комплексной оценки состояния здоровья пациента.

Результаты исследования. Все пациенты согласно тематическим картам были разделены на 5 возрастных групп: 1 группа – 18-44 лет, 2 – 45-59 лет, 3 – 60-74 лет, 4 – 75-90 лет, 5 – более 90 лет. Наибольшее число пациентов находилось в 3 (38 пациента, 44,7%, 95ДИ: 34,6-55,3) возрастной группе. Во 2 возрастной группе находилось 25 пациентов (29,4%, 95ДИ: 20,8-39,8), в 4 – 15 (17,7%, 95ДИ: 11,0-27,1) пациентов. В крайних возрастных категориях находилось минимальное количество пациентов: 6 (7,1%, 95%ДИ: 3,3-14,6) пациентов в 1 группе и 1 (1,2%, 95ДИ: 0,2-6,4) пациент в 5 группе.

В результате анализа тематических карт выявлено, что 68 (80,0%, 95ДИ: 70,3-87,1) пациентов были признаны инвалидами. Из рисунка видно, что чаще всего определялась 3 группа инвалидности (57 пациента, 83,8%, 95ДИ: 73,3-90,7). Инвалидами 2 группы были признаны 9 (13,2%, 95ДИ: 7,1-23,3) пациентов, 1 группы – 2 (2,9%, 95ДИ: 0,8-10,1) пациента.

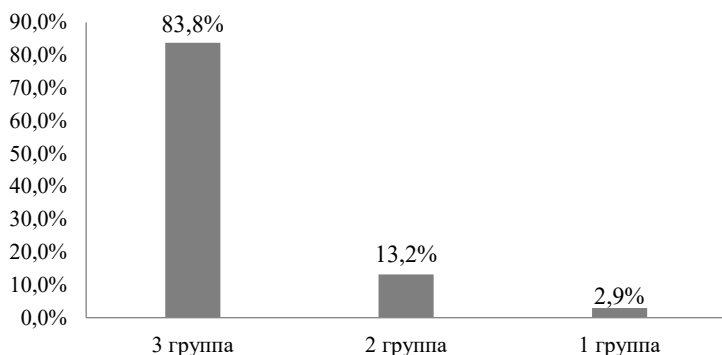


Рисунок – Структура инвалидности у тематических пациентов (n=68)

Как видно из таблицы 1, 3 группа инвалидности чаще всего определялась в 3 (29 пациентов, 50,9%, 95ДИ: 38,2-63,4) возрастной группе. Во 2 и 4 возрастной группе так же чаще всего определялась 3 группа инвалидности (15 и 8 пациентов соответственно). 2 группа инвалидности устанавливалась 9 пациентам, находящимся во 2 (2 пациента, 22,2%, 95ДИ: 6,3-54,7), 3 (4 пациента, 44,4%, 95ДИ: 18,9-73,3), 4 (3 пациента, 33,4%), инвалиды 2 группы преобладали в 3 возрастной группе (4 пациента, 13,3%, 95ДИ: 5,3-29,7). 1 группа инвалидности устанавливалась у самых возрастных пациентов (по 1 пациенту), находящихся в 4 и 5 возрастных группах.

Таблица 1 – Распределение группы инвалидности у обследуемого контингента в зависимости от возраста (n=68)

Возрастная группа	Группа инвалидности								
	1			2			3		
	абс.	Р, %	95ДИ	абс.	Р, %	95ДИ	абс.	Р, %	95ДИ
1	-	-	-	-	-	-	5	8,8	3,8-18,9
2	-	-	-	2	22,2	6,3-54,7	15	26,3	16,7-38,9
3	-	-	-	4	44,4	18,9-73,3	29	50,9	38,2-63,4
4	1	50,0	9,5-90,6	3	33,4	12,1-64,6	8	14,0	7,3-25,3
5	1	50,0	9,5-90,6	-	-	-	-	-	-
всего	2	100	34,2-100	9	100	70,1-100	57	100	93,7-100

Определение степень корреляции по Кендаллу между возрастной группой и группой инвалидности показало отрицательную корреляционную связи ($\tau a = -0,413$).

С целью выявления зависимости между возрастом и ограничениями жизнедеятельности проведен анализ базовых категорий жизнедеятельности по возрастным группам. Чаще всего у тематических пациентов возникали ограничения способности к ориентации (55 пациентов, 64,7%, 95ДИ: 54,1-74,0). Преобладала умеренная степень выраженности данных нарушений (29 пациентов, 52,7%, 95ДИ: 39,8-65,3). В таблице 2 представлено распределение пациентов разных возрастных категорий в зависимости от степени выраженности ограничения способности к ориентации.

Таблица 2 – Степень выраженности ограничения способности к ориентации у обследуемого контингента в зависимости от возрастной категории (n=55)

Возрастная группа	Степень выраженности ограничений жизнедеятельности											
	ФК1			ФК2			ФК3			ФК4		
	абс.	Р, %	95ДИ	абс.	Р, %	95ДИ	абс.	Р, %	95ДИ	абс.	Р, %	95ДИ
1	1	20,0	3,6-62,5	4	80,0	37,5-96,4	-	-	-	-	-	-
2	4	26,7	10,9-52,0	9	60,0	35,8-80,2	2	13,3	3,7-37,8	-	-	-
3	7	31,8	16,4-52,7	12	54,6	34,7-73,1	3	13,6	4,8-33,3	-	-	-
4	2	22,2	6,3-54,7	4	44,4	18,9-73,3	2	22,2	6,3-54,7	1	11,1	2,0-43,5
5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	20,7-100,0

Ограничение способности к самостоятельному передвижению было выявлено у 44 пациентов (51,8%, 95%ДИ: 41,3-62,1). В большинстве случаев данные ограничения имели легкую (22 пациента, 50,0%, 95%ДИ: 35,8-64,2) и умеренную (21 пациент, 47,7% 95%ДИ: 33,8-62,1) степень выраженности. В таблице 3 отражена степень выраженности ограничения способности к самостоятельному передвижению у обследуемого контингента в зависимости от возрастной категории. Как видно из таблицы, данные нарушения преобладали в 3 возрастной категории (25 пациентов, 56,8%, 95%ДИ: 42,2-70,3).

Таблица 3 – Степень выраженности ограничения способности к самостоятельному передвижению у обследуемого контингента в зависимости от возрастной категории (n=44)

Возрастная группа	Степень выраженности ограничений жизнедеятельности											
	ФК 1			ФК 2			ФК 3			ФК 4		
	абс.	Р, %	95ДИ	абс.	Р, %	95ДИ	абс.	Р, %	95ДИ	абс.	Р, %	95ДИ
1	1	100,0	20,7-100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	6	66,7	35,4-87,9	3	33,3	12,1-64,6	-	-	-	-	-	-
3	12	48,0	30,0-66,5	13	52,0	33,5-70,0	-	-	-	-	-	-
4	3	37,5	13,7-69,4	4	50,0	21,5-78,5	1	12,5	2,2-47,1	-	-	-
5	-	-	-	1	100,0	20,7-100,0	-	-	-	-	-	-

Распределение пациентов по возрастным группам с учетом ограничения способности к самообслуживанию имеет схожую картину со способностью к самостоятельному передвижению и отражено в таблице 4.

Таблица 4 – Степень выраженности ограничения способности к самообслуживанию у обследуемого контингента в зависимости от возрастной категории (n=40)

Возрастная группа	Степень выраженности ограничений жизнедеятельности											
	ФК1			ФК2			ФК3			ФК4		
	абс.	Р, %	95ДИ	абс.	Р, %	95ДИ	абс.	Р, %	95ДИ	абс.	Р, %	95ДИ
2	4	57,1	25,4-84,2	3	42,9	15,8-75,0	-	-	-	-	-	-
3	17	68,0	48,4-82,3	8	32,0	17,21-51,6	-	-	-	-	-	-
4	3	42,9	15,8-75,0	3	42,9	15,8-75,0	1	14,2	2,6-51,3	-	-	-
5	-	-	-	1	100,0	20,7-100,0	-	-	-	-	-	-

Ограничение способности к общению отмечалось у 5 пациентов (7,1%, 95ДИ: 31,5). 4 пациента (80,0%, 95ДИ: 37,6-97,4) с ограничением данной категории находились в 3 возрастной группе и были легкой и умеренной степени выраженности. Ограничение способности контролировать свое поведение отмечались в 3 и 4 возрастной группе: ФК2 – единичный случай (12,5%, 95ДИ: 2,2-47,1) в 3 возрастной группе, ФК1 – в 7 случаях (87,5%, 95ДИ: 52,9-97,8).

Выводы. Наиболее часто определялась 3 группа инвалидности (57 пациента, 83,8%, 95ДИ: 73,3-90,7). Данные пациенты относились к 3 (29 пациентов, 50,9%, 95ДИ: 38,2-63,4) возрастной группе. Во 2 и 4 возрастной группе так же чаще всего определялась 3 группа инвалидности (15 и 8 пациентов соответственно). Среди базовых категорий жизнедеятельности чаще всего у тематических пациентов возникали ограничения способности к ориентации (55 пациентов, 64,7%, 95ДИ: 54,1-74,0). Преобладала умеренная степень выраженности данных нарушений (29 пациентов, 52,7%, 95ДИ: 39,8-65,3). В большинстве случаев ограничения способности к самостоятельному передвижению имели легкую (22 пациента, 50,0%, 95ДИ: 35,8-64,2) и умеренную (21 пациент, 47,7% 95ДИ: 33,8-62,1) степень выраженности и преобладали в 3 возрастной группе (25 пациентов, 56,8%, 95ДИ: 42,2-70,3). Наибольшее число обследуемых пациентов имели легкие ограничения способности к самообслуживанию и так же находились в 3 возрастной группе (24 пациента, 60,0%, 95ДИ: 44,6-73,7).

Оценка нарушенных функций организма у пациентов с туберкулезом органов дыхания при первичном освидетельствовании в медико-реабилитационной экспертной комиссии

Васильченко Я.В., Львова Н.Л., Гур А.О., Боровой А.П.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь
РНПЦ психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь
УЗ «4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко»,
г. Минск, Республика Беларусь

Туберкулез (далее – ТБ), по оценкам Всемирной организации здравоохранения, занимает ведущее место среди инфекционной патологии и является заболеванием, которое входит в десятку наиболее распространенных причин смертности в мире и чаще других инфекционных возбудителей (включая вирус иммунодефицита человека (далее – ВИЧ)/синдром приобретенного иммунодефицита человека) становится причиной смерти [1]. Возбудителем ТБ является *Mycobacterium tuberculosis* (далее – МБТ), которая распространяется при попадании в воздух от больных ТБ. Возбудитель обычно поражает легкие (легочный туберкулез), но может поражать и другие органы (внелегочный туберкулез). Инфекция МБТ имеется примерно у четверти населения мира [1].

При отсутствии проводимого лечения от ТБ, около 65% случаев заболевания ТБ в открытой форме приводят к летальному исходу, чаще всего, в течение двух лет. Однако если лечение проводится, смертность может составить до 10%, из-за несоблюдения предписанных режимов лечения, а также при наличии сопутствующей патологии или лекарственной устойчивости (далее – ЛУ) [2].

Появление и распространение форм ТБ, устойчивых к противотуберкулезным препаратам, представляют особую трудность, поскольку ЛУ формы труднее поддаются лечению, а само лечение связано с большими затратами по сравнению с лекарственно-чувствительными формами заболевания [2].

Согласно оценкам ВОЗ, ежегодно регистрируется около 450 тыс. случаев ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (далее – МЛУ-ТБ) среди вновь выявленных больных и пациентов, ранее проходивших лечение. Во многих странах отмечаются случаи заболевания ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (далее – ШЛУ-ТБ).

Распространение ЛУ форм МБТ часто обусловлено сочетанием ТБ с заболеваниями, осложняющими и затрудняющими лечение, такими как: болезни сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, нервно-психические заболевания, хронические неспецифические болезни органов дыхания, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [3].

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в борьбе с ТБ, это заболевание как медико-социальная проблема, сохраняет свою актуальность в настоящее время и все еще представляет угрозу для общественного здравоохранения.

Цель исследования. Оценить нарушенные функции организма у пациентов с ТБ органов дыхания (далее – ОД) с использованием Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ) при различных клинических формах с учётом сопутствующей патологии, проводимого лечения и остаточных изменений в легких после проведенного лечения.

Материалы и методы. Для оценки функциональных нарушений у пациентов с ТБ ОД осуществлен набор 122 первично освидетельствованных в учреждении здравоохранения «Минская городская медико-реабилитационная экспертная комиссия» пациентов трудоспособного возраста с данной патологией. Проведен осмотр пациентов, анализ лабораторных и инструментальных методов исследований из медицинской карты пациента медико-реабилитационной экспертной комиссии.

Среди обследованных пациентов с ТБ ОД было 84 (68,8%) мужчины и 38 (31,2%) женщин. Средний возраст обследованного контингента составил $44,34 \pm 10,7$ лет.

Наиболее часто встречались пациенты с инфильтративным ТБ легких в 74,6% случаев, диссеминированный ТБ легких был отмечен в 8,2%, очаговый ТБ легких – 4,9%, фиброзно-кавернозный – 4,9%, туберкулезный плеврит – 2,6%, ТБ внутригрудных лимфатических узлов – 1,6%, остальные клинические формы в единичном случае.

У первично освидетельствованных пациентов с ТБ ОД встречалась следующая сопутствующая патология: ВИЧ-инфекция – 9,8%, ишемическая болезнь сердца – 7,4%, сахарный диабет 2 типа – 5,7%, болезни уха – 4,1%, артериальная гипертензия и болезни глаза – 3,3% соответственно и болезни щитовидной железы, туберкулез других локализаций и вирусный гепатит «С» в 1,6% случаев соответственно.

Пациенты с МЛУ-ТБ ОД встречались в 50,0% случаев, ШЛУ в 24,5% случаев, монорезистентностью – 23,0%, полирезистентностью – 2,5%.

Впервые освидетельствованным пациентам наиболее часто назначалась противотуберкулезная химиотерапия в 78,7% случаев, хирургическое лечение в сочетании с противотуберкулезной химиотерапией в 17,2% случаев, хирургическое лечение проведено в 4,1% случаев.

Среди остаточных изменений в легких после проведенного лечения ТБ ОД наиболее часто встречались фиброзные в 54,9% случаев, фиброзно-очаговые в 4,1%, буллезно-дистрофические и плевропневмосклероз в 1,6% случаев соответственно, фиброзные в сочетании с буллезно-дистрофическими в 0,8% случаев соответственно.

Результаты и обсуждения. У пациентов с ТБ ОД, включенных в исследование встречались следующие нарушения функций органов и систем организма с позиций МКФ: нарушения функций дыхательной системы (b440: b4400, b4402, b4409), нарушения функций сердечно-сосудистой системы (b410: b4100, b4101, b4102, b4103, b420), нарушения функций пищеварения (b515), нарушения функций иммунитета (b435), нарушения функций выделения (b6100), нарушение специфических умственных функций (b147), нарушение статодинамической функции (b729: b710, b715, b730), нарушение функций внутренней секреции (b729), нарушение функции сохранения массы тела (b530), нарушение общих метаболических функций (b5401), нарушение функции слуха (b230) и нарушение функции зрения (b210).

Выводы. Таким образом, у пациентов с ТБ ОД, включенных в исследование, были выявлены нарушения функций дыхательной системы и иммунитета, которые встречались в 100% случаев, сердечно-сосудистой системы в 23,7% случаев, выделения в 90% случаев, сохранения массы тела в 21,3% случаев, внутренней секреции в 6,5% случаев, слуха – 4%, пищеварения – 3,2%, специфических умственных функций и функций зрения в 2,4% случаев и нарушение статодинамической функции в 0,8% случаев. Отобранные категории МКФ у пациентов с ТБ ОД будут использоваться для целей медико-социальной экспертизы и реабилитации.

Литература

1. Global Tuberculosis Report 2020 / World Health Organization, 2020. – Mode of access: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/html. – Date of access: 16.03.2023.
2. Global Tuberculosis Report 2019 / World Health Organization, 2019. – Mode of access: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/html. – Date of access: 01.03.2023.
3. Факторы риска развития туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя / И.С. Гельберг [и др.] // Курский научно-практический вестник. Человек и его здоровье. – 2015. – №1. – С.17-22.

Туберкулез органов дыхания как актуальная медицинская, социальная и экономическая проблема

Васильченко Я.В., Львова Н.Л., Гур А.О.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь
РНПЦ психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь

Туберкулез (далее – ТБ) остается одной из самых актуальных медицинских, социальных и экономических проблем и, являясь инфекционной болезнью, вызываемой микобактерией туберкулеза (далее – МБТ), является одной из десяти ведущих причин смерти в мире.

По данным Европейского региона всемирной организации здравоохранения в 2021 г. было зарегистрировано почти 230 000 случаев ТБ, что на 4,5% больше, чем в 2020 г., а численность умерших от ТБ составила 1,6 млн человек. Кроме того, с 2020 по 2021 гг. увеличилось на 3% бремя лекарственно-устойчивого туберкулеза (далее – ЛУ-ТБ) и произошло 450 000 новых случаев развития ТБ с устойчивостью к рифампицину. Рост численности заболевающих ТБ и его лекарственно устойчивых (далее – ЛУ) форм отмечается впервые за много лет. Пандемия COVID-19 серьезно снизила успехи, достигнутые в борьбе с ТБ на глобальном уровне: впервые за более чем за десять лет зарегистрирован рост заболеваемости и возросли показатели смертности от этого заболевания [1].

В Республике Беларусь показатель смертности населения от ТБ по сравнению с 2015 г. снизился, в 2019 г. на 45% (с 4 до 2,2 на 100 тысяч человек), показатель заболеваемости ТБ за этот же период снизился на 43,1 % (с 32,7 до 18,6 на 100 тыс. человек). Однако на 35,3 % увеличился удельный вес пациентов с множественным лекарственно-устойчивым туберкулезом (далее – МЛУ-ТБ) в общем количестве пациентов (с 54,7% в 2015 г. до 74% в 2019 г.) [2].

Следует отметить, что в Республике Беларусь, отмечается положительная динамика по показателям заболеваемости и смертности от ТБ как и в странах Европы, так и в Российской Федерации, где с 2009 года отмечается благоприятная динамика основных показателей по ТБ: заболеваемость снизилась на 60,8% и в 2020 г. составила 32,4 на 100 тыс. населения (2009 – 82,6), смертность уменьшилась на 72,5%, составив в 2020 г. 4,6 на 100 тысяч населения (в 2009 г. – 16,7). Снижение показателей в различных федеральных округах России происходит неравномерно, но вектор развития эпидемического процесса однонаправленный. В России также отмечается рост доли пациентов с множественной лекарственной устойчивостью (далее – МЛУ), в том числе пациентов с широкой лекарственной устойчивостью (далее – ШЛУ) возбудителя: с 13,0% среди впервые выявленных пациентов в 2009 г. до 31,5% в 2020 г. [3].

Растет доля пациентов с ВИЧ-ассоциированным ТБ: если в 2009 г. этот показатель среди впервые выявленных пациентов составлял 5,5%, то в 2020 г. он вырос почти в пять раз и составил 25,6% [2].

Сочетание ТБ и поздних стадий ВИЧ-инфекции изменило патогенез туберкулезного процесса, сдвинув его в сторону альтеративного воспаления с потерей типичных клинко-рентгенологических признаков и развитием генерализованных процессов лимфогенного и гематогенного генеза. Все это сопровождается снижением эффективности лечения, ростом числа умерших, а также усложнением диагностики вследствие необходимости выполнения инвазивных процедур для верификации диагноза у данной категории пациентов [2].

МЛУ вносит дополнительную сложность в решение этой проблемы как в Республике Беларусь, так и во всем мире. Рост числа пациентов с ТБ с МЛУ/ШЛУ МБТ сопровождается появлением новых серьезных проблем, таких как удлинение сроков лечения, и, как следствие, сложностями формирования приверженности к лечению. Помимо этого, нельзя не отметить существенное удорожание лечебного процесса, связанного как с необходимостью формирования новых алгоритмов диагностики, так и с использованием для лечения дорогостоящих медикаментов второго ряда. Кроме того, ТБ с МЛУ создает значительные проблемы при проведении химиопрофилактики и превентивного лечения.

Комплексное оказание медицинской помощи пациентам с МЛУ-ТБ, предусматривающее прием многих препаратов первого и второго ряда, превращает его лечение в сложный и дорогостоящий процесс. В настоящее время согласно действующему клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов с туберкулезом (взрослое, детское население)», утвержденное Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь №118 от 16.12.2022 г. для лечения лекарственно-чувствительного ТБ обычно требуется четыре препарата и 6 месяцев терапии, то лечение МЛУ-ТБ, как правило, занимает 18-24 месяца и предполагает прием, как минимум, пяти препаратов второго ряда. Эти средства нередко ассоциируются с побочными проявлениями в ходе лечения МЛУ-ТБ.

По данным ВОЗ успех лечения достигается лишь у 57% пациентов с МЛУ-ТБ, это связано с плохой переносимостью химиопрепаратов и высокой частотой сопутствующей патологии у пациентов с туберкулезом органов дыхания, в результате чего возникают стойкие нарушения многих функций органов и систем организма, приводящие к стойким ограничениям жизнедеятельности и инвалидности [4].

Пациенты с ТБ органов дыхания, после прошедшего лечения, сталкиваются с еще одной из значимой социальной проблемой – возвращение к своей профессии и интеграции в производственную и социальную среду. У данной группы пациентов имеются ограничения способности осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к квалификации, содержанию, объему, условиям труда и режимом работы.

В Республике Беларусь по данным Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов в Республике Беларусь в 2020 г. среди пациентов с туберкулезом органов дыхания преобладали инвалиды 2 группы; тяжесть первичной инвалидности (сумма первой и второй групп инвалидности) составила 78,6%. В Российской Федерации в структуре инвалидности также преобладают инвалиды 2 группы [5].

В настоящее время ТБ органов дыхания вызывается трудности в проводимом лечении из-за роста МЛУ и ШЛУ ТБ, часто сопровождается нали-

чием коморбидной патологии и характеризуется высокой тяжестью первичной инвалидности, вследствие чего существует практическая необходимость в научно обоснованной разработке параметров (критериев) комплексной, дифференцированной оценки степени выраженности стойких нарушений функций органов и систем организма у пациентов с туберкулезом органов дыхания (в том числе с МЛУ-ТБ, наличием осложнений как самого заболевания, так и проводимого лечения), ограничений жизнедеятельности, а также клинико-трудового прогноза с учетом международного опыта и последних достижений в области лечения и реабилитации при туберкуле органов дыхания, что в свою очередь будет направлено на социальную защиту и социальную интеграцию пациентов с туберкулезом органов дыхания в семью, коллектив, общество.

Литература

1. Global Tuberculosis Report 2022 / World Health Organization, 2022. – Режим доступа: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/html. – Дата доступа: 17.03.2023.
2. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы. Изменения и дополнения: Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 20 апреля 2022 г. № 237: постановление Совета министров Респ. Беларусь, 19 янв. 2021 г., №28 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – 2022. – 5/50159.
3. Ресурсы и деятельность противотуберкулёзных организаций Российской Федерации в 2019-2020 гг. статистические материалы / О.Б. Нечаева [и др.]. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2021. – 112 с.
4. Global Tuberculosis Report 2021 / World Health Organization, 2021 [Electronic resource]. – Mode of access: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/html. – Date of access: 17.03.2023.
5. Инвалидность по туберкулезу в период улучшения эпидемиологической ситуации за 2015-2017 гг. / О.А. Домницкий [и др.] // ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет». Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». – 2019. – №4. – С.75-81.

Расстройства депрессивного спектра: проблемы диагностики и экспертизы

Гребень Н.Ф.

РНПЦ психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь

В современном мире, где продолжает нарастать ситуация неопределенности, особую актуальность приобретает проблема расстройств депрессивного спектра. По данным различных эпидемиологических исследований, этой психической патологией страдает до 20% населения развитых

стран [1]. В нашей стране этот показатель составляет порядка 12% от общей популяции, при этом процент распространенности среди женщин оказался значительно больше (17,7%), чем среди мужчин (7%) [2]. Вместе с тем, депрессивная симптоматика характерна и для других психических нарушений (острая реакция на стресс, соматоформные расстройства, аддикции, дегенеративно-дистрофические процессы головного мозга, расстройства личности). В последние годы определенную остроту в международных дискуссиях приобретает проблема разграничения острой выраженной реакции горя при потере близких и клинического депрессивного эпизода. Депрессивные расстройства часто наблюдаются и у пациентов соматических клиник. Так, у лиц с инвалидизирующими заболеваниями депрессия встречается с частотой 20-60%. В кардиологической практике депрессии встречаются с частотой 15-38% [3].

В официальных классификациях (МКБ-10, DSM-IV), отражающих самые общие, не связанные с нозологией и лежащими в основе формирования гипотимии клинико-патогенетическими механизмами, свойствами аффективных расстройств, основное значение придается вариантам течения депрессии. При этом выделяются единственный депрессивный эпизод, рекуррентная депрессия, биполярное расстройство (смена депрессивных и маниакальных фаз), хронические аффективные расстройства (циклотимия, дистимия – хроническая гипотимия с эпизодами «двойной» депрессии). Депрессии ранжируются также по степени тяжести – легкая, умеренная, тяжелая. При этом тяжелый депрессивный эпизод подразделяется по признаку наличия/отсутствия психотических симптомов на две категории-рубрики в МКБ-10 [4].

Кроме официальных классификаций депрессивные расстройства могут систематизироваться согласно возрасту (депрессия детского возраста, юношеская, гериатрическая, ...); по этиологическому фактору (соматогенные, эндогенные, психогенные); соответственно особенностям течения (явные, маскированные/ларвированные).

Ряд авторов считает, что повышение распространенности и выявляемости депрессии в последние десятилетия связано не только с реальным увеличением заболеваемости и болезненности, но и с такими факторами, как патоморфоз психических расстройств в направлении уменьшения частоты выраженных форм и увеличения непсихотических, в частности, депрессивных и тревожно-депрессивных вариантов. Нельзя исключить и роль фарминдустрии, предлагающей многочисленные антидепрессивные средства с весьма широкими спектром действия. Наконец, культивирование гедонистических мотивов в жизни и деятельности современного человека, по видимому, снижает порог morbidity при ранее личностно преодолимых трудностях психофизической адаптации: не случайно ангедония стала кардинальным признаком депрессии в современных классификациях [5].

Несмотря на высокую распространенность расстройств депрессивного спектра, они достаточно трудно поддаются объективной диагностике. Наиболее явными причинами этого, на наш взгляд, выступают следующие: 1) отсутствие общепринятой научно обоснованной классификации депрессивных расстройств; 2) клиническая разнородность депрессивных состояний; 3) сложности дифференциальной диагностики в связи с коморбидностью депрессивных расстройств; 4) недооценивание роли биологических маркеров депрессии; 5) наличие алекситимии у пациентов, что затрудняет сбор анамнеза; 6) упрощение или замена структурированного сбора амнестических данных врачом на операциональную диагностику; 7) определенная «легкость» симуляции или метасимуляции депрессивной симптоматики. Более подробно остановимся на двух последних причинах.

Как показывает практика, сегодня наиболее распространенными методами диагностики расстройств депрессивного спектра являются клинко-психопатологическое обследование и применение психометрических шкал. На использование клинических психодиагностических шкал, опросников и самоопросников, все чаще возлагаются надежды, как на доказательную диагностику, приемлемую и для исследований, и для практики. Такие подходы оправдали себя при регистрации изменений состояния в процессе терапии и являются обязательным инструментом клинических исследований. Однако данный измерительный подход имеет ряд ограничений, его использование сопряжено с риском оказаться «заложниками инструмента» [5].

Вместе с тем современные специалисты располагают относительно небольшим набором психометрических шкал для диагностики депрессивных расстройств. Однако ни одну из них нельзя считать универсальным инструментом.

Например, широко известная в клинической практике методика «Госпитальная шкала самооценки тревоги и депрессии (HADS)», может использоваться только в качестве скринингового инструмента для выявления расстройств тревожно-депрессивного спектра в общей практике. При этом самоопросник отличается «прозрачностью», он не включает проверку на ложь, что повышает риск гипердиагностики. В случае, когда тревожная симптоматика слабо выражена, либо вовсе отсутствует, более уместно использовать «Самоопросник депрессии (PHQ-9)», который не учитывает этиологический фактор депрессии, но в то же время позволяет получить первичное представление о ее наличии и степени тяжести. Но данный опросник не получил такого широкого применения на практике.

«Шкала оценки депрессии Гамильтона (HDRS, HAM-D) и «Шкала Монтгомери-Асберг (MADRS)» разработаны для врачей-клиницистов. При этом, как отмечают специалисты обе шкалы не в полной мере регистрируют значимые клинические симптомы депрессивных расстройств, в частности, суточные колебания настроения.

Популярная в клинической практике методика «Шкала депрессии Бека (BDI)» отличается тем, что она выявляет более высокие показатели, нежели другие опросники на депрессию и тем самым усиливает актуальную тяжесть депрессивного расстройства. Данную шкалу более уместно применять не столько для уточнения диагноза, сколько при проведении когнитивно-бихевиоральной терапии с целью выявления причин депрессии, определения мишеней терапии и отслеживания в динамике психического состояния пациента. «Шкала безнадёжности А. Бека» может применяться как дополнительная, т. к. она выявляет лишь один из компонентов негативной триады когнитивной модели депрессии А. Бека – негативное восприятие своего будущего.

Еще одна широко известная методика «Шкала депрессии Зунга (Цунга)» предназначена для скрининговой дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии. Но данная методика в большей степени ориентирована на выявление субдепрессивных состояний у условно здоровых людей. Недостатки приводимой методики видятся в том, что она не позволяет оценить степень тяжести депрессивного расстройства, а также она не «защищена» от лжи пациентов.

«Шкала депрессии CES-D» относится к числу редко используемых методик в психодиагностической практике и диагностирует степень тяжести депрессии. Однако в нее вошли утверждения, касающиеся тревожной симптоматики, не в полной мере отражены ключевые признаки депрессии, такие как снижение веса, суточные колебания настроения, нарушения сна и пр.

Опросник «Гериатрическая шкала депрессии (GDS) направленный на выявление депрессии у пожилых людей, так называемую органическую депрессию. Тест достаточно прост в применении, не требует больших временных затрат. В тоже время диагностику депрессий у людей пожилого возраста необходимо проводить совместно с учетом сохранности их когнитивного функционирования, что не всегда соблюдается.

«Тест цветовых выборов Люшера» также позволяет выявить наличие депрессивного состояния. Данная методика не обладает должными показателями валидности и надежности, не позволяет выявлять степень тяжести депрессии. Поэтому ее можно применять только в качестве «ориентировочной».

Отдельно следует отметить, что большинство перечисленных методик было создано в 60-80 гг. XX ст., что делает их нечувствительными к временным изменениям в понимании и течении депрессивных расстройств. Многие из них не были должным образом стандартизированы и адаптированы в русскоязычной версии, не подвергались проверке психометрических показателей в последние 10-20 лет. Что касается Республики Беларусь, то ни одна из перечисленных методик не была адаптирована на белорусской популяции.

Еще одним проблемным вопросом объективной диагностики депрессии является дифференциация собственно депрессивных эпизодов и дистимии как невротической депрессии. Диагностика последней не может быть установлена только на основании данных шкал депрессии, а предполагает обязательное использование личностных опросников и желательно биографических анкет. Не следует забывать и то, что ряд специалистов в области психического здоровья (Э. Крепелин, К. Шнайдер, П.Б. Ганнушкин) выделяли депрессивный тип личности как самостоятельный тип психопатии, хотя в разделе МКБ-10 F60-F69 данное расстройство отсутствует.

В психиатрической клинике применение психометрических шкал чаще всего возлагается на клинических психологов, хотя ряд опросников на депрессию являются инструментарием, разработанным для врачей. Сами же клинические психологи по-прежнему остаются недостаточно включенным в процесс оказания медицинской помощи, что затрудняет их полное видение картины болезни пациента. При проведении патопсихологических обследований на выявление и оценку тяжести депрессивной симптоматики крайне важно учитывать отношение пациента к своему заболеванию. В реальности же проблема отношения к болезни практически не фигурирует как диагностическая задача патопсихологического обследования.

Особое значение вопрос отношения к болезни приобретает при проведении медицинских экспертиз, когда решается не только дальнейшая судьба пациента, но и обремененная трата средств государственного бюджета. Необходимо иметь в виду, что пациент по тем или иным мотивам может скрывать некоторые существенные проявления болезненного состояния, и при этом даже не осознавать их, может акцентировать внимание на тех или иных особенностях самочувствия или трудностях социального функционирования, не обязательно обусловленных депрессией, может усиливать тяжесть симптомов, излишне фиксироваться на них, или симулировать их с целью получения определенной выгоды. В данном контексте отметим следующие наиболее значимые типы отношения к заболеванию: отрицающее, аггравирующее, ипохондричное и рентное.

Б.А. Спасенников обращает внимание на то, в судебно-психиатрической экспертизе наиболее часто симулируется депрессия с монотонным поведением, невыразительной мимикой, установкой на недоступность, которая проявляется либо в форме мутизма, либо в нелепых ответах. Иногда регистрируются двигательная заторможенность, отказ от еды («меня хотят отравить»), а также демонстративные суицидальные высказывания («я все одно вскроюсь»). Нередко на этом фоне симулируются элементарные зрительные и слуховые галлюцинаторные расстройства. Подследственный жалуется на галлюцинации («слышу чей-то голос»), нарушение мышления («в голове пустота»), «мысли пропали, дураком стал», «что-то меня толкает, заставляет грабить»). Эти словосочетания обычно повторяются в однообразной форме [6].

Таким образом, объективная диагностика расстройств депрессивного спектра как в клинической, так и экспертной практике представляет собой достаточно непростую задачу. Во многом это сопряжено с несовершенством психометрического инструментария, а также сложившейся клинической практикой, где игнорируется системный подход к решению практических задач. Все сказанное свидетельствует о потребности разработки новых психометрических методик и методологических подходов, которые позволят сделать диагностику расстройств депрессивного спектра более точной и надежной.

Литература

1. Возможности применения лабораторных биомаркеров для объективной диагностики депрессивных расстройств / В.К. Шамрей [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – №13(2). – С.34-39.
2. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний по регионам Республики Беларусь. STEPS 2020: ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2021. – 50 с.
3. Депрессивные состояния. Оценка готовности медсестер к применению на практике теории созидательной заботы / И.В. Молчанова [и др.] // Медицинская сестра. – 2018. – №20(3). – С.51-56.
4. Смулевич, А.Б. Депрессия – актуальные проблемы систематики / А.Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая // Журнал неврологии и психиатрии. – 2012. – №11, Вып.2. – С.3-10.
5. Краснов, В.Н. Проблемы современной диагностики депрессии / В.Н. Краснов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2012. – №11. – Вып.2. – С.3-10.
6. Спасенников, Б.А. О признаках симуляции психических расстройств подследственными / Б.А. Спасенников // Вестник института: преступление, наказание, исправление. – 2017. – №3. – С.65-68.

Разработка критериев оценки ограничений жизнедеятельности у детей с расстройствами аутистического спектра с использованием положений МКФ

Емельянцева Т.А., Смычѣк В.Б., Мартыненко А.И.,
Захаревич О.Ю., Лакутин А.А.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

С учетом того, что расстройства аутистического спектра (далее – РАС) являются основными причинами первичной инвалидности у лиц с психическими расстройствами в возрасте до 18 лет, актуальна разработка критериев оценки ограничений жизнедеятельности у детей указанного контингента с использованием Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ) [1].

Цель исследования. Улучшить качество медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) детей с РАС путем научного обоснования, разработки и внедрения методики МСЭ с применением положений МКФ.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено в рамках НИР «Разработать и внедрить метод медицинской экспертизы детей с психическими и поведенческими расстройствами» («Экспертиза, реабилитация, качество оказания помощи»), №ГР 20190630, срок выполнения 2019-2023 гг.

Для разработки научно обоснованных критериев оценки ограничений жизнедеятельности у детей с РАС проведена комплексная оценка состояния здоровья в соответствии с положениями МКФ у 69 (М/Д=53/16) пациентов с РАС (F 84) в возрасте $8,18 \pm 4,43$ лет. Все пациенты с РАС относились к категории «ребенок-инвалид» и имели установленную степень утраты здоровья (далее – СУЗ), из них: СУЗ 2 – 28 (40,6%) детей (М/Д=22/6), СУЗ 3 – 38 (55,1%) детей (М/Д=28/10), СУЗ 4 – 3 (4,3%) ребенка (все лица мужского пола).

Для уточнения достоверно значимых механизмов формирования ограничений жизнедеятельности у детей с РАС с использованием положений МКФ использовался метод ранговой корреляции Спирмана.

С целью уточнения достоверности взаимосвязей установленных нарушений психических функций, ограничений активности и участия по кодам МКФ у детей с РАС использован статистический анализ с применением метода полиномиальной регрессии. Качество приближения модели оценивалось на основе метода максимального правдоподобия, показателями которого является отрицательный удвоенный логарифм функции правдоподобия – $-2LL$, меры определенности R^2 (Nadelkerkes).

Результаты и обсуждение. По результатам корреляционного анализа выявлены ведущие нарушения по кодам МКФ, достоверно определяющие тяжесть ограничений жизнедеятельности у детей с РАС ($r_{\text{Спирмана}} < 0,001$) (рисунок).

Результаты регрессионного анализа достоверности разработанных критериев представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты регрессионного анализа при оценке достоверности взаимосвязей установленных нарушений психических функций, ограничений активности и участия по кодам МКФ и тяжести ограничений жизнедеятельности у детей с РАС

Нарушения психических функций, ограничения активности и участия по кодам МКФ	$-2LL / p$	R^2	C%
b130, b140, b147, b152, b156, b167, d310, d130, d160, d161, d240, d250, d710, d720	74,354 / 0,000	0,826	94

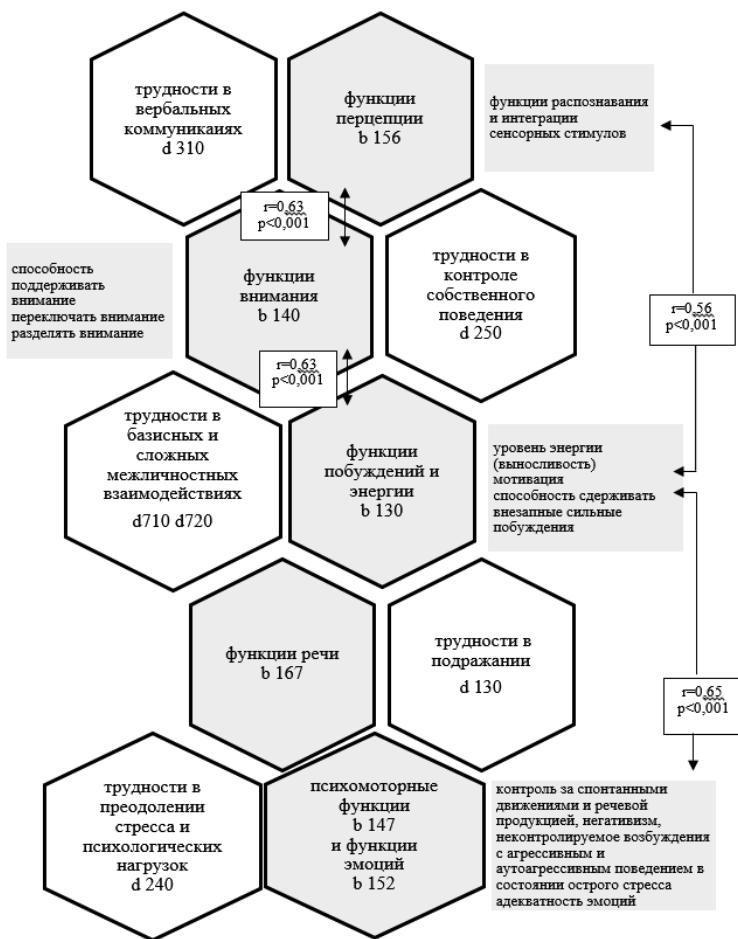


Рисунок – Ведущие нарушения, определяющие тяжесть ограничений жизнедеятельности у детей с РАС с использованием положений МКФ

По результатам регрессионного анализа, установленные критерии, включающие нарушения психических функций, ограничения активности и участия по кодам МКФ, достоверно ($p<0,001$) с вероятностью 94% позволяют объективно устанавливать степень ограничений жизнедеятельности у детей с РАС.

Согласно тому, что у детей с РАС могут определяться различной степени ограничения функционирования и жизнедеятельности, разработаны

описательные клинико-функциональные характеристики для каждой степени нарушений (незначительной, легкой, умеренной, выраженной и резко выраженной) в соответствии с установленными ведущими нарушениями психических функций, ограничениями активности и участия по кодам МКФ, включенные в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 декабря 2021 г. №1686 «Об оценке ограничений жизнедеятельности у лиц с психическими и поведенческими расстройствами в возрасте до 18 лет» [2].

Разработаны критерии установления категории «ребенок-инвалид» и СУЗ у лиц с РАС в возрасте до 18 лет (таблица 2).

Таблица 2 – Критерии установления категории «ребенок-инвалид» и СУЗ у лиц с РАС в возрасте до 18 лет

№ п/п	Степень утраты здоровья	Критерии установления категории «ребенок-инвалид»	Примечание
1	СУЗ 1	легкое (ФК1) ограничение способности контролировать свое поведение, обусловленное легкими стойкими нарушениями психических функций	
2	СУЗ 2	умеренное (ФК2) ограничение способности контролировать свое поведение, обусловленное умеренными стойкими нарушениями психических функций; легкое (ФК1) ограничение трех и более базовых категорий жизнедеятельности, приводящих к синдрому социальной компенсации	синдром социальной компенсации может быть обусловлен легкими стойкими нарушениями психических функций, а также сопутствующими легкими стойкими нарушениями функций голоса и речи, сенсорных функций (зрения, слуха), статодинамической функции
3	СУЗ 3	выраженное (ФК3) ограничение способности контролировать свое поведение, обусловленное выраженными стойкими нарушениями психических функций; умеренное (ФК2) ограничение трех и более базовых категорий жизнедеятельности, приводящих к синдрому социальной компенсации	синдром социальной компенсации может быть обусловлен умеренными стойкими нарушениями психических функций, а также сопутствующими умеренными стойкими нарушениями функций голоса и речи, сенсорных функций (зрения, слуха), статодинамической функции
4	СУЗ 4	выраженное (ФК3) ограничение трех и более базовых категорий жизнедеятельности, приводящих к синдрому социальной компенсации	

При осуществлении МСЭ у лиц с РАС в возрасте до 18 лет устанавливается легкая степень ограничений жизнедеятельности (СУЗ 1) при наличии легкого (ФК1) ограничения способности контролировать свое поведение, обусловленного стойкими легкими нарушениями психических функций; ограничения к ориентации могут оцениваться как незначительные (ФК0) (ориентация сохраняется в незнакомой обстановке) или легкие (ФК1) (ориентация сохраняется в привычной обстановке, затрудняется в незнакомой обстановке); ограничения к общению могут оцениваться как незначительные (ФК0) или легкие (ФК1), с учетом степени нарушений функций голоса и речи.

Умеренная степень ограничений жизнедеятельности у детей с РАС (СУЗ 2) устанавливается при наличии умеренного (ФК2) ограничения способности контролировать свое поведение, обусловленного умеренными стойкими нарушениями психических функций; а также при наличии легких (ФК1) ограничений трех и более базовых категорий жизнедеятельности, приводящих к синдрому социальной компенсации.

Синдром социальной компенсации может быть обусловлен легкими стойкими нарушениями психических функций, а также сопутствующими легкими стойкими нарушениями функций голоса и речи, легкими стойкими нарушениями сенсорных функций (зрения, слуха), легкими стойкими нарушениями статодинамической функций.

Выраженная степень ограничений жизнедеятельности у детей с РАС (СУЗ 3) устанавливается при наличии выраженного (ФК3) ограничения способности контролировать свое поведение, обусловленного выраженными стойкими нарушениями психических функций, а также при наличии умеренных (ФК2) ограничений трех и более категорий жизнедеятельности, приводящих к синдрому социальной компенсации. Синдром социальной компенсации может быть обусловлен умеренными стойкими нарушениями психических функций, а также сопутствующими умеренными стойкими нарушениями функций голоса и речи, умеренными стойкими нарушениями сенсорных функций (зрения, слуха), умеренными стойкими нарушениями статодинамической функций.

Резко выраженная степень ограничений жизнедеятельности у детей с РАС (СУЗ 4) устанавливается при наличии выраженных (ФК3) ограничениях трех и более базовых категорий жизнедеятельности, приводящих к синдрому социальной компенсации.

Выводы:

1. Уникальный инструмент МКФ позволяет оценить ограничения функционирования и жизнедеятельности в целом, принять объективное экспертное решение, минимизировать экспертные ошибки при осуществлении МСЭ детей с РАС.

2. Разработанный алгоритм МСЭ детей с РАС с применением положений МКФ позволяет уточнить механизмы восстановления (компенсации) нарушений функционирования и жизнедеятельности, разработать научно обоснованные подходы к реабилитации и абилитации.

Литература

1. International classification of functioning, disability and health: ICF / World Health Org. – Geneva : WHO, 2001. – 315 p.
2. Об оценке ограничений жизнедеятельности у лиц с психическими и поведенческими расстройствами в возрасте до 18 лет [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 29 дек. 2021 г., №1686 // Пех. Беларусь / ООО «Юр-спектр», Нац. Центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

Тяжесть первичной инвалидности населения Республики Беларусь вследствие злокачественных новообразований молочной железы

Ильяхин П.А., Луцинская С.И.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь
РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2020 г. рак молочной железы был диагностирован у 2,3 миллиона женщин, при этом в мире было зарегистрировано 685 000 случаев смерти от этой болезни. К концу 2020 г., в живых оставались 7,8 миллиона женщин, у которых за последние пять лет был диагностирован рак молочной железы, а это означает, что данный вид рака является самым распространенным онкологическим заболеванием в мире. Число утраченных лет здоровой жизни женщин с этим диагнозом в мире превышает аналогичный показатель в отношении любого другого вида рака у женщин. Рак молочной железы встречается во всех странах мира у женщин любого возраста после достижения половой зрелости [1].

В Республике Беларусь ежегодно регистрируется около 5 тыс. новых случаев злокачественных опухолей молочной железы [2]. При этом более 2,5 тыс. женщин ежегодно признается инвалидами вследствие данной патологии. Высокая заболеваемость и смертность женщин вследствие злокачественных новообразований молочной железы, снижение качества и продолжительности жизни обуславливают остроту и важность данной проблемы.

В связи с этим нами было проведено изучение состояния и динамики тяжести первичной инвалидности вследствие рака молочной железы за пе-

риод 2012-2021 гг. Материалом исследования послужили данные информационной системы «Инвалидность» за 2012-2013 гг. и Республиканской информационно-аналитической системы по медэкспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь за период 2014-2021 гг., функционирующих на базе РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации.

В Республике Беларусь за период с 2012 г. по 2021 г. было впервые признано инвалидами вследствие злокачественных новообразований молочной железы 12 434 женщины. В среднем за год инвалидность устанавливалась 1 243±19 женщинам. При этом чаще всего в исследуемом контингенте устанавливалась 2 группа инвалидности. Так в целом за 10 лет инвалидами 2 группы было признано 7 659 женщин. У 2 870 женщин установлена 3 группа инвалидности. Инвалидами наиболее тяжелой 1 группы было признано 1 905 женщин (таблица 1). В среднем за год инвалидность 2 группы устанавливалась у 766±16 женщин, инвалидность 3 группы определялась у 287±9 женщин, 1 группа инвалидности устанавливалась у 191±7 женщины.

Таблица 1 – Тяжесть первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований молочной железы в Республике Беларусь

Год освидетельствования	1 группа	2 группа	3 группа
2012	230	827	305
2013	208	735	255
2014	172	738	275
2015	201	836	265
2016	187	767	247
2017	174	743	265
2018	197	795	323
2019	197	807	306
2020	154	729	306
2021	185	682	323
Всего	1 905	7 659	2 870

Число инвалидов 1 группы за исследуемый период снизилось на 19,6% (с 230 чел. в 2012 г. до 185 чел. в 2021 г.), число инвалидов 2 группы уменьшилось на 17,5% (с 827 чел. в 2012 г. до 682 чел. в 2021 г.), число инвалидов 3 группы напротив увеличилось на 5,9% (с 305 чел. в 2012 г. до 323 чел. в 2021 г.).

Удельный вес инвалидов 1 и 2 групп за 10 лет снизился с 16,9% до 15,5% и с 60,7% до 57,3% соответственно. Удельный вес инвалидов 3 группы увеличился с 22,4% в 2012 г. до 27,1% в 2021 г. В целом за исследуемый период 1 группа инвалидности – в 15,3% случаев, удельный вес инвалидов 2 группы составил 61,6%, 3 группа инвалидности устанавливалась в 23,1% случаев (таблица 2).

Таблица 2 – Структура тяжести первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований молочной железы в Республике Беларусь

Год освидетельствования	1 группа		2 группа		3 группа	
	%	95ДИ	%	95ДИ	%	95ДИ
2012	16,9	14,9-18,9	60,7	58,1-63,3	22,4	20,2-24,6
2013	17,4	15,2-19,5	61,4	58,6-64,1	21,3	19,0-23,6
2014	14,5	12,5-16,5	62,3	59,5-65,0	23,2	20,8-25,6
2015	15,4	13,5-17,4	64,2	61,6-66,8	20,4	18,2-22,5
2016	15,6	13,5-17,6	63,9	61,1-66,6	20,6	18,3-22,9
2017	14,7	12,7-16,7	62,9	60,1-65,6	22,4	20,0-24,8
2018	15,0	13,1-16,9	60,5	57,8-63,1	24,6	22,2-26,9
2019	15,0	13,1-17,0	61,6	59,0-64,2	23,4	21,1-25,7
2020	13,0	11,0-14,9	61,3	58,5-64,1	25,7	23,3-28,2
2021	15,5	13,5-17,6	57,3	54,5-60,1	27,1	24,6-29,7
Всего	15,3	13,3-17,3	61,6	58,9-64,3	23,1	20,7-25,4

Тяжесть первичной инвалидности (суммарный удельный вес инвалидов 1 и 2 групп) вследствие злокачественных новообразований молочной железы в целом за 10 лет составила 76,9%. На протяжении исследуемого периода данный показатель колебался. Максимальный показатель тяжести зарегистрирован в 2015 г. – 79,6% (рисунок 1). С 2016 г. происходило практически ежегодное, за исключением 2019 г., снижение тяжести инвалидности до минимального показателя за весь исследуемый период – 72,9% в 2021 г. (3,92; $p < 0,001$). Средний темп убыли показателя тяжести за исследуемый период составил 0,6%.

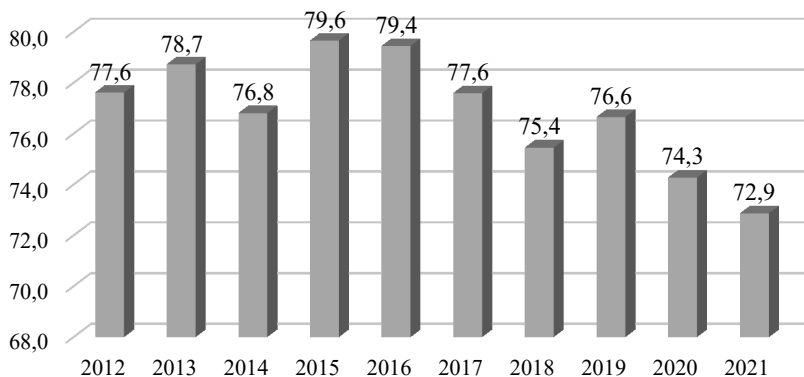


Рисунок 1 – Динамика тяжести первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Республике Беларусь

Структура тяжести первичной инвалидности имела особенности среди женщин, проживающих в городской и сельской местности ($\chi^2=8,1$; $p=0,017$). Так среди городских жительниц инвалиды 1 группы составляли 15,2%, инвалиды 2 группы – 62,2%, 3 группы – 22,7%. Среди женщин, проживающих в сельской местности удельный вес инвалидов 1 и 3 групп были несколько выше – 16,0% и 25,0% соответственно. Доля инвалидов 2 группы напротив была ниже – 59,0%.

Тяжесть первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в целом за исследуемый период была выше среди городских жительниц, чем среди жительниц сельской местности – 77,3% против 75,0% соответственно (2,37; $p=0,017$).

Как среди жительниц города, так и среди жительниц села в исследуемом периоде произошло снижение тяжести первичной инвалидности.

Анализ тяжести первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в разрезе возрастных групп показал, что наибольшая тяжесть первичной инвалидности была характерна для старшей возрастной группы – 70 лет и старше – 91,0% (рисунок 2). Далее следовала возрастная группа 60-69 лет, тяжесть первичной инвалидности в которой в целом за исследуемый период составляла 82,7%. Наиболее молодая возрастная группа 20-29 лет по показателю тяжести инвалидности занимала 3 ранговое место – 77,5%. Далее следовали возрастные группы 50-59 лет и 30-39 лет с показателями 74,4% и 72,1% соответственно. Наименьшая тяжесть инвалидности отмечена среди женщин в возрасте 40-49 лет – 65,5% ($p<0,001$).

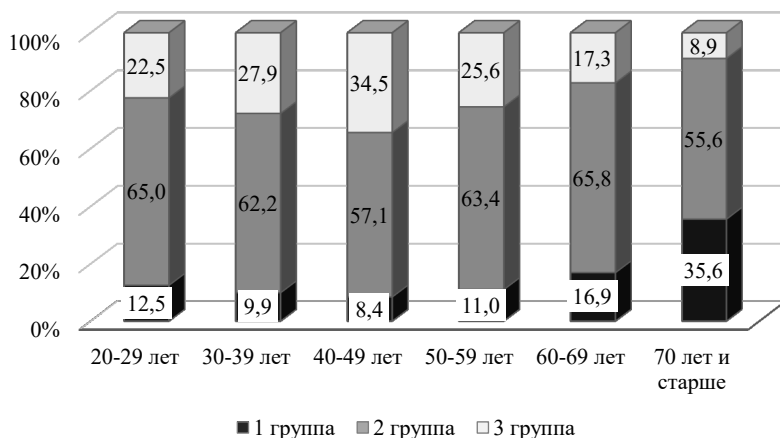


Рисунок 2 – Структура тяжести первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований молочной железы в различных возрастных группах

Стабильной динамики к снижению или росту показателя тяжести первичной инвалидности не выявлено ни в одной возрастной группе. Наибольший среднегодовой темп убыли зафиксирован в возрастной группе 20-29 лет – 5,4%. Среди женщин в возрасте 50-59 лет среднегодовой темп убыли составил 1,2%, среди женщин в возрасте 30-49 лет – 1,2%. Среди женщин в возрасте 60-69 лет зафиксировано незначительное увеличение показателя тяжести в исследуемом периоде – среднегодовой темп прироста составил 0,2%. В старшей возрастной категории показатель тяжести за исследуемый период практически не изменился.

Таким образом, проведенное изучение тяжести первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований молочной железы показало, что чаще всего при данной патологии устанавливается 2 группа инвалидности – в 61,6% случаев. Тяжесть первичной инвалидности (суммарный удельный вес инвалидов 1 и 2 групп в целом за исследуемый период составила 76,9%, при этом в последние годы отмечается благоприятная тенденция к снижению данного показателя. Отмечены некоторые особенности тяжести первичной инвалидности с учетом места проживания и возраста. Так среди городских жительниц данный показатель был существенно выше, чем среди жительниц села (77,3% против 75,0%). Показатель тяжести первичной инвалидности старшей возрастной группы (91,0%) существенно превышал аналогичные значения среди женщин младших возрастов.

Литература

1. Рак молочной железы. Информационный бюллетень // Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – 2021. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>. – Дата доступа: 06.06.2023.

2. Океанов, А.Е. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за 2010-2019 гг. / А.Е. Океанов [и др.] – Мн. : РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2020. – 298 с.

Показатели, оказывающие влияние на длительность инвалидности у детей при острых лейкозах

Казакевич Д.С., Дорошенко И.Т., Алферова А.И., Борисевич М.В.,
Рудкова Е.В., Голикова К.В., Захарова Н.А.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь
РНПЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии,
д. Боровляны, Республика Беларусь

Острый лейкоз (далее – ОЛ) – самая частая злокачественная опухоль кроветворной ткани у детей в возрасте от 0 до 14 лет [1].

Применение интенсифицированных программ химиотерапии и лучевой терапии позволило улучшить показатели выживаемости детей с ОЛ, однако, используемые методы лечения оказывают существенное влияние на организм – впоследствии возникают серьезные осложнения противоопухолевой терапии. Токсичность, развивающаяся в ходе химиотерапии пациентов с ОЛ, как правило, носит острый характер, но может оказывать в дальнейшем влияние на развитие нарушений функций органов и систем организма, приводящих к ограничениям жизнедеятельности и инвалидности [2-6]. Возможные последствия проведенной терапии также влияют и на срок установления категории «ребенок-инвалид», что необходимо учитывать при проведении медико-социальной экспертизы детей с ОЛ.

Цель исследования. Разработать перечень показателей, оказывающих влияние на сроки установления инвалидности (на 1 год, на 2 года, на 5 лет, до 18 лет) у детей при остром лимфобластном лейкозе (далее – ОМЛ) и остром миелоидном лейкозе (далее – ОЛЛ).

Материалы и методы исследования. Объектом клинико-экспертного исследования явилось 40 детей-инвалидов с ОЛ в возрасте от 1 года до 17 лет, имеющих нарушения функций кроветворения вследствие острого ОЛЛ и ОМЛ и завершивших специализированное противоопухолевое лечение. Характеристика пациентов с ОЛ представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика детей-инвалидов с ОЛ

Показатель		Количество	
		абс.	Р, ДИ, %
Пол	мужской	19	47,5%, ДИ: 32,9-62,5
	женский	21	52,5, ДИ: 37,5-67,1
Место жительства	город	33	82,5%, ДИ: 68,1-91,3
	село	7	17,5, ДИ: 8,8-32,0
Возрастной период	1-2	1	2,5, ДИ: 0,4-12,9
	3-5	7	17,5, ДИ: 8,7-31,9
	6-9	19	47,5, ДИ: 32,9-62,5
	10-13	5	12,5, ДИ: 5,5-26,1
	14-17	9	20,0, ДИ: 10,5-34,8
Группа риска	стандартная (низкая)	28	70,0, ДИ: 54,6-81,9
	промежуточная	8	20,0, ДИ: 10,5-34,8
	высокая	4	10,0, ДИ: 4,0-23,1
Лучевая терапия	да	2	5,0, ДИ: 1,4-16,5
	нет	38	95,0, ДИ: 83,5-98,6
Токсичность на лечении, степень	1-2	24	60,0, ДИ: 44,6-73,7
	3	2	5,0, ДИ: 1,4-16,5
	4	14	35,0, ДИ: 22,1-50,5

Среди включенных в исследование детей преобладали девочки (52,5%, ДИ: 37,5-67,1) и городские жители (82,5%, ДИ: 68,1-91,3). Основной патологией в 34 случаях (85,0%, ДИ: 70,9-92,9) явился ОЛЛ, в 6 – ОМЛ (15,0%, ДИ: 7,1-29,1). Медиана возраста пациентов на момент установления диагноза ОЛ составила 4,0 года (0,8-15,9 лет). Медиана времени наблюдения от даты установления диагноза составила 5,2 года (2,3-15,1 лет).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием приложения Vassarstats. Применялись методы описательной статистики: для показателей, характеризующих качественные признаки, учитывалось абсолютное число, относительная величина в процентах (далее – Р), %, при расчете погрешности – 95% доверительный интервал (далее – ДИ).

Результаты. Анализ полученных данных позволил установить, что у всех (100,0%, ДИ: 91,2-100,0) пациентов отмечались явления токсичности как гематологической, так и не гематологической, на терапии ОЛ, при этом у 40,0% (ДИ: 26,4-55,4) – регистрировались явления тяжелой токсичности 3-4 степени. Также установлено, что в период химиотерапевтического лечения одному пациенту была выполнена резекция легкого по причине тяжелых инфекционных осложнений.

Учитывая, что лучевая терапия может приводить к возникновению отдаленных осложнений с развитием нарушений функций органов и систем организма, в ходе исследования выявлено, что 2 (5,0%, ДИ: 1,4-16,5) пациента с ОЛ в рамках протокольного лечения получили краниальное облучение.

Проведенный анализ отдаленных последствий противоопухолевого лечения с учетом вида цитостатических лекарственных препаратов, полученных в ходе лечения, применения лучевой терапии, хирургического лечения показал, что у 20 (50,0%, ДИ: 35,2-64,8) пациентов наблюдались отдаленные последствия лечения. У 5 (25,0%, ДИ: 11,2-46,9) из 20 (100,0% ДИ: 83,9-100,0) пациентов отмечалось более 1-го события в отдаленном периоде. Медиана времени возникновения отдаленного события от даты окончания лечения составила 4,6 года (3,5-10,9 лет).

Следует отметить, что лидирующую позицию (40,0%, ДИ: 21,9-61,3) в структуре отдаленных последствий заняли болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, что у пациентов с ОЛ связано не только с краниальным облучением, но и с использованием в течение длительного времени глюкокортикостероидов, некоторых цитостатических лекарственных препаратов. На болезни нервной системы в структуре отдаленных последствий приходилось 25,0% (ДИ: 11,2-46,9) случаев, на болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 20,0% (ДИ: 8,1-41,6), на болезни системы кровообращения, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни органов пищеварения – по 5,0% (ДИ: 0,9-23,6) случаев соответственно.

На момент исследования все пациенты с ОЛ (100,0%, ДИ: 91,2-100,0) находились в состоянии морфологической ремиссии. Ремиссия на уровне минимальной остаточной болезни установлена у 37 (92,5%, ДИ: 80,1-97,4) пациентов; у 3 (7,5%, ДИ: 2,6-19,9) – отмечалось отсутствие молекулярной ремиссии, в связи с чем был продолжен прием таргетного противоопухолевого препарата после окончания этапа протокольного лечения. Медиана длительности приема лекарственного средства после окончания поддерживающей терапии составила 15 мес. (12-42 мес.).

Было установлено, что только у 32 (80,0%, ДИ: 65,2-89,5) детей на момент исследования сохранялись нарушения функций кроветворения, обусловленные ОЛ или его последствиями (осложнениями), в том числе проведенной специализированной или лучевой терапией. Кроме того, в изученной группе детей имелись нарушения статодинамической функции (10,0%, ДИ: 3,9-23,0), сенсорных функций зрения (5,0%, ДИ: 1,4-16,5), психических функций (2,5%, ДИ: 0,4-12,9), функций дыхания (2,5%, ДИ: 0,4-12,9) и др. Имеющиеся нарушения функций органов и систем организма приводили к ограничениям категорий жизнедеятельности (таблица 2): способности к самостоятельному передвижению – у 47,5% (ДИ: 32,9-62,5) детей, к самообслуживанию – у 45,0% (ДИ: 30,7-60,2), к ведущей возрастной деятельности – у 42,5% (ДИ: 28,5-57,8), к обучению – у 20,0% (ДИ: 10,5-34,8), к трудовой деятельности – у 12,5% (ДИ: 5,5-26,1), к ориентации – у 5,0% (ДИ: 1,4-16,5), к общению – у 5,0% (ДИ: 1,4-16,5), контролировать свое поведение – у 5,0% (ДИ: 1,4-16,5).

Таблица 2 – Удельный вес случаев ограничения категорий жизнедеятельности у исследуемых детей (n=40)

Категория жизнедеятельности	Количество		
	абс.	р, %	ДИ
способность к самостоятельному передвижению	19	47,5	32,9-62,5
способность к самообслуживанию	18	45,0	30,7-60,2
способность к ведущей возрастной деятельности	17	42,5	28,5-57,8
способность к обучению	8	20,0	10,5-34,8
способность к трудовой деятельности	5	12,5	5,5-26,1
способность к ориентации	2	5,0	1,4-16,5
способность к общению	2	5,0	1,4-16,5
способность контролировать свое поведение	1	2,5	0,4-12,9

Результаты медико-социальной оценки нарушений функций и ограничений жизнедеятельности позволили определить должностную степень утраты здоровья у 26 детей (65,0%, ДИ: 49,5-77,9) на срок: 5 лет – у 61,5% (ДИ: 42,5-77,6), 2 года – у 19,2% (ДИ: 8,5-37,9), до достижения 18-летнего возраста – у 15,4% (ДИ: 6,2-33,5), 1 год – 3,9% (ДИ: 0,7-18,9).

С учетом анализа полученных данных были предварительно выделены следующие показатели, оказывающие влияние на длительность установления инвалидности у детей при ОЛЛ и ОМЛ:

1. последствия проведенной химиотерапии, повлекшие нарушения функций органов и систем детского организма;
2. последствия проведенной лучевой терапии на область центральной нервной системы;
3. последствия осложнений, в том числе инфекционных, и их лечения, повлекшие нарушения функций органов и систем организма;
4. проявления токсичности химиотерапии 3 или 4 степени;
5. тромботические осложнения, возникшие на фоне противоопухолевой терапии и потребовавшие длительного применения антикоагулянтов;
6. нуждаемость в постоянной терапии ингибиторами тирозинкиназы (иматиниб и др.);
7. продолжающаяся химиотерапия, несмотря на достижение морфологической ремиссии (индукционная, консолидирующая, поддерживающая терапия);
8. лабораторные признаки вторичного иммунодефицитного состояния.

Заключение. Таким образом, в ходе исследования были проанализированы явления токсичности при терапии ОЛ, отдаленные последствия противоопухолевого лечения с учетом вида применяемых цитостатических лекарственных препаратов, наличия лучевой терапии, хирургического лечения и выделены с учетом перечисленного показателя, оказывающие влияние на длительность установления инвалидности у детей при ОЛЛ и ОМЛ.

Литература

1. Заболеваемость острым лимфобластным лейкозом детей Азербайджанской Республики: эпидемиологические данные и сравнительный анализ / И.А. Багиров [и др.] // Вопросы гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2015. – Т.14. – №3. – С.55-59.
2. Организация медико-психологической реабилитации детей с миелодиспластическими синдромами и острыми лейкозами / Н.Н. Климкович [и др.] // Охрана материнства и детства. – 2005. – №1(6). – С.62-65.
3. Obesity and hypertension among children after treatment for acute lymphoblastic leukemia / E.J. Chow [et al.] // Cancer. – 2007. – Vol.110(10). – 2313 p.
4. Abdominal obesity, liver fat, and muscle composition in survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia / P.M. Janiszewski [et al.] // J Clin Endocrinol Metab. – 2007. – Vol.92(10). – 3816 p.
5. Obesity in pediatric ALL survivors: a meta-analysis / F.F. Zhang [et al.] // Pediatrics. – 2014. – Vol.133(3). – P.15-704.
6. Cardiovascular risk factors in young adult survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia / K.C. Oeffinger [et al.] // J Pediatr Hematol Oncol. – 2001. – Vol.23(7). – 424 p.

Актуальные проблемы установления инвалидности в Российской Федерации: на примере онкопациентов

Казанцева Ю.И., Черняева А.К.

Адвокатский кабинет Казанцевой Юлии Игоревны,
г. Новосибирск, Российская Федерация
Благотворительный фонд помощи пациентам с онкологическими заболеваниями
«Дальше», г. Москва, Российская Федерация

На конец отчетного 2021 г. число пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, составило 3 940 529 (2020 г. – 3 973 295; 2019 г. – 3 928 338).

В 2021 г. зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом злокачественное новообразование, установленным впервые в жизни – 1 484 тыс. человек, при этом взято на учет больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование – 490,6 тыс. человек, и эта нозология является второй причиной смертности населения как в России, так и во всем мире [1].

Вопросы установления инвалидности или отказа в ее установлении являются довольно частым предметом обращений пациентов с онкологией к медицинскому юристу. Так, например, в Благотворительном фонде помощи пациентам с онкологическими заболеваниями «Дальше» за период с 1 апреля 2022 г. по 30 апреля 2023 г. было проведено 122 юридических консультаций, где 40 из них были по признанию лица инвалидом (рисунк).



Рисунок – Статистика юридических консультаций онкопациентам
в БФ «Дальше» за период с 01.04.2022 г. по 30.04.2023 г.

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 24.11.1995 г. №181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [2] и с утвержденными Постановлением Правительства РФ от 05.04.2022 №588 «О признании лица инвалидом» [3] правилами, гражданина признают инвалидом специалисты медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ), исходя из комплексной оценки состояния организма гражданина на основе анализа его клинично-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификаций и критериев, с использованием Классификаций и критериев, утвержденных Приказом Минтруда России от 27.08.2019 №585н [4].

Постановлением Правительства РФ от 05.04.2022 г. №588 установлены условия для признания человека инвалидом и только при их совокупности, бюро МСЭ выносит положительное решение [3]. Так, в пункте 5 настоящего Постановления Правительства РФ утверждено, что у пациента должно быть:

- 1) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- 2) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- 3) необходимость в мероприятиях по реабилитации и абилитации.

Медико-социальная экспертиза проводится с письменного согласия гражданина, на основании выданного медицинской организацией независимо от ее организационно-правовой формы направления по установленной форме после проведения всех необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами [3].

Целью признания гражданина инвалидом заключается в реализации права каждого человека на социальную защиту и получение мер социальной поддержки таких, как пенсия, льготное обеспечение лекарственных средств, сокращенную продолжительность рабочего времени и др.

Анализируя практическое применение данных норм права, хотим выделить следующие проблемы, с которыми сталкивается пациент и которые влияют на принятие решения об установлении инвалидности:

- 1) Сложности с оформлением направления на МСЭ у онкопациентов (и не только) возникают практически сразу.

Во-первых, российским законодательством не определен четко круг лиц, имеющих право на оформление направления на МСЭ и пациента могут «гонять» от узкого специалиста (врача-онколога) до врача-терапевта (общей практики), длительный период времени.

Во-вторых, при оформлении пациента на МСЭ медицинские организации используют бланк медицинской формы 0/88-у «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией», утверждённой совместным приказом Минтруда России и Минздрава России [5]. Данная форма направления на МСЭ содержит значительный объём данных о лице, направленном на освидетельствование, включая оценку клинического прогноза, реабилитационного потенциала, рекомендации по медицинской реабилитации.

В направлении на МСЭ медицинской организацией должны указываться данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, сведения о результатах медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения МСЭ, и проведённых реабилитационных или абилитационных мероприятий. Перечень медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы установлен Приказом Минтруда России №402н, Минздрава России №631н от 10.06.2021 г. [6].

Однако, медицинские работники могут пренебрегать сведениями, которыми они обладают по состоянию здоровья пациента и отражают их в направлении не в полной мере либо заполняют направление на МСЭ некорректно, либо не проводят лабораторные и инструментальные исследования согласно установленному перечню по профилю заболевания. Неполная информация в направлении на МСЭ о состоянии здоровья пациента существенно влияет на установление клинической картины.

Кроме того, при выявлении МСЭ недостатков заполнения медицинской организацией направления на МСЭ такое направление возвращается в медицинскую организацию для исправления ошибок, что удлинит время прохождения МСЭ больным, а иногда и прохождение сроков повторного освидетельствования.

2) Очень частой ошибкой является тот факт, что врач не указывает в направлении на МСЭ необходимые технические средства реабилитации (далее – ТСР) для восстановления или поддержания здоровья пациента, а в соответствии с условиями признания человека инвалидом, указанными выше, отсутствие данной отметки приравнивается к отсутствию необходимости в мерах социальной защиты и влечет за собой отказ бюро МСЭ в установлении инвалидности, в силу недостаточности оснований для признания гражданина инвалидом [3].

3) Со вступлением с 1 января 2020 г. в силу приказа Минтруда РФ от 27.08.2019 №585н с утвержденными новыми критериями признания лица инвалидом, значительно увеличилось количество отказов бюро МСЭ в установлении инвалидности для онкопациентов. Это стало возможным

в виду того, что убрали сроки установления инвалидности и были снижены проценты, по которым оценивают жизнедеятельность человека. После многочисленных жалоб Федеральное бюро медицинской экспертизы поручило провести массовую проверку установления групп инвалидности онкопациентам, а также было опубликовано письмо, о том, что больные со злокачественными новообразованиями представляют неоднородную группу по клиническим проявлениям и прогнозу, поэтому период наблюдения в учреждениях МСЭ больных со злокачественными онкологическими заболеваниями, как и ранее, должен составлять 5 лет [7].

4) Получение статуса инвалида в условиях оптимизации здравоохранения сопряжено с целым рядом проблем для больных и инвалидов, по большей части для граждан старших возрастных групп. Прежде всего, это длительность процесса оформления направления на МСЭ, наличие очередности на проведение амбулаторных обследований и инструментальных исследований, получение консультаций и заключений смежных специалистов. Очередность на проведение каждого конкретного вида обследования может достигать 2-3 недели. Поездки на обследования в городском транспорте (пригородном, железнодорожном и т.д.), ожидание очередности сопряжены для пожилых людей с неизбежными психоэмоциональными и физическими нагрузками, материальными потерями. [8]

Таким образом, в области установления инвалидности имеется множество организационных пробелов в законодательстве, которые необходимо устранять для реализации социальных прав граждан.

Предложения по устранению проблем, с которыми сталкивается пациент и которые влияют на принятие решения об установлении инвалидности:

1. Определить на законодательном уровне кто из врачей должен оформлять направления на МСЭ – профильный специалист (например, врач-онколог) или врач-терапевт (врач общей практики). Внести в профстандарты этих врачей должностные обязанности по заполнению и оформлению документов на МСЭ.

2. Организовать обучение врачей, обязанных оформлять направления на МСЭ правилам заполнения направлений на медико-социальную экспертизу.

3. Органам исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов более тщательно оценивать доступность и качество медицинской помощи лицам, которые оформляют направления на МСЭ, способствовать более быстрому прохождению амбулаторных обследований и инструментальных исследований, получение консультаций и заключений смежных специалистов.

Литература

1. Состояние онкологической помощи в России в 2021 г.; Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. – Москва: Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, 2022 г. – 239 с.

2. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон, 24 нояб.1995 г., №181 // Собр. законодательства Рос Федерации. – 1995. – №48. – Ст.4563.

3. О признании лица инвалидом (вместе с «Правилами признания лица инвалидом»): постановление Правительства Рос. Федерации, 05 апр. 2022, №588 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2022. – №15. – Ст.2506.

4. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: Приказ Минтруда России, 27 авг. 2019, №585н // Официальный интернет-портал правовой информации [Электронный ресурс] / ФСО России. – М, 2023.

5. Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения: Приказ Минтруда Рос. Федерации, №488н, Минздрава Рос. Федерации, 12 авг. 2022, №551н // Официальный интернет-портал правовой информации [Электронный ресурс] / ФСО России. – М, 2023.

6. Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клиничко-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы: Приказ Минтруда Рос. Федерации №402н, Минздрава Рос. Федерации №631н, 10 июня 2021 // Официальный интернет-портал правовой информации [Электронный ресурс] / ФСО России. – М, 2023.

7. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы / С.Н. Пузин [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – №23(1). – С.29-37.

8. Об организации и проведении медико-социальной экспертизы лицам со злокачественными новообразованиями: письмо ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда Рос. Федерации, 17 февр. 2020, №6401.ФБ.77/2020 // Консультант Плюс: Версия Проф. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр. – М., 2023.

К вопросу о системе управления качеством медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы

Киреева И.А., Смычѣк В.Б., Казакевич Д.С.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Отраслевой (ведомственный) контроль качества медицинской деятельности, проводимый в настоящее время в республике, не в полной мере удовлетворяет современным требованиям, предъявляемым к созданию эффективной системы управления качеством медицинской деятельности, основанной на результатах, как научных исследований, так и практической деятельности системы здравоохранения.

Результаты научного практико-ориентированного исследования, направленного на решение конкретных практических задач, эффективность общепризнанной теории А. Донабедиана [1] предопределили разработку ряда новых теоретических и практических новаций, необходимых

для построения многокомпонентной системы управления качеством медицинской деятельности, содержащей ряд подсистем, что делает ее разработку возможной и своевременной.

Обеспечение и постоянное улучшение (совершенствование) качества и доступности медицинской помощи, медицинских экспертиз, удовлетворяющих потребности пациентов является целью функционирования системы управления качеством медицинской деятельности.

Основные задачи функционирования системы управления качеством медицинской деятельности: улучшение качества медицинской помощи, медицинских экспертиз; анализ информации о качестве медицинской помощи, медицинских экспертиз; принятие управленческих решений; совершенствование обратной связи о выполнении управленческих решений и их эффективности.

Основные принципы функционирования системы управления качеством медицинской деятельности: законность, единство цели функционирования системы, комплексность, многоуровневость, многокомпонентность и многофункциональность системы, ее непрерывность, открытость и устойчивость, принцип информационной достаточности и обратной связи, способность к перспективному и стратегическому развитию, динамичность развивающейся системы.

Система управления качеством медицинской деятельности включает:

- объекты управления качеством медицинской деятельности:

- ✓ качество медицинской помощи, включающей медицинскую реабилитацию, оказываемой конкретному пациенту, нуждающемуся в ее оказании, удовлетворяющей его потребности, требующей достижения определенного уровня ее качества, как конкретного результата деятельности системы;

- ✓ качество медицинской экспертизы, включающей медико-социальную экспертизу, как одной из ее видов, проводимой конкретному пациенту, нуждающемуся в ее проведении, требующей достижения определенного уровня ее качества, как конкретного результата деятельности системы;

- компоненты системы управления качеством медицинской деятельности;

- подсистемы управления качеством медицинской деятельности, формирующие единый процесс управления;

- управленческие решения, направленные на достижение цели системы управления качеством медицинской деятельности.

Компоненты системы управления качеством медицинской деятельности составляют организационную структуру системы управления, которые могут являться как универсальными – общими для системы управления качеством медицинской деятельности, независимо от объекта управления качеством, так и иметь свои особенности в зависимости от объекта управления: качества медицинской помощи или медицинской экспертизы.

Компоненты системы управления качеством медицинской деятельности:

1. нормативно-правовое обеспечение надлежащего качества системы управления качеством медицинской деятельности:

1.1 законодательные акты в области здравоохранения, нормативные правовые акты Министерства здравоохранения, иные документы, регламентирующие: организацию и порядок оказания медицинской помощи, в том числе по профилям заболеваний, состояниям, синдромам; требования к организации деятельности организации здравоохранения, ее структурных подразделений, медицинских работников; организацию и порядок проведения медицинских экспертиз; организацию и порядок проведения оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизы качества медицинской помощи;

1.2. локальные правовые акты организации здравоохранения, регламентирующие организацию оказания медицинской помощи, организацию проведения медицинских экспертиз, организацию проведения оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизы качества медицинской помощи в организации здравоохранения; должностные инструкции;

2. организационная структура системы управления качеством включает:

2.1. уровни управления качеством медицинской деятельности (медицинской помощи и медицинских экспертиз):

а) республиканский уровень:

– Министерство здравоохранения, реализующее государственную политику в отрасли здравоохранения, осуществляет контроль за качеством медицинской помощи, обеспечивает организационно-методическое руководство деятельностью органов управления здравоохранением и организаций здравоохранения при осуществлении управления качеством медицинской помощи;

– государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», осуществляющее координационно-аналитическую деятельность в области оценки качества медицинской помощи, медицинских экспертиз, обобщение и анализ результатов оценки качества;

– республиканские (Минский) научно-практические центры, осуществляющие оказание медицинской помощи, проведение медицинских экспертиз, оценку качества медицинской помощи, оказываемой специализированными службами;

– лечебно-контрольный совет Министерства здравоохранения (далее – ЛКС), функционирующий в целях совершенствования системы управления качеством медицинской помощи, рассмотрения результатов экспертизы и оценки качества медицинской помощи;

б) областной (г. Минск) уровень:

- главные управления по здравоохранению областных исполнительных комитетов (далее – главные управления по здравоохранению), Комитет по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета (далее – комитет по здравоохранению);

- медико-реабилитационные экспертные комиссии, в которых организованы отделы оценки качества медицинской помощи для оценки качества медицинской помощи, разработки мероприятий по предупреждению, своевременному выявлению и устранению недостатков оказания медицинской помощи и причин, способствующих их возникновению;

- ЛКС главных управлений по здравоохранению, Комитета по здравоохранению;

в) первичный уровень: организации здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь и проводящие отдельные виды медицинских экспертиз;

Управление качеством медицинской реабилитации осуществляется на всех уровнях, а управление качеством медико-социальной экспертизы – на республиканском и областном уровнях;

2.2. кадровое обеспечение функционирования системы управления качеством медицинской деятельности;

2.3. материально-техническое обеспечение функционирования системы управления качеством медицинской деятельности;

3. методы (формы) контроля качества:

- медицинской помощи – экспертиза качества медицинской помощи (далее – экспертиза качества), оценка качества медицинской помощи и медицинских экспертиз (далее – оценка качества);

- медицинских экспертиз – оценка качества;

4. информационное обеспечение функционирования системы управления качеством медицинской деятельности, которое включает:

- критерии оценки качества медицинской помощи, экспертизы качества медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи; критерии оценки качества проведения медицинских экспертиз;

- методику измерения и расчета результатов оценки качества медицинской помощи, медицинских экспертиз [2];

- заключения о проведении оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз по форме 1 ок-21 [2], оформленные по результатам оценки качества медицинской помощи и (или) медицинских экспертиз;

- результаты анкетирования, проведенного с целью изучения удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи, медицинских экспертиз;

- результаты рассмотрения обращений граждан и юридических лиц по вопросам качества медицинской помощи и медицинских экспертиз;

– планы проведения оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз;

– результаты проведения экспертизы качества медицинской помощи при проведении оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз;

5. научное, научно-техническое обеспечение системы управления качеством медицинской деятельности: разработка и внедрение новых технологий, методов управления качеством медицинской деятельности; совершенствование критериев оценки качества медицинской помощи, экспертизы качества медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи, критериев оценки качества проведения медицинских экспертиз.

Подсистемы системы управления качеством медицинской деятельности, обеспечивающие координацию функционирования структурно единой системы и ее компонентов в интересах решения поставленных задач для достижения поставленной цели:

1. подсистема прогнозирования, включающая перспективное и текущее прогнозирование в области качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, прогнозирование результатов медицинской деятельности; определение цели и задач управления качеством медицинской деятельности;

2. подсистема планирования, определяющая направление деятельности системы управления качеством медицинской деятельности по достижению конкретной цели, включающая: перспективное и текущее планирование; составление и утверждение плана проведения оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз (далее – план); организация условий для выполнения плана и его выполнение;

3. подсистема контроля качества медицинской деятельности, включающая:

3.1. уровни контроля;

3.2. исполнителей контроля в зависимости от уровня контроля;

3.3. методы (формы) контроля качества медицинской помощи, медицинских экспертиз, установленные Законом «О здравоохранении» [3]: экспертиза качества [ст. 37-2]; оценка качества [ст. 37-4];

3.4. установленные требования к проведению контроля, в том числе лицам, уполномоченным проводить контроль, срокам проведения и объемам контроля;

3.5. проведение анкетирования (беседы, опрос, интервьюирование): пациентов организации здравоохранения с целью изучения удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи; медицинских работников организации здравоохранения с целью изучения удовлетворённости качеством оказания пациентам медицинской помощи,

проведения медицинских экспертиз, оценки эффективности мер, направленных на предупреждение, своевременное выявление и устранение недостатков оказания медицинской помощи, проведения медицинских экспертиз и причин, способствующих их возникновению, эффективности кадрового и материально-технического обеспечения;

4. подсистема учета результатов контроля медицинской деятельности, которая включает оформление заключения о проведении экспертизы качества медицинской помощи по форме 1 эк-21, заключение о проведении оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз по форме 1 ок-21 [2];

5. подсистема оценки и анализа результатов контроля медицинской деятельности, которая включает анализ:

- результатов экспертизы качества медицинской помощи, в том числе выявленных нарушений при оказании медицинской помощи;
- результатов оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, в том числе недостатков в оказании медицинской помощи и ее организации, проведении медицинских экспертиз, выявленных причин, повлекших снижение качества медицинской помощи, медицинских экспертиз;
- результатов текущего (оперативного) контроля;
- результатов анкетирования пациентов и медицинских работников организаций здравоохранения, мониторинга удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи, проведения медицинских экспертиз;
- результатов рассмотрения обращений граждан по вопросам качества оказания медицинской помощи, проведения медицинских экспертиз;
- результатов реализации (выполнения) управленческих решений;
- показателей деятельности организации здравоохранения (структурных подразделений, врачей-специалистов), в том числе отрицательной динамики показателей статистических данных, отражающих здоровье населения (анализ заболеваемости, заболеваемости с временной нетрудоспособностью, инвалидности, смертности).

Комплексный анализ результатов контроля позволяет более эффективно и целенаправленно управлять деятельностью организаций здравоохранения на всех уровнях системы управления качеством медицинской деятельности.

6. подсистема использования (формирования, разработки, принятия и реализации) управленческих решений, которая включает:

- разработку управленческих решений – комплекса мероприятий по предупреждению, своевременному выявлению и устранению недостатков оказания медицинской помощи, проведения медицинских экспертиз и причин, способствующих их возникновению, организационного, экономического, правового, научного и медицинского характера, направленных на обес-

печение качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, и достижение конкретной цели, как результата функционирования системы управления качеством медицинской деятельности;

- принятие управленческих решений;
- реализацию (выполнение) управленческих решений;
- контроль выполнения и динамическую оценку эффективности выполнения управленческих решений;
- своевременную коррекцию управленческих решений;
- формирование устойчивой «обратной связи» – системы информирования медицинских работников о результатах контроля, принятых управленческих решениях и результатах их реализации;

7. подсистема развития системы управления качеством медицинской деятельности, которая включает анализ функционирования системы управления качеством медицинской деятельности; организацию совершенствования системы управления качеством медицинской деятельности.

Механизм формирования и использования управленческих решений включает подготовку управленческих решений, их реализацию и контроль выполнения с оценкой эффективности результатов выполнения, сопровождаемые информированием на всех этапах и реализацией обратной связи.

Таким образом, научно-обоснованная система управления качеством медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы, как составляющих медицинской деятельности, представлена в виде четырехуровневой модели, включающей объекты управления качеством медицинской деятельности, компоненты системы управления качеством медицинской деятельности, подсистемы общей системы управления качеством медицинской помощи и механизмы использования (формирования) управленческих решений.

Стандартизация системы управления качеством медицинской деятельности путем практической реализации представленной четырехуровневой модели на основе применения разработанных критериев оценки качества медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы будет способствовать совершенствованию управления отраслью здравоохранения и интеграции отечественного здравоохранения в мировую медицинскую практику.

Литература

1. Donabedian, A. The seven pillars of quality / A. Donabedian // Archives of Pathology and Laboratory Medicine. – 1990. – Vol.114. – P.1115-1118.
2. Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 21 мая 2021, №55 (ред. от 23.01.2023) // Национальный правовой интернет-портал Республики Беларусь. – 2021. – 8/36878.
3. О здравоохранении: Закон Респ. Беларусь, 18 июня. 1993 г. №2435-XII (ред. от 14.10.2022) // Национальный правовой интернет-портал Республики Беларусь. – 2022. – 2/2933.

Управление качеством оказания медицинской помощи: процессы, риски, эффективность

Кисель М.А., Смычѣк В.Б.

ГУЗ «Брестская областная МРЭК», г. Брест, Республика Беларусь
РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Развитие здравоохранения неразрывно связано с процессами повышения качества медицинской помощи. По данным Всемирной организации здравоохранения гибель более 5 млн. человек в год в мире связана с дефектами оказания медицинской помощи, медицинские ошибки приводят к росту количества госпитализаций на 8-10%, около 15% расходов медицинский учреждений являются результатом некачественного оказания медицинской помощи. Управление качеством оказания медицинской помощи является актуальным и значимым направлением развития системы всемирного здравоохранения.

В Республике Беларусь с этой целью создана система управления, которая обеспечивает целостное функционирование всех ее элементов, опирается на рациональное использование ресурсов, ориентирует на достижение требуемых параметров качества. Эффективность системы может быть достигнута при четком понимании запросов всех участников процессов оказания медицинской помощи, грамотном формировании целей, обеспеченных необходимыми ресурсами и информацией. Слаженная работа элементов системы качества снижает риски управления, а значит формирует прочную основу для устойчивого роста качества жизни населения.

Подходы к процессам управления качеством оказания медицинской помощи

Управление качеством оказания медицинской помощи можно рассматривать как процесс создания уникального продукта, услуги или результата. Это приложение навыков, знаний, инструментов и методов, направленных на выполнение процессов инициации, планирования, выполнения, координации, мониторинга и завершения. Задачами данных процессов является изменение параметров текущей деятельности учреждений здравоохранения, так как необходимо наделить медицинские услуги новыми качественными характеристиками, обеспечить результаты условиями для их дальнейшего постоянного применения (рисунок 1).

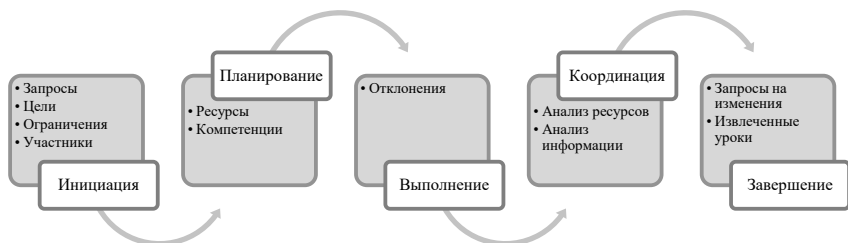


Рисунок 1 – Последовательность процессов управления качеством медицинской помощи

Важным аспектом процессов инициации является учет запросов заинтересованных сторон, которые можно систематизировать в экономические, технологические, управленческие, социальные эффекты (рисунок 2).



Рисунок 2 – Запросы на внедрение системы управления качеством медицинской помощи по направлениям

К заинтересованным сторонам можно отнести государство, учреждения здравоохранения различных уровней оказания медицинской помощи, пациентов. Заинтересованные стороны могут иметь конкурирующие ожидания, которые будут создавать конфликты, становиться источниками риска и влиять на достижение желаемых результатов. Поэтому определение заинтересованных сторон, их характеристик, анализ ожиданий, является непрерывным процессом управления (таблица).

Таблица – Анализ источников возможных рисков управления качеством оказания медицинской помощи

Заинтересованные стороны		
Государство	Организации здраво- охранения	Пациенты
Общие цели заинтересованных сторон (рост вероятности достижения эффективности)		
Развитие системы здравоохранения на уровне мировых стандартов		
Развитие технологической зрелости УЗ		
Доступность оказания медицинской помощи		
Увеличение степени доверия к системе здравоохранения		
Увеличение продолжительности жизни		
Снижение негативных последствий болезней на здоровье		
Повышение квалификации медицинских работников		
Улучшение качества жизни		
Цели, конфликтующие с целями пациентов		
Увеличение продолжительности трудовой активности		Возможное негативное восприятие мероприятий со стороны пациентов приведет к снижению их эффективности.
Снижение длительности временной не трудоспособности		
Снижение трудовых потерь		
Цели, конфликтующие с целями учреждений здраво- охранения		Цели, вызывающие насто- роженность со стороны па- циентов
Сокращение расходов на од- ного пациента в стационаре	Рост управленческих и социальных рисков внутри учреждений здравоохранения	Требуют предварительных информирующих меропр- ятий
Оптимизация затрат на содер- жание УЗ		
Общность целей		Нейтральная позиция
Стратегическое видение развития каждого УЗ в отдельности, развитие горизонталь- ного управления, повышение мотивации и личной ответственности медицинских ра- ботников.		

Не смотря на позитивное видение целей повышения качества оказания медицинской помощи всеми участниками, стоит ожидать проявления управленческих рисков во взаимодействии пациент-учреждение здравоохранения, учреждение здравоохранения-государство. Большинство сигналов о неудовлетворенности качеством исходит от пациентов. И важно правильно сформировать систему факторов, которые привели к появлению этой неудовлетворенности. Можно рассматривать [3]:

1. Коммуникацию пациента с персоналом.
2. Внимание персонала к пациенту.
3. Совместное принятие решения о лечении.
4. Постановку диагноза.
5. Уровень квалификации персонала.
6. Ожидания пациента.
7. Демографические факторы (пол, возраст пациента).
8. Институциональные факторы.

Неправильное понимание источников неудовлетворенности (несогласованности) может привести к отклонениям в процессе выполнения управленческих задач, запросам на изменения на этапе завершения процессов. Эффективность управления будет выше, если оно будет в большей степени основываться не на корректирующих действиях и исправлении выявленных дефектов, а на обновлении (модифицировании) и предупреждающих действиях. В связи с этим на этапе координации анализу информации необходимо придать особое значение. Информационная система, сопровождающая каждую процедуру управления качеством оказания медицинской помощи, позволит на этапе завершения каждого управленческого цикла переходить на новый уровень управленческих задач с меньшим объемом запросов на изменение. Что тем самым позволит оптимизировать ресурсы и достичь запланированных эффектов в более короткие сроки.

Структура информационной системы управления рисками качества оказания медицинской помощи

Эффективная информационная система должна включать несколько информационных потоков. К ним можно отнести:

1. Поток информации, ориентированный на пациента: информация о правах пациента и их семей, чат-боты пациентов с информацией о снижении риска развития болезней, информационные листовки, ИПР, обучающие тесты, информация о здоровом образе жизни.
2. Поток информации, ориентированный на медицинские учреждения и их работников: тренинги персонала, алгоритмы анализа качества оказания медицинской помощи, алгоритмы снижения количества неблагоприятных событий при работе с пациентами, карты риска.
3. Поток информации, ориентированный на государственные органы управления: результаты научных исследований, результаты реализации государственных программ в сфере повышения качества оказания медицинской

помощи, результаты пилотных проектов, результаты оценки качества оказания медицинской помощи в учреждениях.

4. Поток информации, ориентированный на производителей лекарственных препаратов, медицинских изделий, оборудования и иных услуг для учреждений здравоохранения: данные об эффективности и безопасности применения, отзывы пациентов, медицинских работников, запросы на доработку.

Функциональность такой системы подтверждается выполнением на ее основе следующих действий:

- Определение проблемы качества и выбор возможностей улучшения (разница между существующим и желаемым, определение факторов, влияющих на улучшение, наличие возможностей на улучшения).

- Операционное определение проблемы (анализ проблемы и определение ее основных причин, выбор конкретного направления работы с проблемой качества).

- Определение ресурсов и исполнителей (состав команды, сроки, объемов финансирования).

- Разработка действий по улучшению качества (составление программы и формирование пороговых значений оценки).

- Реализация и оценка действий по улучшению качества (наполнение информационной системы полученными данными, извлеченные уроки, планирование действий).

Внедрение и развитие такой информационной системы может быть затруднено по ряду причин:

1. Преобладание устаревшего подхода к контролю качества, направленного на поиск и наказание виновных, а не решения системных проблем.

2. Недостаток квалифицированных специалистов в сфере управления качеством оказания медицинской помощи.

3. Отсутствие мотивации формирования системы целей управления качеством оказания медицинской помощи внутри подразделений учреждений здравоохранения, планирование целей сверху вниз без учета текущего состояния каждого объекта управления.

4. Недостаточно эффективная система сбора и учета статистической информации о наступлении неблагоприятных событий или ее отсутствие.

5. Применение структурного и функционального подхода к оказанию медицинской помощи, игнорирование процессного и системного подходов.

Выводы:

1. Управление качеством оказания медицинской помощи – это сложный и многоэтапный процесс.

2. Успех определяется единым пониманием процессов управления всеми участниками.

3. Конкурирующие ожидания в процессе управления качеством оказания медицинской помощи могут стать источником риска и ограничить эффективность процессов. Следует создать систему сбора и анализа информации.

4. Система управления качеством должна основываться в большей степени на предупреждающих действиях, чем на корректирующих и исправлении дефектов.

5. Управление качеством должно опираться на сформированную для этих целей информационную систему, которая значительно ускоряет процессы принятия решений, способна адаптироваться к меняющимся целям и задачам, облегчает участникам выполнение задач.

Литература

1. Киреева, И.А. Научные и организационные основы управления качеством медицинской реабилитации как неотъемлемой части национальной системы управления качеством оказания медицинской помощи в Республике Беларусь / И.А. Киреева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2022. – №2. – С.12-22.

2. Качество медицинской помощи и вопросы кадрового менеджмента / Н.Г. Петрова // Современные проблемы науки и образования [Электронный ресурс]. – 2016. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/article/view?id=25192>. – Дата доступа: 10.09.2023.

3. Харитонов, С.В. Факторы формирования удовлетворенности больных медицинской помощью / С.В. Харитонов, Н.П. Лямина, В.П. Зайцев // Клиническая медицина. – 2020. – №98(2). – С.98-105.

4. Иванов, И.В. Научное обоснование организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на основе единых методологических и организационных принципов в условиях реализации национального проекта «Здравоохранение»: дис. ... док. мед. наук 14.02.03 / Иванов И.В. – М., 220. – 387 с.

Совершенствование модели управления системой оказания и контроля качества медицинской помощи и реабилитации в психоневрологическом доме-интернате для престарелых и инвалидов

Корзун В.А., Корзун А.С., Карнильчик И.А.,
Емельянцева Т.А., Лакутин А.А.

УЗ «Борисовская центральная районная больница»,
г. Борисов, Республика Беларусь
РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Важное место в обеспечении достойного качества жизни пожилых граждан и инвалидов занимает система социального обслуживания, вклю-

чающая сеть государственных учреждений, негосударственные некоммерческие организации, оказывающие населению социальные услуги, в том числе в рамках государственного социального заказа, коммерческие организации и индивидуальных предпринимателей [1].

Социальное обслуживание понимается как тип социального взаимодействия, в котором можно выделить следующие элементы: а) единица процесса – жизненная ситуация человека; субъекты процесса – представитель(и) учреждений социального обслуживания (исполнитель) и лицо, получающее услугу (потребитель); б) социальное время – показатель границ существования жизненной ситуации субъекта; в) социальное пространство – часть жизненного пространства субъекта, в котором осуществляется его взаимодействие с другими субъектами по поводу формирования, функционирования и реабилитации его жизненных сил [2].

Эффективное, доступное, безопасное и качественное социальное обслуживание и медицинская помощь являются необходимым условием развития общества и имеют ключевое значение для сохранения жизни и обеспечения благополучия населения в любом современном государстве. Социальное обслуживание предполагает всестороннюю помощь лицам, оказавшимся по разным причинам в тяжелой жизненной ситуации, в которой они не могут обеспечить себе нормальную жизнедеятельность. Без повышения доступности, разнообразия, безопасности и качества социальных и медицинских услуг, оказываемых лицам, проживающим в стационарных учреждениях социального обслуживания, невозможно достижение конкурентоспособности системы социальной защиты в целом, характеризующейся устойчивостью и способностью к постоянному развитию и самосовершенствованию.

Оценка качества предоставления услуг является важнейшим элементом системы управления качеством [3]. От доступности, эффективности, безопасности и качества оказания медицинской помощи и реабилитации лиц, проживающих в психоневрологическом доме-интернате для престарелых и инвалидов (далее – ПНДИ), зависит качество и эффективность функционирования учреждения в целом.

Проблема качества услуг, предоставляемых учреждениями социального обслуживания населения, достаточно актуальна в настоящее время. Лица, проживающие в ПНДИ, – самая незащищенная и уязвимая категория инвалидов, которая требует пристального внимания со стороны государства и общества [4].

Цель исследования. Теоретическое обоснование необходимости совершенствования модели управления системой оказания и контроля качества медицинской помощи и реабилитации в ПНДИ, направленной на повышение эффективности работы стационарных учреждений социального обслуживания и качества предоставляемых услуг.

Обеспечение качественной медицинской помощью является сутью и обязанностью медицинской организации независимо от ее организационно-правовой формы, формы собственности и ведомственной принадлежности [5]. Данное утверждение в полной мере можно отнести и к стационарным учреждениям социального обслуживания.

Анализ современной научной литературы показал, что оценка доступности, эффективности, безопасности и качества медицинской помощи и реабилитации лиц, проживающих в ПНДИ, является недостаточно разработанной и требует научного осмысления и комплексной методической проработки, также изучения на региональном уровне [6, 7]. Литературных данных, касающихся оценки безопасности и качества медицинской помощи и реабилитации лиц, проживающих в ПНДИ Республики Беларусь, практически нет, что обуславливает потребность в теоретическом обосновании и внедрении системы контроля качества медицинской помощи и реабилитации в ПНДИ. В законодательстве Республики Беларусь до конца не установлен стандарт, определяющий порядок оказания медицинской помощи и оценки ее качества в ПНДИ [8].

Учитывая разнообразие методологических подходов к обеспечению качества медицинской помощи, актуальным представляется анализ отечественного и зарубежного опыта в данной области с целью обобщения основных положений теории и практики и разработки унифицированных основ системы управления медицинской деятельностью в ПНДИ, направленной на повышение доступности, безопасности и качества медицинской помощи, эффективности деятельности учреждения в целом при использовании имеющихся ресурсов, так как стационарные учреждения социального обслуживания находятся на пути к самоокупаемости, коммерциализации и поиску дополнительных источников финансирования.

Научное обоснование совершенствования модели управления системой оказания и контроля качества медицинской помощи и реабилитации в ПНДИ для практической деятельности должно включать следующие аспекты:

1. Анализ текущей модели управления: исследование существующих подходов к управлению системой оказания и контроля качества медицинской помощи и реабилитации в ПНДИ, выявление их сильных и слабых сторон, а также возможных проблем и пробелов.

2. Разработка новой модели управления: на основе анализа текущей модели и с учетом передового опыта и инноваций в данной области разрабатывается новая модель управления, ориентированная на улучшение координации между уровнями управления, оптимизацию использования ресурсов и повышение качества медицинской помощи и реабилитации.

3. Внедрение новой модели управления: новая модель управления внедряется на практике с учетом особенностей конкретного ПНДИ, требований законодательства и международных стандартов.

4. Мониторинг и оценка эффективности новой модели управления: постоянный мониторинг и оценка показателей качества медицинской помощи и реабилитации, а также удовлетворенности проживающих и персонала ПНДИ позволяют выявить достоинства и недостатки новой модели управления, адаптировать ее к изменяющимся условиям и внедрять корректирующие меры.

5. Обучение и развитие кадров: повышение квалификации медицинского персонала, а также развитие навыков управления и контроля качества у специалистов, ответственных за организацию работы ПНДИ, является важным элементом успешного совершенствования модели управления. Регулярные тренинги, семинары, обмен опытом с другими учреждениями и экспертами в области управления медицинской помощью и реабилитации способствуют повышению профессионализма сотрудников и адаптации к новой модели управления.

6. Взаимодействие с заинтересованными сторонами: активное сотрудничество с органами государственного управления, медицинскими учреждениями, образовательными и научными организациями, общественными организациями и родственниками проживающих позволяет получить обратную связь, выявить потребности и ожидания сторон, а также привлечь дополнительные ресурсы для совершенствования системы управления.

7. Система показателей и критериев оценки: для оценки эффективности новой модели управления необходимо разработать систему показателей и критериев, охватывающих различные аспекты медицинской помощи и реабилитации, таких как: доступность, качество, безопасность, удовлетворенность проживающих и персонала ПНДИ и др., а также соответствие требованиям законодательства и клинических протоколов.

8. Совершенствование механизмов контроля и регулирования: регулярный анализ данных о качестве медицинской помощи и реабилитации, внутренний и внешний контроль, а также использование результатов контроля для корректировки и улучшения деятельности ПНДИ являются важными инструментами для поддержания высокого уровня предоставляемых услуг и совершенствования модели управления.

В заключение, совершенствование модели управления системой оказания и контроля качества медицинской помощи и реабилитации в ПНДИ включает комплексный подход, охватывающий анализ текущей ситуации, разработку и внедрение новой модели управления, мониторинг и оценку ее эффективности, обучение и развитие кадров, взаимодействие

с заинтересованными сторонами, разработку системы показателей и критериев оценки, совершенствование механизмов контроля и регулирования. Такой подход позволит создать гибкую, адаптивную и эффективную систему управления, направленную на улучшение качества медицинской помощи и реабилитации, удовлетворение потребностей проживающих и персонала ПНДИ, соответствие требованиям законодательства и клинических протоколов. Результатом успешного внедрения модели управления будет совершенствование деятельности и повышение качества медицинской помощи и реабилитации в ПНДИ, а также улучшение качества жизни и благополучия проживающих и лиц, ухаживающих за ними.

Литература

1. О Государственной программе «Социальная защита» на 2021-2025 годы: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 21 декабря 2020 г., №748 // Нац. правовой интернет-портал Респ. Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
2. Гуслякова, Л.Г. Социальная защита и социальное обслуживание как направление социальной работы: учеб. пособие / Л.Г. Гуслякова, Г.В. Говорухина, Ю.А. Калинин. – Барнаул, 2005. – 136 с.
3. Пономарева, Т.А. Качество услуг: качественные параметры оценки / Т.А. Пономарева, М.С. Супрягина // Маркетинг в России и за рубежом. – 2005. – №1. – С.47-58.
4. Сиротина, Т.В. Качество социального обслуживания людей с ментальной инвалидностью (оценка потребителей услуг) / Т.В. Сиротина, М.П. Хакимова // К 100-летию Русского социологического общества имени М.М. Ковалевского: материалы междунар. науч. конф., Санкт-Петербург, 10-12 нояб. 2016 г.) / Отв. редактор: Ю.В. Асочаков. – СПб.: Скифия-принт, 2016. – С.1049-1051.
5. Мартыненко, В.Ф. Методические подходы к обеспечению развития медицинской организации и качества ее производственной деятельности / В.Ф. Мартыненко // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – №1. – С.57-60.
6. Washington, DC The National Imperative to Improve Nursing Home Quality: Honoring Our Commitment to Residents, Families, and Staff. / National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine // D.C. Washington: The National Academies Press – 2022. – P.604.
7. Measuring the quality of care in nursing home residents with early-onset neurodegenerative diseases: a scoping review / J.C.F. Heffels [et al.] // BMC Palliative Care. – 2020. – №19. – P.25.
8. Корзун, В.А. Пути совершенствования медицинской деятельности домов-интернатов для престарелых и инвалидов / В.А. Корзун, Т.А. Емельянцева // Актуальные вопросы медицинской экспертизы и реабилитации: тезисы докладов Международной научно-практической конференции Минск, 16 сентября 2021 г. / под ред. В.Б. Смычка. – Минск: Колорград, 2021. – С.63-64.

Тяжесть первичной инвалидности вследствие болезни Паркинсона и паркинсонизма

Короткий А.А., Воронец О.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь
РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире болезнью Паркинсона страдают более 6 млн. человек, причем прогнозируется рост их количества к 2030 году и достижение 8,7-9,3 млн. человек. Распространенность болезни Паркинсона в мире достигает 1% в популяции лиц старше 60 лет, а среди лиц старше 80 лет – 4% [1].

Будучи хроническим и прогрессирующим заболеванием с широким диапазоном моторных и немоторных нарушений, болезнь Паркинсона неминуемо инвалидизирует пациентов, значительно снижая их качество жизни [2].

Цель исследования. Изучить показатели тяжести первичной инвалидности (далее – ПИ) вследствие болезни Паркинсона (G20) и вторичного паркинсонизма (G21) в Республике Беларусь за период 2012-2021 гг.

В ходе анализа использованы материалы базы данных информационной системы «Инвалидность» за 2009-2013 гг. и Республиканской информационно-аналитической системы по экспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь за 2014-2021 гг., функционирующих на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации».

Всего за исследуемый период вследствие болезни Паркинсона и вторичного паркинсонизма (далее – БП) впервые признано инвалидами 5793 чел.

Анализ тяжести ПИ вследствие БП показал, что наиболее часто лицам с данной патологией устанавливалась 2 группа инвалидности. В целом за исследуемый период инвалидами 2 группы признано 2738 чел., что составляет 47,3% (95ДИ: 46,0-48,6) от общего числа лиц с установленной инвалидностью вследствие БП. 1 группа инвалидности установлена у 1900 чел., или в 32,8% (95ДИ: 31,6-34,0) случаев. Реже пациентам с БП устанавливалась 3 группа инвалидности. В течение исследуемого периода инвалидами 3 группы вследствие данной патологии признано 1155 чел., удельный вес которых в общей структуре составляет 19,9% (95ДИ: 18,9-20,9) (рисунок 1).

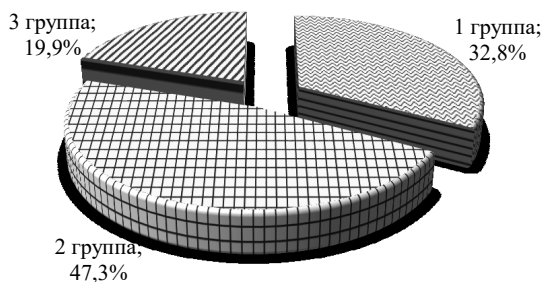


Рисунок 1 – Распределение лиц, впервые признанных инвалидами вследствие БП с учетом группы инвалидности

Превалирование числа лиц, с установленной 2 группой инвалидности, над числом лиц с 1 и 3 группой отмечено на протяжении всего периода исследования. Удельный вес лиц, признанными инвалидами 2 группы вследствие БП, находился в диапазоне от максимального – 54,9% (95ДИ: 49,5-60,3) в 2010 г. до минимального показателя в 2021 г. – 42,2% (95ДИ: 37,5-46,9) (рисунок 2).

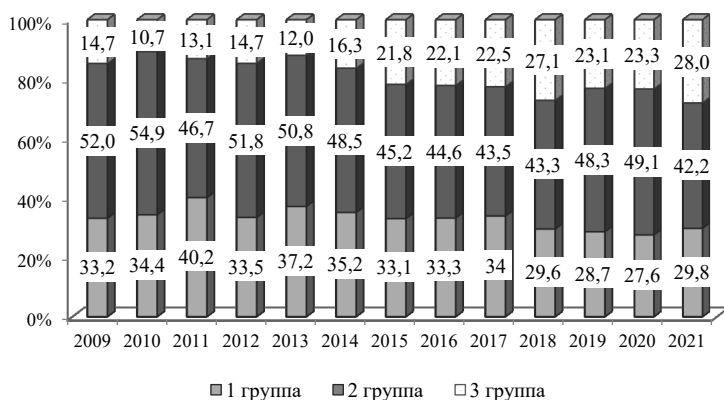


Рисунок 2 – Структура тяжести ПИ вследствие БП за период 2009-2021 гг.

Тяжесть ПИ вследствие БП (суммарный удельный вес инвалидов 1 и 2 группы) за исследуемый период составила 80,1% (95ДИ: 79,1-81,1).

В течение анализируемого периода диапазон показателя тяжести находился в пределах от 89,3% (95ДИ: 85,9-92,7) в 2010 г. (максимальный показатель) до 72,0% (95ДИ: 67,8-76,2) в 2021 г. (минимальный показатель) (рисунок 3).

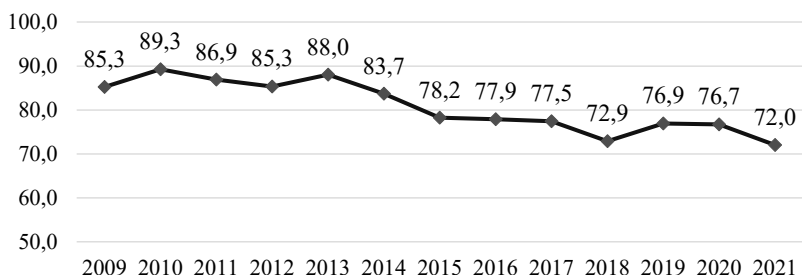


Рисунок 3 – Тяжесть ПИ вследствие БП за период 2009-2021 гг.

В ходе анализа динамики показателя тяжести ПИ отмечена положительная тенденция к его снижению, которое обусловлено снижением удельного веса лиц с установленной 1 и 2 группой инвалидности. Удельный вес инвалидов 2 группы вследствие БП в общей структуре тяжести ПИ снизился с 52,0% (95ДИ: 46,7-57,3) в 2012 г. до 42,2% (95ДИ: 37,5-46,9) в 2021 г. Средний темп убыли данного показателя составил 1,7%. В 2021 г. доля лиц, с установленной 1 группой инвалидности, в сравнении с 2009 г. снизилась с 33,2% (95ДИ: 28,2-38,2) до 29,8% (95ДИ: 25,5-34,1) при среднем темпе убыли - 0,8%. С учетом тенденции к снижению числа лиц, с установленными более тяжелыми группами инвалидности, возрастает доля инвалидов более легкой 3 группы. Удельный вес данной категории, составляя 14,7% (95ДИ: 11,0-18,4) в 2009 г. вырос вдвое до 28,0% (95ДИ: 23,8-32,2) в 2021 г. Средний темп роста показателя в течение изучаемого периода составил 5,5% (таблица 1).

Таблица 1 – Динамика показателя тяжести ПИ вследствие БП за период 2009-2021 гг.

Год	Группа инвалидности								
	1 группа			2 группа			3 группа		
	абс.	%	95 ДИ	абс.	%	95 ДИ	абс.	%	95 ДИ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2009	115	33,2	28,2-38,2	180	52,0	46,7-57,3	51	14,7	11,0-18,4
2010	112	34,4	29,2-39,6	179	54,9	49,5-60,3	35	10,7	7,3-14,1
2011	126	40,2	34,9-45,7	146	46,7	41,1-52,1	41	13,1	9,4-16,8
2012	137	33,5	28,9-38,1	212	51,8	47,0-56,6	60	14,7	11,3-18,1
2013	140	37,2	32,3-42,1	191	50,8	45,7-55,9	45	12,0	8,7-15,3
2014	166	35,2	30,9-39,5	229	48,5	44,0-53,0	77	16,3	13,0-19,6
2015	196	33,1	29,3-36,9	268	45,2	41,2-49,2	129	21,7	18,5-25,1

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2016	179	33,3	29,3-37,3	240	44,6	40,4-48,8	119	22,1	18,6-25,6
2017	190	34,0	30,1-37,9	243	43,5	39,4-47,6	126	22,5	19,0-26,0
2018	153	29,6	25,7-33,5	224	43,3	39,0-47,6	140	27,1	23,3-30,9
2019	149	28,7	24,8-32,6	251	48,3	44,0-52,6	120	23,1	19,5-26,7
2020	109	27,6	23,2-32,0	194	49,1	44,2-54,0	92	23,3	19,1-27,5
2021	128	29,8	25,5-34,1	181	42,2	37,5-46,9	120	28,0	23,8-32,2

В ходе анализа возрастной структуры тяжести ПИ вследствие БП установлена тенденция к росту тяжести ПИ с увеличением возраста лиц, впервые признанных инвалидами. Самый высокий показатель тяжести ПИ отмечен среди лиц с установленной инвалидностью в возрасте 85 лет и старше, составляя 99,3% (95ДИ: 98,5-100,0). Несколько ниже показатели тяжести ПИ у лиц в возрасте 80-84 лет и 75-79 лет, среди которых удельный вес инвалидов 1-2 группы составляет 98,2% (95ДИ: 97,3-99,1) и 93,6% (95ДИ: 92,2-95,0) соответственно. Особого внимания заслуживает также высокий показатель тяжести ПИ вследствие болезни Паркинсона и паркинсонизма среди лиц, впервые признанных инвалидами в возрасте 60-64 года – 63,3% (95ДИ: 59,1-67,5) (таблица 2).

Таблица 2 – Тяжесть ПИ вследствие БП с учетом возраста

Возраст, лет	Группа инвалидности								
	1 группа			2 группа			3 группа		
	абс.	%	95 ДИ	абс.	%	95 ДИ	абс.	%	95 ДИ
30-34	-	-	-	1	33,3	0,0-86,6	2	66,7	13,4-100,0
35-39	2	10,5	3,3-24,3	5	26,3	6,5-46,1	12	63,2	41,5-84,9
40-44	-	-	-	6	18,2	5,0-31,4	27	81,8	68,6-95,0
45-49	-	-	-	25	27,2	18,1-36,3	67	72,8	63,7-81,9
50-54	3	1,1	0,2-2,4	56	21,2	16,3-26,1	205	77,7	72,7-82,7
55-59	8	2,1	0,7-3,5	137	36,1	31,3-40,9	235	61,8	56,9-66,7
60-64	58	11,2	8,5-13,9	270	52,1	47,8-56,4	190	36,7	32,5-40,9
65-69	169	19,0	16,4-21,6	532	59,8	56,6-63,0	189	21,2	18,5-23,9
70-74	296	26,9	24,3-29,5	675	61,3	58,4-64,2	130	11,8	9,9-13,7
75-79	518	42,1	39,3-44,9	634	51,5	48,7-54,3	79	6,4	5,0-7,8
80-84	485	59,1	55,7-62,5	321	39,1	35,8-42,4	15	1,8	0,9-2,7
85 и старше	361	82,0	78,4-85,6	76	17,3	13,8-20,8	3	0,7	0,1-1,5

Показатель тяжести ПИ вследствие БП среди лиц женского пола превышал аналогичный показатель среди мужского населения. Среди женщин, признанными инвалидами вследствие изучаемой патологии, наиболее часто

устанавливалась 2 группа – 46,1% (95ДИ: 44,4-47,8) случаев. Тяжесть ПИ в течение исследуемого периода составила 83,1% (95ДИ: 81,8-84,4). Среди мужского населения данный показатель составил 76,1% (95ДИ: 74,4-77,8). Мужчинам, также наиболее часто устанавливалась 2 группа инвалидности – 48,9% (95ДИ: 46,9-50,9) случаев (таблица 3).

Таблица 3 – Тяжесть ПИ вследствие БП с учетом пола

Пол	Группа инвалидности								
	1 группа			2 группа			3 группа		
	абс.	%	95 ДИ	абс.	%	95 ДИ	абс.	%	95 ДИ
мужской	680	27,2	25,5-28,9	1220	48,9	46,9-50,9	597	23,9	22,2-25,6
женский	1220	37,0	35,4-38,6	1518	46,1	44,4-47,8	558	16,9	15,6-18,2

Показатель тяжести ПИ вследствие БП среди мужчин в течение исследуемого периода находился в диапазоне от 65,9% (95ДИ: 59,6-72,2) в 2021 г. (минимальный показатель) до 86,0% (95ДИ: 80,4-91,6) в 2012 г. (максимальный показатель). В 2021 г. в сравнении с 2009 г. отмечена тенденция к снижению показателя тяжести ПИ с 82,4% (95ДИ: 76,3-88,5) до минимального за весь период наблюдения – 65,9% (95ДИ: 59,6-72,2). Средний темп снижения составил 1,8%.

Максимальный показатель тяжести ПИ среди женщин отмечен в 2013 г., когда удельный вес инвалидов 1 и 2 группы составил 91,0% (95ДИ: 87,2-94,8) от числа признанных инвалидами женщин, минимальный показатель – 77,1% (95ДИ: 72,3-81,9) в 2018 г. Средний темп снижения показателя за исследуемый период составил 0,9%. В 2021 г. тяжесть ПИ вследствие болезни Паркинсона и паркинсонизма снизилась по сравнению с 2009 г. и составила 78,3% (95ДИ: 72,8-83,8) и 87,4% (95ДИ: 82,8-92,0) соответственно.

Анализ тяжести ПИ вследствие БП с учетом места проживания лиц, признанных инвалидами, показал, что тяжесть ПИ выше среди сельских жителей по сравнению с аналогичным показателем жителей города. Среди сельчан показатель тяжести ПИ за исследуемый период составил 83,2% (95ДИ: 81,3-85,1). Наибольшую долю в структуре ПИ сельского населения занимают лица, с установленной 1 группой инвалидности – 45,9% (95ДИ: 43,1-48,4). Тяжесть ПИ городского населения составила 79,0% (95ДИ: 77,8-80,2). В течение исследуемого периода городским жителям наиболее часто устанавливалась 2 группа инвалидности – 50,7% (95ДИ: 49,2-52,2) от числа всех случаев установления ПИ вследствие болезни Паркинсона и Паркинсонизма (таблица 4).

Показатель тяжести ПИ вследствие БП среди сельского населения превалировал над показателем городского в течение всего анализируемого периода находясь в диапазоне от максимального в 2013 г. –

92,3% (95ДИ: 86,9-96,1) до минимального в 2021 г. – 75,2% (95ДИ: 66,9-83,5). Данный показатель среди городского населения отмечен в пределах от 89,2% (95ДИ:85,2-93,2) в 2010 г. (максимальный показатель) до 71,0% (95ДИ: 66,1-75,9) в 2021 г. (минимальный показатель).

Таблица 4 – Тяжесть ПИ вследствие БП с учетом места проживания

Место проживания	Группа инвалидности								
	1 группа			2 группа			3 группа		
	абс.	%	95 ДИ	абс.	%	95 ДИ	абс.	%	95 ДИ
город	1214	28,2	26,9-29,5	2182	50,7	49,2-52,2	904	21,0	19,8-22,2
село	686	45,9	43,4-48,4	556	37,2	34,7-39,7	251	16,8	14,9-18,7

В ходе оценки динамики тяжести ПИ вследствие изучаемой патологии отмечена тенденция к снижению показателя среди городского и сельского населения. В 2021 г. в сравнение с 2009 г. тяжесть ПИ среди жителей города снизилась с 84,6% (95ДИ: 80,2-89,0) до 71,0 (95ДИ: 66,1-75,9). Средний темп убыли – 1,5%. Среди жителей села отмечено снижение показателя тяжести с 87,0% (95ДИ: 80,1-93,9) в 2009 г. до 75,2% (95ДИ: 80,1-93,9) в 2009 г. при среднем темпе убыли 1,2%.

Таким образом, в ходе проведенного анализа было установлено, что тяжесть ПИ (суммарный удельный вес инвалидов 1 и 2 группы) вследствие БП за период 2009-2021 гг. составила 80,1% (95ДИ: 79,1-81,1). Наиболее часто лицам с данной патологией устанавливалась 2 группа инвалидности – 47,3% (95ДИ: 46,0-48,6) случаев. Отмечена тенденция к снижению показателя тяжести ПИ вследствие БП с 89,3% (95ДИ: 85,9-92,7) в 2010 г. (максимальный показатель) до 72,0% (95ДИ: 67,8-76,2) в 2021 г. (минимальный показатель). Темп убыли 2021/2009 составил – 15,5%. Средний темп убыли в течение исследуемого периода составляет 1,4%.

Снижение тяжести ПИ ведет к увеличению числа лиц с установленной более легкой 3 группой инвалидности, т.е. лиц с более легкой степенью нарушений тех или иных категорий жизнедеятельности и имеющих реабилитационный потенциал. Отмеченная тенденция требует разработки новых или усовершенствования имеющихся подходов к реабилитации данного контингента лиц, а не просто мер социальной адаптации и ухода, необходимых лицам с более тяжелыми нарушениями.

Литература

1. Всемирный день борьбы с болезнью Паркинсона // НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента [Электронный ресурс]. – 2022. – Режим доступа: <https://niiioz.ru/news/11-aprelya-vsemirnyy-den-borby-s-boleznyu-parkinsona>. – Дата доступа: 14.04.2023.
2. Раздорская, В.В. Статистика амбулаторных случаев болезни Паркинсона / В.В. Раздорская, Г.К. Юдина, О.Н. Воскресенская // Журнал неврологии и психиатрии. – №9. – 2012. – С.72-76.

Анализ первичной инвалидности вследствие болезни Паркинсона и паркинсонизма с учетом региона проживания

Короткий А.А., Воронец О.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь
РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Болезнь Паркинсона (далее – БП) – одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний. Эпидемиологические исследования указывают на то, что болезнь Паркинсона наблюдается во всех этнических группах и встречается с равной частотой у мужчин и женщин. Заболеваемость составляет около 20 на 100 тыс. населения, распространенность варьирует от 120 до 180 на 100 тыс. населения [1].

Показатели общей заболеваемости БП (количество случаев на 100 тыс. населения в год) в разных странах мира различны и имеет следующий диапазон: США 11,1-20,5; Китай 1,5; Сингапур 32, Австрия 7; Италия 10-32,6,3; Испания 186,8; Италия 10,1; Польша 12,6; Россия 1,88-16,3 [1].

Принимая во внимание различия эпидемиологических показателей БП в зависимости от территории проживания актуальным представляется исследование уровня первичной инвалидности (далее – ПИ) вследствие БП в Республике Беларусь с учетом места и региона проживания лиц, признанных инвалидами.

В ходе анализа использованы материалы базы данных информационной системы «Инвалидность» за 2009-2013 гг. и Республиканской информационно-аналитической системы по экспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь за 2014-2021 гг., функционирующих на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации».

Всего за исследуемый период (2009-2021 гг.) вследствие БП впервые признанно инвалидами 5793 чел. Средний уровень ПИ составил 0,58 (95ДИ: 0,53-0,63) на 10 тыс. населения.

Среди лиц, впервые признанных инвалидами вследствие БП, преобладали городские жители. В целом за исследуемый период инвалидность вследствие изучаемой патологии установлена у 4391 городского жителя и 1493 сельских жителей. Удельный вес жителей города составил 74,6%, жителей села – 25,4% (рисунок 1).

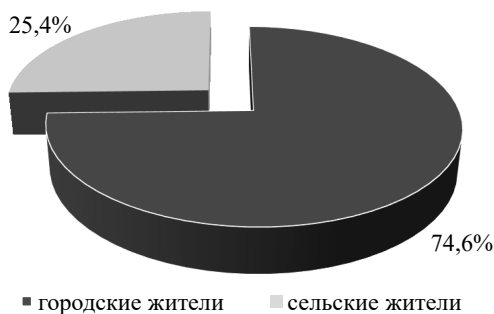


Рисунок 1 – Распределение лиц, впервые признанных инвалидами вследствие БП, с учетом места проживания

Удельный вес городских жителей превалировал на протяжении всего исследуемого периода, находясь в диапазоне от максимального показателя в 2020 г. – 79,5% до минимального в 2013 г. – 65,4% (рисунок 2).

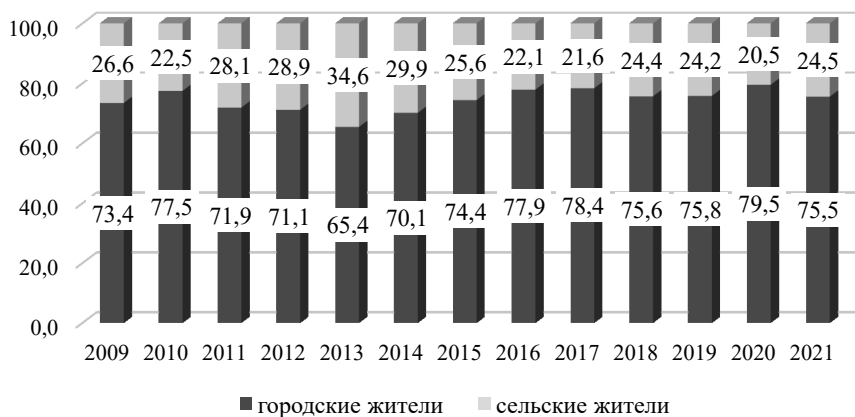


Рисунок 2 – Распределение лиц, впервые признанных инвалидами вследствие БП, за период 2009-2021 гг. с учетом места проживания

Инвалидами вследствие БП в среднем в год признавались 338 городских жителей, что в 2,9 раза выше по сравнению с аналогичным числом сельских жителей – 115 чел. При этом необходимо отметить, что более высокий среднегодовой уровень ПИ регистрируется среди сельских жителей, составляя 0,65 (95Д: 0,53-0,77) на 10 тыс. сельского населения против 0,57 (95Д: 0,51-0,63) на 10 тыс. городского населения (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели ПИ вследствие БП в Республике Беларусь за период 2009-2021 гг. с учетом места проживания

Год	Городское население			Сельское население		
	абс. число	уровень ПИ, на 10 тыс. нас.	95ДИ	абс. число	уровень ПИ, на 10 тыс. нас.	95ДИ
2009	254	0,44	0,39-0,49	92	0,46	0,37-0,55
2010	323	0,56	0,5-0,62	94	0,48	0,38-0,58
2011	225	0,39	0,34-0,44	88	0,46	0,36-0,56
2012	291	0,50	0,44-0,56	118	0,64	0,53-0,75
2013	246	0,42	0,37-0,47	130	0,72	0,6-0,84
2014	331	0,56	0,5-0,62	141	0,79	0,66-0,92
2015	441	0,74	0,67-0,81	152	0,87	0,73-1,01
2016	419	0,70	0,63-0,77	119	0,69	0,57-0,81
2017	438	0,74	0,67-0,81	121	0,71	0,58-0,84
2018	391	0,66	0,59-0,73	126	0,75	0,62-0,88
2019	394	0,66	0,59-0,73	126	0,77	0,64-0,9
2020	314	0,54	0,48-0,6	81	0,47	0,37-0,57
2021	324	0,56	0,5-0,62	105	0,61	0,49-0,73

В течение исследуемого периода времени отмечалась динамика показателей ПИ как среди городского, так и среди сельского населения. Число городских жителей, впервые признанных инвалидами вследствие БП и уровень ПИ среди данной категории граждан, находились в диапазоне от минимальных показателей в 2011 г. – 225 чел. и 0,39 (95ДИ: 0,34-0,44) на 10 тыс. городского населения до максимальных показателей в 2015 г. – 441 чел. и 0,74 (95ДИ: 0,67-0,81) на 10 тыс. городского населения. Показатели ПИ среди сельского населения отмечались в пределах от минимального – 88 чел. или 0,46 (95ДИ: 0,36-0,56) на 10 тыс. сельского населения до максимального – 152 чел. или 0,87 (95ДИ: 0,73-1,01) на 10 тыс. сельского населения, зарегистрированных в 2011 и 2015 гг. соответственно (таблица 1).

Среди городского населения страны средний темп прироста уровня ПИ вследствие БП составил 1,9%, среди сельского населения – 2,5%. В 2021 г. темп прироста показателя ПИ (в сравнении с 2009 г.) составил 26,0% и 33,0% среди городского и сельского населения соответственно.

Анализ региональной структуры ПИ показал, что наибольшее число лиц, впервые признанных инвалидами вследствие БП, проживало в Витебской области – 1184 чел., удельный вес которых составил 20,5%. Значительный вклад в формирование показателей ПИ вносили также жители г. Минска – 16,8% (973 чел.) и Брестской области – 15,9% (920 чел.). Наименьшее число лиц, признанных инвалидами вследствие изучаемой патологии, проживало в Могилевской области и составило 592 чел. или 10,2% (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели ПИ вследствие БП за период 2009-2021 гг. с учетом региона проживания

Регион проживания	Число признанных инвалидами		Уровень ПИ		
	абс. число	%	на 10 тыс. населения	95ДИ	отклонение от средне- респуб., %
Брестская область	920	15,9	0,65	0,5-0,8	11,3
Витебская область	1184	20,5	0,93	0,74-1,12	59,4
Гомельская область	654	11,3	0,44	0,32-0,56	-23,9
Гродненская область	673	11,6	0,61	0,44-0,78	5,7
Минская область	793	13,7	0,53	0,4-0,66	-8,5
Могилевская область	592	10,2	0,53	0,38-0,68	-8,9
г. Минск	973	16,8	0,47	0,36-0,58	-19,7

Наиболее высокий уровень ПИ вследствие БП отмечен также в Витебской области. Средний показатель ПИ в данном регионе в течение анализируемого периода составил 0,93 (95ДИ: 0,74-1,12) на 10 тыс. населения, что выше среднереспубликанского значения на 59,3%. Уровень ПИ в Витебской области превалировал над аналогичным показателем других регионов на протяжении всего анализируемого периода находясь в диапазоне от минимального 0,65 на (95ДИ: 0,49-0,81) на 10 тыс. населения в 2009 г. до максимального 1,40 (95ДИ: 1,17-1,63) на 10 тыс. населения в 2015 г.

Превышение уровня ПИ над среднереспубликанским показателем отмечено также в Брестской области (на 11,3%) и Гродненской области (на 5,7%). Показатель ПИ в данных регионах составил 0,65 (95ДИ: 0,5-0,8) и 0,61 (95ДИ: 0,44-0,78) на 10 тыс. населения соответственно. Наименьший уровень ПИ вследствие изучаемой патологии в течение исследуемого периода отмечен в Гомельской области, составляя 0,44 на 10 тыс. населения, что ниже среднереспубликанского значения на 23,9% (таблица 2).

При оценке динамики уровня ПИ в течение анализируемого периода в разных регионах страны отмечена умеренная тенденция к росту показателя в Гомельской, Минской и Могилевских областях. Показатель ПИ вследствие изучаемой патологии среди населения Минской области вырос в 2,4 раза по сравнению с показателем ПИ в 2009 г. при среднем темпе прироста 10,8%. Средний темп прироста уровня ПИ в Гомельской области и Могилевской области составил 5,1% и 4,2% соответственно. В 2021 г. в сравнении с 2009 г. темп прироста уровня ПИ в Гомельской области составил – 81,4%, среди Могилевской области – 64,2% (таблица 3).

Таблица 3 – Показатели ПИИ вследствие БП за период 2009-2021 гг. с учетом региона проживания

Регион	Показатель	Год освидетельствования												
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Брестская область	на 10 тыс. нас.	0,48	0,44	0,49	0,65	0,75	0,83	0,77	0,83	0,71	0,62	0,72	0,54	0,60
	95 ДИ	0,35-0,61	0,32-0,56	0,36-0,62	0,5-0,8	0,59-0,91	0,66-1,0	0,61-0,93	0,66-1,0	0,55-0,87	0,47-0,77	0,56-0,88	0,4-0,68	0,45-0,75
	откл. от респ.	6,5	4,7	20,2	22,7	54,0	34,6	0,2	18,5	-2,3	-9,3	5,1	3,1	4,3
Витебская область	на 10 тыс. нас.	0,65	0,71	0,79	1,10	1,17	0,88	1,40	0,98	1,10	0,93	0,89	0,82	0,65
	95 ДИ	0,49-0,81	0,55-0,87	0,62-0,96	0,89-1,31	0,96-1,38	0,7-1,06	1,17-1,63	0,78-1,18	0,89-1,31	0,74-1,12	0,7-1,08	0,64-1	0,48-0,82
	откл. от респ.	44,8	68,3	95,6	108,5	140,1	42,8	81,1	39,5	50,3	37,3	29,7	56,3	13,4
Гомельская область	на 10 тыс. нас.	0,25	0,34	0,32	0,47	0,34	0,42	0,46	0,53	0,62	0,54	0,56	0,46	0,45
	95 ДИ	0,16-0,34	0,23-0,45	0,22-0,42	0,34-0,6	0,23-0,45	0,3-0,54	0,34-0,58	0,4-0,66	0,48-0,76	0,4-0,68	0,42-0,7	0,33-0,59	0,32-0,58
	откл. от респ.	44,3	-18,4	-21,3	-10,3	-30,7	-31,9	-40,0	-25,0	-15,6	-20,3	-17,9	-13,3	-20,9
Гродненская область	на 10 тыс. нас.	0,62	0,45	0,48	0,50	0,54	0,59	0,76	0,73	0,74	0,67	0,77	0,58	0,57
	95 ДИ	0,45-0,79	0,31-0,59	0,33-0,63	0,35-0,65	0,38-0,7	0,43-0,75	0,57-0,95	0,55-0,91	0,56-0,92	0,49-0,85	0,58-0,96	0,41-0,75	0,4-0,74
	откл. от респ.	39,2	7,0	17,5	-5,5	10,3	-4,2	-2,0	3,4	1,4	-0,7	13,1	10,4	0,5
Минская область	на 10 тыс. нас.	0,20	0,44	0,50	0,62	0,40	0,54	0,79	0,67	0,56	0,58	0,55	0,38	0,68
	95 ДИ	0,12-0,28	0,32-0,56	0,37-0,63	0,48-0,76	0,28-0,52	0,41-0,67	0,63-0,95	0,52-0,82	0,42-0,7	0,44-0,72	0,41-0,69	0,27-0,49	0,53-0,83
	откл. от респ.	-55,6	5,0	22,9	17,5	-17,1	-12,4	2,6	-4,8	-23,1	-14,5	-19,1	-27,3	19,4
Могилевская область	на 10 тыс. нас.	0,37	0,37	0,38	0,60	0,47	0,51	0,54	0,44	0,60	0,71	0,71	0,60	0,60
	95 ДИ	0,24-0,5	0,24-0,5	0,25-0,51	0,44-0,76	0,33-0,61	0,36-0,66	0,38-0,7	0,3-0,58	0,44-0,76	0,53-0,89	0,53-0,89	0,43-0,77	0,43-0,77
	откл. от респ.	-17,6	-12,0	-5,0	13,8	-3,9	-17,6	-29,7	-37,1	-18,6	3,9	3,7	13,7	5,9
г. Минск	на 10 тыс. нас.	0,58	0,27	0,06	0,03	0,03	0,57	0,72	0,71	0,78	0,72	0,65	0,43	0,52
	95 ДИ	0,46-0,7	0,19-0,35	0,02-0,1	0,01-0,05	0,01-0,05	0,45-0,69	0,59-0,85	0,58-0,84	0,64-0,92	0,59-0,85	0,53-0,77	0,33-0,53	0,41-0,63
	откл. от респ.	29,7	-35,3	-84,2	-95,2	-94,8	-6,9	-7,1	1,7	6,7	6,6	-4,6	-17,3	-9,4

Таким образом, в ходе проведенного анализа установлено, что наибольший удельный вес среди лиц, впервые признанных инвалидами вследствие БП, имели городские жители – 74,6%. Среднегодовое число признанных инвалидами выше среди городского населения (338 чел.) по сравнению с сельским (115 чел.), однако уровень ПИ сельского населения превалирует над городским составляя 0,65 (95Д: 0,53-0,77) на 10 тыс. сельского населения против 0,57 (95Д: 0,51-0,63) на 10 тыс. городского населения;

Набольшее число лиц, впервые признанных инвалидами вследствие БП, проживало в Витебской области (1184 чел., 20,5%). Среди всех регионов страны наиболее высокий уровень ПИ отмечен в Витебской области – 0,93 (95ДИ: 0,74-1,12) на 10 тыс. населения, что превышает среднереспубликанское значение на 59,3%.

Литература

1. Байрамукова, А.М. Эпидемиология болезни Паркинсона в различных странах мира / А.М. Байрамукова, А.К. Ажахметова, С.М. Карпов // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С.20-21.

Показатели для оценки деятельности учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор

Кузьмина В.Б., Писарик В.М., Ростовцев В.Н., Семёнов А.В.,
Орлова М.Г., Терехович Т.И.

РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики
здравоохранения, г. Минск, Республика Беларусь
Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения,
г. Минск, Республика Беларусь

Современные социально-экономические условия и многозадачность деятельности учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор – центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья (далее – ЦГ) – требуют разработки системы оценки их деятельности, основанной на показателях, максимально соответствующих стратегическим целям, тактическим направлениям и текущим задачам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия. Постоянное совершенствование системы показателей для оценки деятельности ЦГ становится необходимым условием для объективного анализа, целевого планирования и принятия эффективных управленческих решений руководителями ЦГ всех уровней. Это имеет особую актуальность и значимость в рамках перехода к новой концепции финансирования организаций здравоохранения (далее – ОЗ),

определенной Государственной программой «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 гг.: от постатейного финансирования к системе финансирования на основе достигнутых результатов [1]. В связи с вышеизложенным представляется актуальной цель исследования.

Цель исследования. Разработать систему показателей для оценки деятельности ЦГ.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Проанализировать существующие подходы к оценке деятельности ЦГ.
2. Сформировать требования к системе показателей для оценки деятельности ЦГ.
3. Разработать структуру и перечень показателей для оценки деятельности ЦГ.

Материал и методы. Материалом для исследования явились документы, регламентирующие деятельность ЦГ. Разработана анкета и проведён опрос среди главных врачей ЦГ. Используются методы статистического анализа и ранжирования.

Результаты и обсуждение. В качестве основного методического подхода к оценке деятельности ЦГ в настоящее время используется анализ выполнения показателей (обязательных, поощрительных и дефектов), представленных в модели конечных результатов и экспертная оценка на основании справочных показателей и результатов проверок. Такой подход обладает рядом недостатков:

- отсутствие нормативных значений показателей деятельности, что не позволяет оценить степень достижения поставленных целей;
- оценки, полученные за поощрительные показатели, в несколько раз превышают значимость обязательных показателей, что искажает полученный коэффициент достижения результата;
- низкая значимость и неинформативность показателей дефектов;
- отсутствие динамики показателей, что не позволяет оценить работу ЦГ за определенный временной интервал;
- показатели не дифференцированы по уровням учреждений, при этом некоторые показатели не применимы для ЦГ районного уровня;
- показатели не отражают результаты работы по тактическим направлениям деятельности;
- не предусмотрена оценка деятельности ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья».

На основе анализа литературных источников [2, 3], а также опыта работы с действующими моделями нами сформированы требования к системе показателей оценки деятельности ЦГ:

- соответствие стратегической цели, тактическим направлениям деятельности и текущим задачам;

- измеряемость, объективность и верифицируемость показателей;
- достижимость нормативных значений;
- возможность оценки в динамике;
- дифференцированность показателей по разным уровням ЦГ;
- определение доли вклада показателя в итоговую оценку с учётом степени его значимости.

В соответствии с вышеперечисленными требованиями нами разработана система показателей, характеризующих преимущественно тактические направления и текущие задачи деятельности ЦГ разных уровней подчинённости:

1. Обеспечение санитарно-противоэпидемической устойчивости территории:

1.1 Охват иммунизацией целевой группы населения вакцинами, включёнными в Национальный календарь профилактических прививок Республики Беларусь, %;

1.2 Инфекционная и паразитарная заболеваемость;

1.3 Число случаев пищевых отравлений на 100 тыс. населения;

1.4 Общее число представлений заключительной информации об осложнении санитарно-эпидемической обстановки;

1.5 Доля инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, от общего числа эпидемиологических исследований в ОЗ, %.

2. Обеспечение гигиенических аспектов устойчивого развития территории:

2.1 Доля объектов надзора, обследованных лабораторно, на которых в течение отчётного периода не отмечалось случаев превышения ПДК/ПДУ, от общего количества объектов, обследованных лабораторно: 2.1.1 по уровню звука; 2.1.2 вибрации; 2.1.3 показателям микроклимата; 2.1.4 по электромагнитному полю; 2.1.5 по освещённости;

2.2 Доля проб воздуха, воды и почвы, соответствующих установленным требованиям, от общего количества проб, %;

2.3 Доля точек измерения неблагоприятных физических факторов, соответствующих гигиеническим нормативам, от общего количества точек измерения: 2.3.1 уровни звука; 2.3.2 вибрация; 2.3.3 электромагнитное излучение;

2.4 Доля проб продукции, соответствующих гигиеническим требованиям и нормативам, от общего количества исследованных: 2.4.1 товары народного потребления; 2.4.2 продовольственное сырьё и пищевые продукты;

2.5 Профессиональная заболеваемость (впервые выявленные случаи).

3. Осуществление контрольной (надзорной) функции:

3.1. Общее число проведенных проверок, в т.ч.: 3.1.1 выборочных; 3.1.2 внеплановых; 3.1.3 мониторингов; 3.1.4 мероприятий технического

(технологического, поверочного) характера; 3.1.5 мероприятий профилактического и превентивного характера;

3.2 Общее число выявленных нарушений, в т.ч. в ходе: 3.2.1 выборочных проверок; 3.2.2 внеплановых проверок; 3.2.3 мониторингов; 3.2.4 мероприятий технического (технологического, поверочного) характера;

3.3 Общее число мер, принятых по результатам проверок, в т.ч.: 3.3.1 протоколов; 3.3.2 предписаний, рекомендаций по устранению выявленных нарушений; 3.3.3 предписаний о приостановлении (запрете) деятельности (по производству, реализации продукции, работ, услуг), об изъятии продукции из обращения.

3.4 Число надзорных мероприятий (всех видов) на одного врача-специалиста задействованных подразделений ЦГ.

4. Лабораторное обеспечение деятельности:

4.1 Доля выполненных лабораторных исследований от общего числа планируемых исследований, %;

4.2 Число исследованных образцов (проб) на 1 врача-лаборанта/фельдшера-лаборанта.

5. Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование и внедрение результатов научных исследований в практическую деятельность:

5.1 Число разработанных (актуализированных, адаптированных) проектов санитарных норм и правил, гигиенических нормативов, методов (методик) лабораторных исследований, методических рекомендаций и других документов, утверждённых в установленном порядке (для соответствующего уровня ЦГ);

5.2 Число актов внедрения результатов научных исследований.

6. Профилактика инфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни населения (итоговый балл по инструкции «Оценка эффективности деятельности организаций здравоохранения по формированию здорового образа жизни населения», утверждённой постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 21.05.2007 №15).

7. Оценка деятельности главного врача ЦГ (среднегодовой балл по приказу Министерства Здравоохранения Республики Беларусь от 04.12.2014 г. №1275 «Об утверждении состава и Положения о Комиссии по премированию и признанию утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь»).

8. Техническое обеспечение информатизации деятельности. Обеспеченность медицинских работников персональными компьютерами с установленной операционной системой не ниже Windows 7 и доступом к сети интернет.

9. Организационно-методическое обеспечение деятельности. Число организационно-методических мероприятий, проведённых со специалистами:

9.1 Подчинённых территориальных ЦГ;

9.2 Организаций здравоохранения (семинары, конференции и т.д.).

Настоящая система показателей предназначена для ежегодной оценки деятельности ЦГ и может быть использована в период до формирования публичной стратегии развития органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор, по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения и реализации контрольной (надзорной) функции с определением конечных социально значимых целей и показателей их достижения. На следующем этапе деятельность ЦГ целесообразно оценивать с учетом требований международных стандартов серии ISO 9000 с точки зрения показателей результативности и эффективности. Под результативностью понимается степень достижения запланированных целей и результатов, под эффективностью – соотношение между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

Оценка эффективности деятельности ЦГ в Республике Беларусь в настоящее время является проблематичной в связи с отсутствием утвержденных унифицированных и стандартизированных нормативов деятельности, позволяющих сформировать единые подходы к определению стоимости использованных ресурсов (кадровых, финансовых, материально-технических) на реализацию мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия и осуществление контрольной (надзорной) функции. Одновременно, в рамках перехода к системе финансирования, ориентированной на достижение результата, ключевое значение приобретает модель стратегического и проектного планирования. Объектами планирования в данной модели являются конкретные показатели конечного, социально значимого результата (целевые показатели стратегического планирования) и индикативные (промежуточные) показатели деятельности (показатели тактического планирования), достижение которых планируется в результате реализации задач по основным направлениям деятельности. Анализ выполнения запланированных целевых и индикативных показателей по итогам работы за год является итоговой оценкой работы каждого ЦГ и органа государственного управления в целом по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Кроме того, анализ выполнения плановых показателей позволит оценить качество работы руководителей ЦГ всех уровней, руководителей структурных подразделений ЦГ и непосредственных исполнителей.

Заключение. Внедрение разработанной системы показателей для оценки деятельности ЦГ по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения и осуществлению контрольной (надзорной) функции предполагает оценку степени достижения результатов частично страте-

гического и, в основном, тактического планирования и направлено на создание условий для эффективного управления в рамках перехода к системе финансирования на основе достигнутых результатов.

Литература

1. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 19 янв. 2021 г., №28 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://etalonline.by/document/?regnum=C22100028>. – Дата доступа: 30.04.2023.

2. Анализ государственного санитарного надзора в г. Минске за период с 2016 по 2019 гг. / С.Н. Чепелев [и др.] // Фундаментальная наука в современной медицине – 2020: сб. материалов сател. дистанц. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых, апр. Минск 2020 г. / под ред. А.В. Сикорского, В.Я. Хрыщановича, Т.В. Горлачевой, Ф.И. Висмонта. – Минск, 2020. – С.245-250.

3. Система оценки деятельности органов и учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека: метод. рекомендации. – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2008. – 30 с.

Результаты сравнительного анализа ограничений функционирования и жизнедеятельности у пациентов с ранним и поздним началом болезни Альцгеймера

Лакутин А.А., Емельянцева Т.А., Жилевич Л.А., Корзун В.А.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь
ГУ «Минский областной клинический госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны имени П.М. Машерова», аг. Лесной, Республика Беларусь
ГУ «Борисовский психоневрологический дом-интернат для престарелых и инвалидов», г. Борисов, Республика Беларусь

Актуальность. Деменция вследствие болезни Альцгеймера (далее – БА) в США и странах Европы достигает 80%-60% от общего числа пациентов с деменцией [1].

Стандартизированная по возрасту распространенность деменции в возрасте старше 60 лет во всем мире составляет примерно 5-7% [2].

Материалы и методы. Исследование выполнено в рамках научно-исследовательской работы «Разработать метод медицинской реабилитации и порядок оценки ограничений жизнедеятельности пациентов с болезнью Альцгеймера» (№ г.р. 20220628 от 25.04.2022), сроки выполнения 2021-2025 г.

В исследование вошли 182 пациентов (М/Ж=39/143 (21,4%/78,6%) с БА в возрасте 75±10,63 лет.

Из 182 пациентов, с ранним началом БА (до 65 лет) было 39 пациентов (М/Ж=11/28 (28,2%/71,8%)), в возрасте $61,5 \pm 5,3$ лет; с поздним началом БА (после 65 лет) было 143 пациента (М/Ж=28/11 (19,6%/80,4%)), в возрасте $79,1 \pm 6,2$ лет.

Проводилось клинико-функциональное исследование с использованием разработанной Карты оценки нарушений функций органов и систем организма, ограничений активности и участия, факторов окружающей среды по кодам МКФ у пациентов с БА.

Использовался частотный анализ, непараметрический сравнительный анализ двух независимых выборок с использованием критерия U-Манна-Уитни, сравнение частотных показателей с использованием критерия Хи-квадрат.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования, тяжелая деменция чаще обнаруживалась у лиц с ранним началом БА (41%), тогда как у лиц с поздним началом БА тяжелая деменция отмечалась в 30,8% случаев. Легкая деменция отмечалась чаще у лиц с поздним началом БА (32,2%), вместо 23,1% у лиц ранним началом БА. Во всех остальных случаях, показатели когнитивного снижения были сопоставимы (рисунок 1).

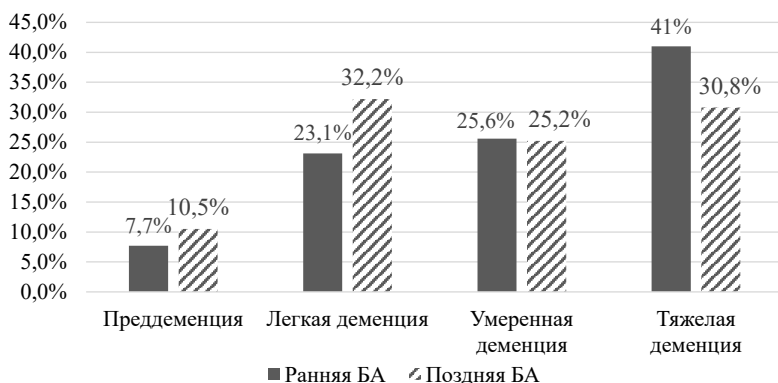


Рисунок 1 – Распределение степени тяжести когнитивных нарушений в зависимости от типа БА

Согласно результатам проведенного сравнительного статистического анализа с использованием критерия U-Манна-Уитни, значимых различий по степени тяжести когнитивных нарушений в обеих группах с БА не обнаружено ($p_{\text{U-Манна-Уитни}} > 0,05$).

Однако, по результатам сравнительного статистического анализа с использованием критерия Хи-квадрат, значимо чаще случаи тяжелой деменции обнаруживались в группе пациентов с ранним началом БА (41%), нежели с поздним началом (30,8%) ($p_{\text{Хи-квадрат}} < 0,05$).

Тяжесть ограничений жизнедеятельности у пациентов с ранним началом БА распределилась следующим образом: 3 группу инвалидности имели 7 лиц с БА (17,9%), 2 группу – 17 лиц (43,6%), 1 группу – 15 лиц (38,5%) (рисунок 2).

Тяжесть ограничений жизнедеятельности у пациентов с поздним началом БА распределилась следующим образом: 3 группу инвалидности имели 39 лиц с БА (27,2%), 2 группу – 48 лиц (33,5%), 1 группу – 78 лиц (54,5%) (рисунок 2).

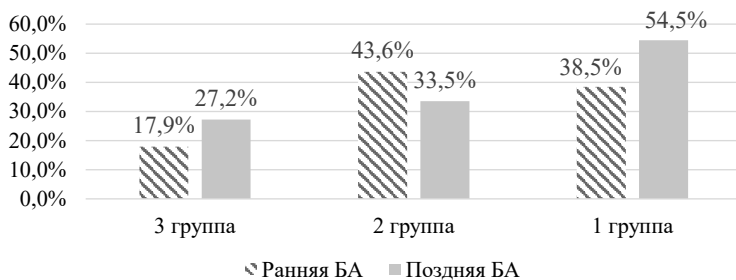


Рисунок 2 – Показатели инвалидности у лиц с ранним началом и поздним началом БА

По результатам проведенного анализа тяжести инвалидности, у лиц с ранним началом БА устанавливалась 2 группа инвалидности (43,6%), у лиц с поздним БА, 2 группа инвалидности устанавливалась реже – в 33,5% случаев. У лиц с поздним началом БА, 1 группа инвалидности, устанавливалась чаще – в 54,5% случаев, у лиц с ранним началом БА – в 38,5% случаев.

По результатам сравнительного статистического анализа с использованием критерия Хи-квадрат, значимых различий между группами пациентов с ранним и поздним БА не обнаруживается ($\chi^2_{\text{Пирсона}} > 0,05$).

Наиболее выраженными нарушениями психических функций у пациентов с ранним и поздним началом БА являлись: b114 функций ориентации ($3,6 \pm 1,47$ и $3,3 \pm 1,4$ баллов соответственно), b130 функций побуждения ($3,5 \pm 1,4$ и $3,3 \pm 1,3$ баллов соответственно), b140 функций внимания ($3,1 \pm 1,41$ и $2,9 \pm 1,3$ баллов соответственно), b144 функций памяти ($3,6 \pm 1,36$ и $3,4 \pm 1,3$ баллов соответственно), b152 эмоциональных функций ($3,6 \pm 1,4$ и $3,4 \pm 1,3$ баллов соответственно), b160 функций мышления ($3,6 \pm 1,4$ и $3,5 \pm 1,3$ баллов соответственно), b164 исполнительных функций ($3,6 \pm 1,35$ и $3,4 \pm 1,3$ баллов соответственно).

Показатели тяжести ограничений активности и участия по кодам МКФ у лиц с ранним и поздним началом БА, распределились следующим образом: d230 выполнение повседневной деятельности ($3,6 \pm 1,3$ и $3,5 \pm 1,42$ баллов соот-

ответственно), d250 контроль поведения ($3,66 \pm 1,3$ и $3,65 \pm 1,4$ баллов соответственно), d360 использование средств связи ($3,3 \pm 1,3$ и $3,2 \pm 1,47$ баллов соответственно), d510 мытье ($3,66 \pm 1,33$ и $3,47 \pm 1,53$ баллов соответственно), d570 забота о здоровье ($3,6 \pm 1,36$ и $3,4 \pm 1,55$ баллов соответственно), d760 семейные отношения ($3,5 \pm 1,6$ и $3,5 \pm 1,5$ баллов соответственно), d860 экономические операции ($3,66 \pm 1,3$ и $3,5 \pm 1,5$ баллов соответственно).

Таким образом, у пациентов с ранним началом БА обнаруживается более высокая степень тяжести по всем психическим функциям и ограничениям активности и участия, что соответствует современным литературным данным [3].

Выводы. У пациентов с ранним началом БА отмечались более выраженные нарушения психических функций, ограничений активности и участия, что обуславливает высокую тяжесть ограничений жизнедеятельности.

Литература

1. World Health Organization. Dementia: a public health priority [Electronic resource]. – WHO, 2012. – Mode of access: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012. – Date of access: 26.05.2023.
2. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society / B.Winblad [et al] // Lancet Neurol. – 2016. – V.15(5). – P.455-532.
3. Graff-Radford, J.New insights into atypical Alzheimer's disease in the era of biomarkers / J. Graff-Radford // Lancet Neurol. – 2021. – V.20(3). – P.222-234.

Анализ первичной инвалидности среди взрослого населения вследствие сахарного диабета в г. Москве и Центральном федеральном округе в динамике за 2017-2021 гг.

Лецкая О.А., Асриян А.Ю., Запарий Н.С.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,
г. Москва, Российская Федерация
ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Министерства труда
и социальной защиты Российской Федерации»,
г. Москва, Российская Федерация

Цель исследования. Изучение динамики и структуры первичной инвалидности среди взрослого населения вследствие сахарного диабета среди взрослого населения г. Москвы за 2017-2021 гг. с учетом возрастных групп и тяжести инвалидности.

Материалы и методы. Исследование сплошное. База исследования: ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России. Источники информации: формы федерального государственного статистического наблюдения

Ф-7 (Собес) (сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше), информационная база данных ЕВИИАС МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России, статистические сборники ФГБУ ФБ МСЭ – 5 единиц.

Период исследования. 2017-2021 гг.

Методы исследования. Выкопировка данных, описательная статистика (абсолютные, экстенсивные, интенсивные показатели, показатели достоверности), аналитический, сравнительный анализ, критерий достоверности (р). Расчет показателей первичной инвалидности с учетом группы инвалидности и возрастных групп. Возрастные группы взрослого населения выделены в соответствии с формой федерального государственного статистического наблюдения форма Ф-7(Собес) – молодой (18-44 лет), средний (жен. – 45-54 лет, м. – 45-59 лет), старше трудоспособного возраста (ж. 55 и >, м-60 лет и >).

Результаты и обсуждения. В 2017 г. впервые установлена группа инвалидности вследствие сахарного диабета 1285 лицам в возрасте 18 лет и старше. Их доля в структуре впервые признанных инвалидами (далее – ВПИ) вследствие болезней эндокринной системы, расстройства питания, обмена веществ составляет 89,1%, а в структуре ВПИ вследствие всех классов болезней согласно МКБ-Х – 2,4%. Уровень данного контингента инвалидов составлял 1,2 на 10 тыс. взрослого населения. В динамике отмечалось уменьшение числа ВПИ в 2018 г. до 1203 человек (темп убыли – 6,4%), их доля в классе болезней эндокринной системы – 89,8%, в общей структуре – 2,3%. Уровень инвалидности равнялся 1,2 на 10 тыс. населения. В 2019 г. их число уменьшилось до 895 человек (темп убыли -25,6%), их доля в общей структуре составляла 1,9%, с уровнем равным 0,9 на 10 тыс. взрослого населения. В 2020-2021 гг. отмечалось их уменьшение до 695 человек и связано со снижением медико-социальной активности населения в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19. Уровень первичной инвалидности в данные годы регистрировался на уровне 0,6-0,7 на 10 тыс. населения. В целом за период исследования впервые признанных инвалидами вследствие сахарного диабета 4725 человек, в среднем 945 человек в год (таблица 1).

Таблица 1 – Структура первичной инвалидности взрослого населения вследствие сахарного диабета в классе болезней эндокринной системы в г. Москве за 2017-2021 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. населения)

Годы	МКБ-Х					
	Болезни эндокринной системы, расстройства питания, обмена веществ			Сахарный диабет		
	абс. число	удельный вес	уровень	абс. число	удельный вес	уровень
2017	1442	2,7	1,4±0,09	1285	2,4	1,2±0,09
2018	1339	2,6	1,3±0,09	1203	2,3	1,2±0,09
2019	1005	2,2	1,0±0,03	895	1,9	0,9±0,02
2020	738	2,0	0,7±0,02	647	1,8	0,6±0,02
2021	816	2,2	0,8±0,02	695	1,9	0,7±0,02

В возрастной структуре впервые признанных инвалидами вследствие сахарного диабета лидирующие позиции занимали инвалиды старше трудоспособного возраста (55 л и >жен.; 60 л и >муж.). Так в г. Москве их число составляло 2091 человек, в среднем 418 человек в год, в динамике их численность варьировала от 509 человек до 319 человек. Их доля в структуре ВПИ в динамике имела тенденцию к увеличению от 37,0% до 51,4%, в среднем составляя 45,6%. Уровень первичной инвалидности данного контингента регистрировался от 1,5 до 0,9, в среднем составив 1,2 на 10 тыс. соответствующего населения. В Центральном федеральном округе общее число ВПИ данной возрастной группы составлял 8582 человек, в среднем 1916 человек в год. Их удельный вес в структуре ВПИ значительно выше чем по г. Москве, в динамике увеличивался от 51,6% до 60,8%, в среднем составлял 57,3%, что в 1,3 раза выше экстенсивного показателя по г. Москве ($p < 0,05$).

Уровень первичной инвалидности среди лиц старше трудоспособного возраста регистрировался в границах 2,0-1,5, в среднем составлял 1,7 на 10 тыс. соответствующего населения, что также выше интенсивного показателя по г. Москве в 1,4 раза ($p < 0,05$) (таблица 2).

Второе ранговое место занимали инвалиды среднего возраста (45-54 л-жен.; 45-59 л-муж.). Их доля по г. Москве в структуре ВПИ имела тенденцию к уменьшению от 44,0% до 35,1%, в среднем составляя 38,4%. Абсолютное их число также за период изучения уменьшалось от 565 человек до 255 человек (темп убыли – 54,9%). И составляло 1848 человек, в среднем за год 370 человек. Уровень первичной инвалидности среди данной возрастной группы характеризовался снижением от 2,6 до 1,0, в среднем составлял 1,7 на 10 тыс. соответствующего населения.

Аналогичная тенденция отмечалась и в Центральном федеральном округе, число ВПИ среднего возраста уменьшалось от 1213 человек до 791 человек (темп убыли -34,8%), общее их число составляло 4958 человек, в среднем 992 человека в год. Их удельный вес также регистрировался с уменьшением от 33,1% до 27,5%, в среднем составляя 29,4%, что значительно ниже экстенсивного показателя по г. Москве ($p < 0,05$). Уровень первичной инвалидности снижался от 1,8 до 1,2, в среднем интенсивный показатель равнялся 1,5.

Наименьший удельный вес составляли инвалиды молодого возраста (18-44 лет). Абсолютное их число в динамике уменьшалось по г. Москве от 245 человек до 83 человек (темп убыли -66,1%), по Центральному федеральному округу от 562 человек до 388 человек (темп убыли -31,0%). Абсолютное их число по г. Москве составляло 786 человек, по Центральному федеральному округу – 2302 человека, в среднем 157 и 460 человек в год соответственно.

Их доля в структуре ВПИ уменьшалась от 19,1% до 11,9% по г. Москве и от 15,3% до 11,7% по Центральному федеральному округу, в среднем составляло 16,0% и 13,3% соответственно. Уровень первичной инвалидности среди лиц молодого возраста составлял 0,3 на 10 тыс. соответствующего возраста как по г. Москве, так и по Центральному федеральному округу.

Таблица 2 – Структура впервые признанных инвалидами вследствие сахарного диабета в г. Москве в сравнении с показателями Центрального федерального округа с учетом возрастных групп за 2017-2021 гг., (абс. число, %, на 10 тыс. населения)

Возрастные группы	Показатели	Территории											
		г. Москва						ЦФО					
		2017	2018	2019	2020	2021	Среднее значение	2017	2018	2019	2020	2021	Среднее значение
Молодой (18-44 лет)	абс. число	245	230	127	101	83	157	562	546	429	377	388	460
	уд. вес	19,1	19,1	14,2	15,6	11,9	16,0	15,3	14,6	11,8	13,1	11,7	13,3
	уровень	0,5	0,05	0,3	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3
Средний (45-54 л-жен.; 45-59 л-муж.)	абс. число	565	464	337	227	255	370	1213	1110	1048	796	791	992
	уд. вес	44,0	38,6	37,7	35,1	36,7	38,4	33,1	29,8	28,8	27,7	27,5	29,4
	уровень	2,6	2,1	1,5	1,0	1,2	1,7	1,8	1,7	1,6	1,2	1,2	1,5
Старше трудоспособного (55 ли >жен.; 60 ли >муж.)	абс. число	475	509	431	319	357	418	1894	2072	2165	1703	1748	1916
	уд. вес	37,0	42,3	48,2	49,3	51,4	45,6	51,6	55,6	59,4	59,2	60,8	57,3
	уровень	1,4	1,5	1,2	0,9	1,0	1,2	1,8	1,9	2,0	1,5	1,5	1,7

Изучение структуры ВПИ вследствие сахарного диабета по тяжести инвалидности показало преобладание инвалидов III группы. Так в г. Москве их удельный вес в среднем составлял 72,3%, в динамике отмечалась тенденция его уменьшения от 77,4% до 67,5%. Абсолютное число инвалидов III группы также уменьшалось от 973 человек в 2017 г. до 469 человек в 2021 г. (темпы убыли -51,9%), их численность в целом составляла 3466 человек, в среднем за год 693 человека. Уровень первичной инвалидности III группы имел тенденцию к снижению от 0,9 до 0,4, в среднем составлял 0,64 на 10 тыс. взрослого населения (таблица 3).

В Центральном федеральном округе абсолютное число инвалидов III группы также уменьшалось от 2433 человек до 1565 человек (темпы убыли -35,7%). Их доля в динамике уменьшалась от 65,3% до 54,4%, в среднем составлял 59,8%, что значительно ниже экстенсивного показателя по г. Москве ($p < 0,05$). Уровень первичной инвалидности III группы данного контингента характеризовался снижением от 0,7 до 0,5, в среднем составлял 0,64 на 10 тыс. взрослого населения.

Второе ранговое место занимали инвалиды II группы. Абсолютное их число в г. Москве за период составляло 1077 человек, в среднем 215 человек в год. Их доля в структуре ВПИ от этих причин в динамике увеличивалась от 18,8% до 28,3%, в среднем составляла 23,7%. Уровень первичной инвалидности II группы был стабильным и составлял 0,22 на 10 тыс. взрослого населения. Абсолютное число инвалидов II группы в Центральном федеральном округе составляло 5394 человека, в среднем 1079 человек в год. Их удельный вес в динамике увеличивался от 28,4% до 38,1%, в среднем составлял 32,6%, что в 1,4 раза выше, чем по г. Москве ($p < 0,05$). Уровень инвалидности данного контингента в среднем составлял 0,3 и был стабильным за период исследования.

Наименьший удельный вес составляли инвалиды I группы, по г. Москве он в среднем составлял 4,0%, по Центральному федеральному округу – 7,6%. Уровень первичной инвалидности I группы по г. Москве за период составлял 0,03, по Центральному федеральному округу – 0,1 на 10 тыс. взрослого населения.

Вывод. Первичная инвалидность взрослого населения вследствие сахарного диабета в г. Москве за 2017-2021 гг. в сравнении с показателями по Центральному федеральному округу характеризовалась:

- уменьшением числа лиц, впервые признанных инвалидами;
- преобладанием инвалидов старше трудоспособного возраста с увеличением их удельного веса, но интенсивные и экстенсивные показатели ниже чем в Центральном федеральном округе;
- второе ранговое место занимали инвалиды среднего возраста, с уменьшением их удельного веса, но показатели выше чем в Центральном федеральном округе.

Таблица 3 – Структура контингента впервые признанных инвалидами среди сахарного диабета среди взрослого населения г. Москвы с учетом тяжести инвалидности в сравнении с показателями по Центральному федеральному округу за 2017-2021 гг., (абс. число, %, на 10 тыс. соответствующего населения)

Группа инвалидности	Показатели	Территории												
		г. Москва							ЦФО					
		2017	2018	2019	2020	2021	Среднее значение	2017	2018	2019	2020	2021	Среднее значе- ние	
I	абс. число	35	46	39	33	29	36	242	249	303	263	216	255	
	уд. вес	2,7	3,8	4,4	5,1	4,2	4,0	6,6	6,7	8,3	9,1	7,5	7,6	
	уровень	0,03	0,04	0,04	0,03	0,02	0,03	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
II	абс. число	277	226	200	177	197	215	1043	1046	1166	1043	1096	1079	
	уд. вес	21,6	18,8	22,3	27,4	28,3	23,7	28,4	28,1	32,0	36,3	38,1	32,6	
	уровень	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,22	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	
III	абс. число	973	931	656	437	469	693	2384	2433	2173	1570	1565	2025	
	уд. вес	75,7	77,4	73,3	67,5	67,5	72,3	65,0	65,3	59,7	54,6	54,4	59,8	
	уровень	0,9	0,9	0,6	0,4	0,4	0,64	0,7	0,8	0,7	0,5	0,5	0,64	

- наименьшую долю составляли инвалиды молодого возраста, с увеличением их удельного веса в динамике, показатель выше чем в Центральном федеральном округе;
- преобладанием инвалидов III группы с тенденций уменьшения их численности и удельного веса, в Центральном федеральном округе отмечалось уменьшение их удельного веса, но показатели ниже чем по г. Москве;
- увеличением доли инвалидов II группы с тенденцией увеличения их удельного веса, экстенсивный показатель выше, чем в Центральном федеральном округе;
- увеличением инвалидов I группы, но показатель ниже чем в Центральном федеральном округе.

Литература

1. Эндокринные заболевания как медико-социальная проблема современности / Е.В. Кузнецов [и др.] // Современные проблемы науки и образования [Электронный ресурс]. – 2017. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26662>. – Дата доступа: 15.02.2023.
2. Сахарный диабет как экологическая проблема в Российской Федерации // И.И. Дедов [и др.] Сахарный диабет. – 2016. – Т.19(1). – С.30-43.
3. Балаболкин, М.И. Лечение сахарного диабета и его сосудистых осложнений: руководство для врачей / М.И. Балаболкин. – М.: Медицина, 2005. – 511 с.
4. Анализ первичной инвалидности вследствие сахарного диабета в г. Москве в динамике за 2013-2016 гг. / Н.С. Запарий [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – Т.20(4) – С.192-194
5. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: что изменилось в последние десятилетия? / М.В. Шестакова [и др.] // Терапевтический архив. – 2019. – Т.91. – №10 – С.4-13
6. Анков, В.Г. Инвалидность вследствие сахарного диабета лиц молодого возраста и медико-социальная реабилитация: автореф. ... дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: 14.00.54; 14.00.53 / В.Г. Анков; Рос. акад. – М, 2008. – 34 с.
7. Бегма, И.В. Анализ показателей первичной инвалидности вследствие сахарного диабета в Российской Федерации в динамике за 2009-2013 гг., / И.В. Бегма, Л.Н. Чикинова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – М. – 2015. – №1. – С.24-28.
8. Струкова, О.Г. Совершенствование вопросов разработки и контроля реализацией ИПРА инвалидов в системе комплексной реабилитации и абилитации: материалы III межрегиональной конференции «Состояние и перспективы развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов», Москва, 8-9 сент. 2021 г. / М. – 2022. – С.20-30.
9. Анализ показателей первичной инвалидности вследствие сахарного диабета среди взрослого населения в Республике Башкортостан за 2019-2021 гг. / Е.В. Сафронова [и др.] // Вопросы совершенствования системы медико-социальной экспертизы: современное состояние, тенденции и перспективы. – М. – 2022. – 128 с.
10. Первичная инвалидность взрослого населения Алтайского края: социально-гигиенические и медико-социальные аспекты / О.Н. Владимирова [и др.] // Сборник материалов НПК по проблемам медико-социальной экспертизы. – М. – 2020. – С.207-209.
11. Пузин, С.Н. Аспекты реабилитации и абилитации инвалидов на современном уровне // С.Н. Пузин, С.С. Меметов, М.А. Шургая // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2016. – Т.19. – №1. – С.4-7.

12. Карасаева, Л.А. Инновационные аспекты медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов / Л.А. Карасаева // Сборник Всероссийской научно-практической конференции «Комплексная реабилитация на современном этапе»: материалы конференции, Новокузнецк, 6-7 октября, 2022 г. / Новокузнецк. – 2022. – С.30-34.

13. Бочарова, М.О. Показатели заболеваемости населения города Москвы за 2016-2020 гг. / М.О. Бочарова, Г.А. Ершова, Т.Ю. Куракина. – М.: ГБУ «НИИ ОЗ ММ ДЗМ», 2021. – 224 с.

Инвалидность населения Республики Беларусь вследствие катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции

Лущинская С.И.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Медико-социальная экспертиза граждан пострадавших от аварии на Чернобыльской атомной электростанции (далее – ЧАЭС) в Республике Беларусь осуществляется медико-реабилитационными экспертными комиссиями (далее – МРЭК).

При освидетельствовании данной категории граждан и решении вопросов об установлении группы инвалидности и ее причины МРЭК руководствуются Законом Республики Беларусь от 18.06.1993 г. №2435-XII (ред. от 14.10.2022) «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 6.01.2009 г. №9-З (ред. от 30.06.2022 г.) «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий», Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 03.06.2021 г. №304 «О медико-реабилитационных экспертных комиссиях и медицинских экспертизах», Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.06.2021 г. №77 «О вопросах проведения медико-социальной экспертизы» и другими законодательными и нормативными актами.

В Республике Беларусь порядок освидетельствования граждан, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС и определения причин инвалидности, связанных с данной аварией со временем изменялся.

Так до 2007 г. МРЭК устанавливали причину инвалидности, связанную с катастрофой на ЧАЭС гражданам, принимавшим участие в ликвидации последствий катастрофы и гражданам, эвакуированным из зоны отчуждения самостоятельно и по любому заболеванию.

С 2007 г. при определении причины инвалидности у указанной категории граждан МРЭК начали руководствоваться перечнем заболеваний, возникновение которых может быть связано с последствиями катастрофы на ЧАЭС, других атомных объектах, утверждаемым Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

С 2019 г. и до настоящего времени определение причинной связи заболевания с последствиями Чернобыльской катастрофы осуществляться только межведомственными экспертными советами и военно-врачебными комиссиями.

МРЭК в свою очередь, при рассмотрении вопроса об инвалидности граждан, пострадавших от аварии на ЧАЭС формулируют причину инвалидности, связанную с аварией на ЧАЭС, только при наличии заключения о причинной связи инвалидизирующего заболевания с катастрофой на ЧАЭС от выше названных комиссий.

За последние 20 лет медико-реабилитационные экспертные комиссии республики установили инвалидность в связи с катастрофой на ЧАЭС более 17 тысяч раз.

Начиная с 2007 г., когда МРЭК начали руководствоваться утвержденным «Перечнем заболеваний» число граждан, признаваемых инвалидами вследствие аварии на ЧАЭС стало ежегодно снижаться. И в последнее время инвалидами вследствие данной причины признается не более 100 чел. в год (таблица).

Таблица – Показатели инвалидности вследствие катастрофы на ЧАЭС в Республике Беларусь

Год освидетельствования	Абс. число	На 10 тыс. населения	95ДИ
2003	2055	2,08	1,99-2,17
2004	2071	2,11	2,02-2,20
2005	1890	1,93	1,85-2,02
2006	1945	2,00	1,91-2,09
2007	1587	1,64	1,56-1,72
2008	1198	1,24	1,17-1,31
2009	1031	1,08	1,02-1,15
2010	965	1,02	0,95-1,08
2011	878	0,93	0,87-0,99
2012	782	0,83	0,77-0,88
2013	583	0,62	0,57-0,67
2014	537	0,57	0,52-0,61
2015	444	0,47	0,42-0,51
2016	319	0,34	0,30-0,37
2017	203	0,21	0,18-0,24
2018	148	0,16	0,13-0,18
2019	154	0,16	0,14-0,19
2020	94	0,10	0,08-0,12
2021	71	0,08	0,06-0,09
2022	84	0,09	0,07-0,11
Всего	17039	0,88	0,82-0,94

При этом, контингент инвалидов формируется преимущественно за счет повторно признанных инвалидами, однако всё ещё существуют случаи и первичного установления инвалидности вследствие аварии на ЧАЭС.

Уровень инвалидности в 2003 г. составлял 2,72 на 10 тыс. населения. В 2022 г. данный показатель составил 0,09 на 10 тыс. населения.

В контингенте граждан, признанных инвалидами вследствие аварии на ЧАЭС за последние 20 лет 86% составляли лица в возрасте 18 лет и старше. Однако дети также вносят свой вклад в формирование контингента инвалидов. В целом за исследуемый период инвалидами вследствие аварии на ЧАЭС было признано 2 735 детей.

Среди взрослого населения преобладали инвалиды самой легкой III группы, составляя 60%. Вторая группа инвалидности устанавливалась в 34% случаев, наиболее тяжелая I группа была определена у 10% исследованного контингента. Таким образом, показатель тяжести инвалидности (суммарный удельный вес инвалидов 1 и 2 групп) составил 45,1%.

В динамике отмечался ежегодный рост тяжести инвалидности до 2013 г., когда данный показатель составил 58,9%, после чего произошло снижение до 42,9% в 2017 г. В последние пять лет снова отмечается рост данного показателя (рисунок 1).

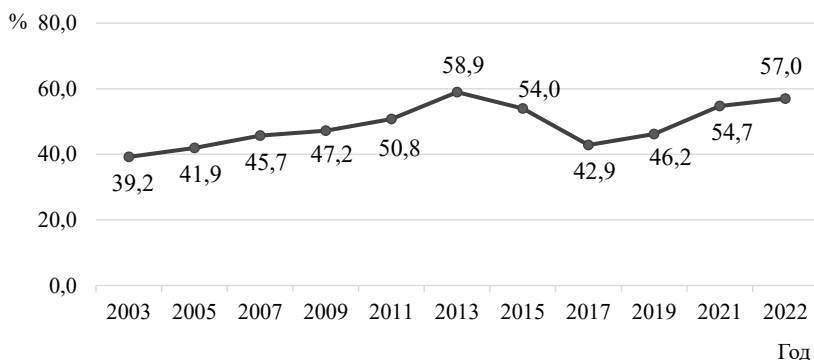


Рисунок 1 – Динамика тяжести инвалидности взрослого населения вследствие катастрофы на ЧАЭС

Среди детей-инвалидов вследствие катастрофы на ЧАЭС преобладали дети с I и II степенями утраты здоровья – 33,7% и 23,7% соответственно. Третья СУЗ определялась практически у каждого пятого ребенка. Наиболее тяжелая IV СУЗ устанавливалась в 16,7% случаев. Тяжесть инвалидности детского населения (суммарный удельный вес детей инвалидов с 3 и 4 СУЗ) составила 42,6%.

В динамике регистрировалось практически ежегодное снижение тяжести детской инвалидности. В последние 2 года тяжелые степени утраты здоровья детям-инвалидам вследствие аварии на ЧАЭС не устанавливались (рисунок 2).

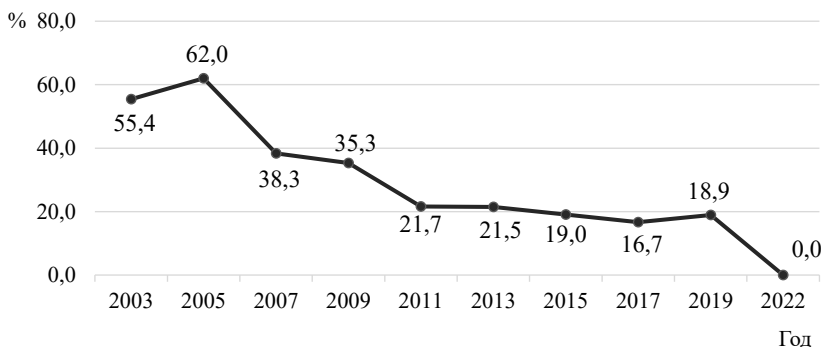


Рисунок 2 – Динамика тяжести детской инвалидности вследствие катастрофы на ЧАЭС

Нозологическая структура инвалидности вследствие аварии на ЧАЭС со временем менялась. Главным образом это происходило за счет изменения нормативной базы.

Так, до 2007 г. в нозологической структуре лидировали болезни системы кровообращения, составляя почти половину от всех случаев установления инвалидности вследствие аварии на ЧАЭС. На втором месте находились новообразования – 36,5%. Далее следовали болезни эндокринной и костно-мышечной системы.

После 2007 г. удельный вес новообразований начал расти и с 2009 г. в структуре первичной инвалидности новообразования стали занимать первое ранговое место.

В последние годы на новообразования приходится более 80% случаев установления инвалидности вследствие катастрофы на ЧАЭС. В 9,2% случаев ведущим инвалидизирующим заболеванием являются болезни системы кровообращения. На долю остальных классов болезни приходится менее 7%.

При этом среди новообразований 96,7% являются злокачественными.

Среди злокачественных новообразований почти половину составляют злокачественные новообразования щитовидной железы. На втором ранговом месте находятся злокачественные новообразования глаза, головного мозга и других отделов центральной нервной системы, составляя 14,2%.

Далее следуют злокачественные новообразования самостоятельных множественных локализаций и злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей.

Среди заболеваний, являющихся причинами детской инвалидности вследствие аварии на ЧАЭС на протяжении всего исследованного периода ведущими были новообразования, которые регистрировались у 97,4% детей-инвалидов. Среди заболеваний данного класса львиную долю составляли злокачественные новообразования (95,9% случаев).

При этом среди злокачественных новообразований 44,8% составляли злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей. 24,1% составляли злокачественные новообразования глаза, головного мозга и других отделов центральной нервной системы. 9,8% приходилось на долю злокачественных новообразования мочевых путей, злокачественные новообразования щитовидной железы и других эндокринных желез составляли 5,4%.

В региональной структуре инвалидности предсказуемо лидирует Гомельская область. Уровень инвалидности в Гомельской области составляет 2,97 на 10 тыс. населения, что значительно выше среднереспубликанского значения (0,88 на 10 тыс. населения). Далее с большим отрывом следует г. Минск (0,64 на 10 тыс. населения). Самый низкий уровень инвалидности вследствие аварии на ЧАЭС в Витебской области (0,24 на 10 тыс. населения).

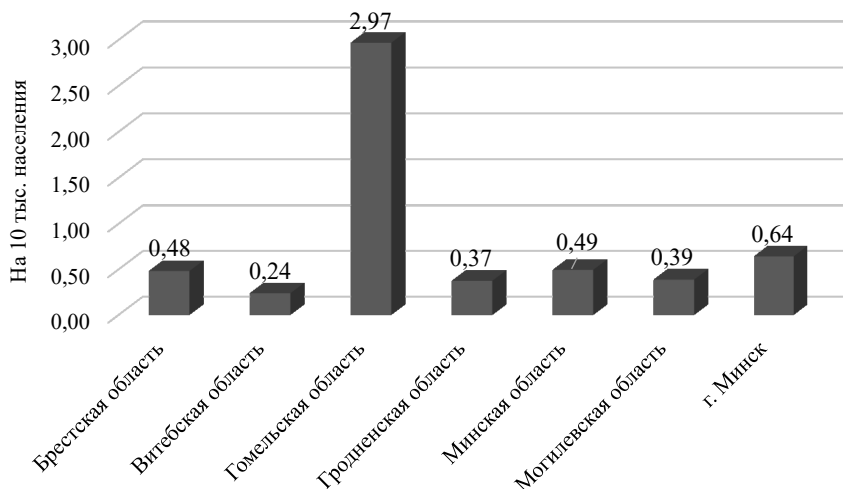


Рисунок 3 – Региональная структура инвалидности вследствие катастрофы на ЧАЭС

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о необходимости и в дальнейшем осуществлять систематический контроль за состоянием здоровья населения, пострадавшего от катастрофы на ЧАЭС и проводить весь комплекс лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий данной категории граждан.

Нарушения функций и структур организма у пациентов с ревматоидным артритом

Львова Н.Л., Васильченко Я.В., Боровой А.П., Кныш Н.А.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь
УЗ «4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко»,
г. Минск, Республика Беларусь

Распространенность ревматоидного артрита (далее – РА) в популяции составляет 0,5-1%. Болезнь чаще всего встречается у лиц трудоспособного возраста, начинается между четвертым и шестым десятилетиями жизни. Для Республики Беларусь РА также является серьезной медико-социальной проблемой. Так, по данным Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь, уровень первичной инвалидности вследствие РА в 2018 г. составлял 0,34 на 10 тыс. населения, в 2019 г. – 0,29 на 10 тыс. населения; по поводу РА в 2019 г. было признано инвалидами 969 человек. Ежегодно в нашей стране регистрируется около 1500 новых случаев РА. По данным различных авторов уже через 10 лет от начала заболевания у 39% пациентов с РА проявляются инвалидизирующие последствия заболевания.

Цель исследования. Повысить качество проведения медико-социальной экспертизы пациентов с РА путем разработки и практического применения порядка оценки функционирования.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное клинико-функциональное исследование 131 пациента с РА. Средний возраст пациентов составил $53,9 \pm 12,6$ лет. Наиболее представительной среди обследованных пациентов была группа 56-60 лет, в которую вошло 29 (22,1%) пациентов. Среди обследованных пациентов было 37 (28,2%) мужчин, средний возраст которых составил $51,8 \pm 12,5$ лет и 94 (71,8%) женщины, средний возраст которых составил $54,7 \pm 12,6$ лет.

На момент обследования 82 (62,6%) пациента были признаны инвалидами, в том числе: инвалидом 1 группы было признано 4 (3,05%) человека, инвалидом 2 группы – 31 (23,7%) человек, инвалидами 3 группы –

47 (35,9%) пациентов с данной патологией. Инвалидность не установлена в 49 (37,4%) случаях.

У пациентов, включенных в исследование, РА серопозитивный был выявлен в 105 (80,2%) случаев, серонегативный – в 26 (19,8%).

Позитивный по антителам к циклическому цитрулинированному пептиду (далее – АЦЦП) РА у 61 (46,6%), АЦЦП негативный РА – у 37 (28,2%), а у 33 (25,2%) АЦЦП не определялся. Особых форм РА: синдром Фелти, болезнь Стилла взрослых не было выявлено. Внесуставные (системные) проявления не выявлены.

Рентгенологическая стадия (по Штейнброкеру, в модификации): I Rtg стадия была выявлена у 25 (19,1%) пациентов; II Rtg стадия – у 60 (45,8%); III Rtg стадия – у 30 (22,9%); IV Rtg стадия – у 16 (12,2%) человек.

Согласно клиническому протоколу диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.05.2012 г. №522 в качестве базового метода оценки активности РА был применен индекс DAS28 (Disease activity score).

Активность РА по индексу DAS28 мы рассчитывали с учетом скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ) и С-реактивного белка (далее – СРБ), также нами была проведена оценка активности РА, изолировано по показателям СОЭ.

Отмечено, что у пациентов, включенных в исследование, при расчёте активности РА по СОЭ высокая активность выявлена в 20,6% случаев, а при расчёте по DAS28 (СОЭ) 4 высокая активность выявлялась в 64,1% случаев.

Экспертно-реабилитационная диагностика включала проведение медицинского осмотра пациента, установление клинико-функционального диагноза основного и сопутствующего(их) заболевания(ий), определение наличия и степени выраженности нарушений функций органов и систем организма пациента, функционального класса ограничения базовых категорий жизнедеятельности.

Результаты исследования. За время, прошедшее с момента принятия Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ), в разных странах мира накоплен и продолжает накапливаться опыт ее применения в разных областях медицины. Базовые наборы МКФ и формирование категориального профиля обеспечивают полное, комплексное, всестороннее описание состояния функционирования пациента. Такое описание дает полноценную картину функционирования организма с учетом клинической ситуации, факторов внешней среды, персональных факторов.

Для оценки ограничения функционирования пациентов с РА в нашем исследовании мы использовали набор доменов МКФ, разработанный экспертами ВОЗ в 2011 г. В основной набор МКФ входили следующие домены составляющих категорий:

1) Категории функции организма:
b280 – ощущение боли,
b455 – функции толерантности к физической нагрузке,
b710 – функции подвижности суставов,
b780 – ощущения, связанные с мышцами и двигательными функциями (скованность).

2) Категории структуры организма:
s710 – структура головы и области шеи,
s720 – структура области плеча,
s7201 – суставы плечевого пояса,
s730 – структура верхней конечности:
s73001 – локоть,
s73011 – запястье,
s73020 – кости кисти,
s73021 – суставы кисти и пальцев,
s750 – структура нижней конечности,
s75011 – коленный сустав.

3) Категории активность и участие:
d230 – выполнение повседневного распорядка,
d410 – изменение позы тела,
d440 – использование точных движений кисти,
d445 – использование кисти и руки,
d450 – ходьба,
d850 – оплачиваемая работа.

В таблице представлена встречаемость нарушений функций и структур организма у пациентов с РА, включенных в исследование.

Таблица – Встречаемость нарушений функций и структур организма у пациентов с РА, включенных в исследование (n=131)

Домен МКФ	Нарушения	Встречаемость абс. (%)
1	2	3
b280.X	ощущения боли	131 (100%)
b710.X	функции подвижности суставов	131 (100%)
b780.X	ощущения, связанные с мышцами и двигательными функциями (скованность)	131 (100%)
s7103.X	структура головы и шеи	–
s7201.X	структура плечевого пояса (справа)	6 (4,5%)
s7201.X	структура плечевого пояса (слева)	7 (5,3%)

Продолжение таблицы

1	2	3
s73001.X	структура локтя (справа)	14 (10,6%)
s73001.X	структура локтя (слева)	14 (10,6%)
s73021.X	структура кисти и пальцев (справа)	106 (80,9%)
s73021.X	структура кисти и пальцев (слева)	106 (80,9%)
s73011.X	структура лучезапястного сустава (справа)	67 (51,1%)
s73011.X	структура лучезапястного сустава (слева)	67 (51,1%)
s75011.X	структура коленного сустава (справа)	65 (50,1%)
s75011.X	структура коленного сустава (слева)	56 (42,7%)

У 100,0% пациентов были нарушены функции боли, функции, связанные с мышцами и двигательными функциями (скованность), также у 100,0% пациентов были нарушения функции подвижности составов; нарушения структуры плечевого пояса справа было выявлено у 6 (4,5%) пациентов, а слева – у 7 (5,3%); структуры локтя справа и слева были нарушены – у 14 (10,6%) пациентов, а структуры суставов кисти и пальцев справа и слева были нарушены в 106 (80,9%) случаях; структуры коленного сустава справа были нарушены у 65 (50,1%), а слева – у 56 (42,7%).

У пациентов, включенных в исследование, выявлено симметричное поражение суставов, наиболее часто были нарушены структуры кисти и пальцев (80,0%).

Болезнь Кароли – редкий случай из практики проведения медико-социальной экспертизы

Митлицкая Е.В.

УЗ «МРЭК Минской области», а.г. Лесной, Республика Беларусь

Болезнь Кароли – редкое врожденное заболевание, характеризующееся кистозным расширением внутрипеченочных желчных протоков (МКБ-10 – Q44.5). Частота встречаемости 1:100000. Болезнь Кароли ассоциирована с мутацией гена PKHD1 и наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Часто сочетается с аутосомно-рецессивной поликистозной болезнью почек, поскольку ее причиной также является мутация гена PKHD1. Чаще патология проявляется у лиц мужского пола. Впервые данное заболевание описано французским ученым Жаком Кароли в 1958 г. Выделяют два типа болезни Кароли: тип I (простой) – изолированная кистозная дилатация только крупных внутрипеченочных желчных протоков; тип II (синдром Кароли) – кистозное расширение внутрипеченочных протоков на всех уровнях, в том числе мелких междольковых протоков,

что сопровождается наличием врожденного печеночного фиброза, приводящего к развитию портальной гипертензии. Также выделяют диффузную и сегментарную (с преимущественным поражением одной из долей печени, чаще левой) формы болезни. Наличие мешкообразной дилатации протоков является predisposing фактором застоя желчи, внутрипротокового холелитиаза и обуславливает рецидивы эпизодов холангита, нередко осложняющегося абсцессом печени и сепсисом. Доказано, что у некоторых пациентов болезнь Кароли может трансформироваться в холангиокарциному [1-3].

Основные клинические проявления болезни и синдрома Кароли – боль в правом подреберье, увеличение размеров печени, желтуха и кожный зуд, лихорадка. Выраженность клинических проявлений при болезни Кароли зависит от объема и степени поражения внутрипеченочных протоков. Манифестировать заболевание может в любом возрасте, но более характерно в детском и подростковом периоде жизни, также может протекать бессимптомно до 60-70 лет.

Основными методами диагностики болезни Кароли являются: эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (далее – ЭРХПГ) или чрескожная транспеченочная холангиография (далее – ЧТХ), ультразвуковое исследование (далее – УЗИ), компьютерная томография (далее – КТ), магниторезонансная томография (далее – МРТ) или ядерная сканиграфия печени и органов брюшной полости. Несмотря на современные методы диагностики, ранняя диагностика заболевания представляет определенные трудности.

Специфического лечения не существует. Лечение может быть консервативным (дезинтоксикационные и спазмолитические препараты, антибактериальная терапия, постоянная поддерживающая терапия препаратами урсодезоксихолевой кислоты и др.) и хирургическим (резекция пораженной доли печени; гепатикоеюноанастомоз на изолированной петле по Ру – при тотальном кистозном поражении; трансплантация печени).

Наличие данного заболевания, в большинстве случаев приводит к возникновению стойких нарушений функций органов, участвующих в пищеварении (печени, желчного пузыря), что ограничивает повседневную жизнедеятельность и социализацию пациентов [4, 5].

В связи с тем, что данная патология встречается редко, это вызывает неподдельный интерес особенно в рамках медико-социальной экспертизы.

На медико-социальную экспертизу впервые в 2020 г. был направлен мужчина в возрасте 37 лет, с диагнозом: Болезнь Кароли, гепатолитиаз, хронический рецидивирующий холангит, стриктура холедоха. Состояние после хирургического лечения (20.02.2020 г. – правосторонняя расширенная гемигепатэктомия с резекцией гепатикохоледоха, гепатикоеюностомия на Ру-петле; 25.02.2020 г. – релапаротомия, установка транспеченочного дренажа;

21.07.2020 г. – удаление дренажа). Нефрэктомия справа по поводу пионефроза (2008 г.). Мочекаменная болезнь, камень, киста единственной левой почки. ХБП С3а (СКФ 45 мл/мин.). Анемия хроническая, легкой степени.

Мужчина предъявлял жалобы на периодические боли в правом подреберье, периодическую горечь во рту, общую слабость, бессонницу, головные боли.

Из анамнеза следует, что пациент еще в детском возрасте регулярно наблюдался у врача-педиатра с диагнозами: Хронический гастрит, хронический холецистит, а с 1998 г. (в возрасте 15 лет) – у врача-уролога с диагнозом: Мочекаменная болезнь почек, хронический пиелонефрит. Периодически получал симптоматическое лечение и направлялся на необходимое диагностическое исследование.

В 1999 г. при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости (далее – ОБП) в паренхиме печени выявлены множественные жидкостные трубчатые структуры (вероятно расширенные желчные протоки), при этом печень не была увеличена, но имела крупнозернистую неоднородную структуру. Кроме того, в левой почке была обнаружена киста диаметром 13 мм, в правой почке – незначительное расширение структуры верхних чашечек, а в мозговом веществе и в чашечках обеих почек – множественные конкрементоподобные образования.

В 2008 г. у мужчины диагностирован гидронефроз правой почки и, в последующем, выполнена пункционная нефростомия справа, а затем нефрэктомия справа по поводу пионефроза.

Болезнь Кароли у пациента манифестировала в 2014 г. (в возрасте 31 года) и он был впервые госпитализирован по поводу «желчной колики». В стационарных условиях было проведено консервативное лечение и назначено клинико-инструментальное исследование.

При компьютерной томографии ОБП (в 2014 г.) выявлено, что форма и размеры печени не изменены, контуры ее ровные, структура паренхимы однородная, а плотность не изменена. Но внутри- и внепеченочные желчные протоки были кистовидно расширены. При этом, холедох был расширен на всем протяжении (до 24 мм). Воротная и селезеночная вены имели обычный диаметр. Желчный пузырь, селезенка и поджелудочная железа были обычной формы и размера.

Рекомендовано медицинское наблюдение в динамике, в том числе клинико-инструментальное.

В 2018 г. мужчина неоднократно находился на лечении в стационарных условиях с диагнозом: Первичный склерозирующий холангит. Однако клинические проявления заболевания повторялись снова и снова. Пациент был направлен в ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», где и был выставлен диагноз: болезнь Кароли.

В 2020 г. была назначена плановая госпитализация для проведения хирургического лечения. Хирургическое лечение выполнялось поэтапно: 20.02.2020 г. – правосторонняя расширенная гемигепатэктомия с резекцией гепатикохоледа, гепатикоеюностомия на Ру-петле; 25.02.2020 г. – релапаротомия, установка транспеченочного дренажа; 21.07.2020 г. – удаление дренажа.

За две недели до удаления дренажа пациенту была проведена магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) ОБП, по результатам которой была визуализирована картина правосторонней гемигепатэктомии с резекцией гепатикохоледа и признаки билиарной гипертензии (возможно эктазия протоков на фоне болезни Кароли).

После хирургического лечения пациент наблюдался в амбулаторных условиях. Постоянно принимал поддерживающее лечение (урсоклин).

МРТ ОБП от 22.01.2021 г. показало, что по сравнению с результатами предыдущего исследования наблюдается умеренная положительная динамика, отмечается уменьшение в размерах расширенных внутрипеченочных желчных протоков и воспалительных изменений в печени, но выявлены конкременты в просвете внутрипеченочных желчных протоков в S2 (рядом с зоной резекции).

Несмотря на проведенное хирургическое лечение и постоянную поддерживающую медикаментозную терапию, в 2021 г. состояние пациента ухудшилось и появились изменения в клинико-лабораторных показателях работы почек (СКФ 21,1 мл/мин.), а также при плановом клинико-инструментальном исследовании (МРТ ОБП с МР-холангиопанкреатографией) выявлены диффузные стриктуры желчных протоков левой доли печени и стриктура гепатикоеюоанастомоза.

При освидетельствовании пациента по результатам комплексной оценки состояния его здоровья и имеющихся нарушений функций органов и систем его организма на основании анализа результатов медицинского осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследований, врачами-экспертами медико-реабилитационной экспертной комиссии было вынесено решение о наличии признаков инвалидности у данного пациента и его нуждаемости в мероприятиях медицинской реабилитации.

Выводы. Резюмируя данный случай, при проведении медико-социальной экспертизы пациентов с болезнью Кароли следует учитывать следующие факты и анамнестические сведения: первые клинические и морфологические признаки данного заболевания имеются уже в детском возрасте, однако оно манифестирует не сразу (в нашем случае в возрасте 31 года); заболевание может сочетаться с патологией почек (у нашего пациента патология почек проявилась раньше, чем болезнь Кароли); болезнь Кароли имеет прогрессирующее течение; гемигепатэктомия с резекцией гепатикохоледа, гепатикоеюностомия на Ру-петле приводит к улучшению оттока

желчи и снижению билиарной гипертензии, однако может рассматриваться лишь как временная мера, так как у нашего пациента в последующем развилась стриктура гепатикоеноанастомоза, диффузные стриктуры желчных протоков в оставшейся доле печени, что не исключает необходимость проведения трансплантации печени в будущем.

Литература

1. Блюдина, А.И. Клинические случаи болезни Кароли / А.И. Блюдина, А.А. Миронова, И.Ю. Колесникова. // Тверской медицинский журнал. – 2017. – №3. – С.109-112.
2. Монолобарная форма болезни Кароли с внутрипеченочным конкрементом. Клиническое наблюдение / Т.Н. Галян [и др.] // Медицинская визуализация. – 2017. – №21 (2). – С.85-89.
3. Болезнь Кароли (клиническое наблюдение) / Г.Г. Куттыкужанова [и др.]. // Журнал инфектологии. – 2021. – Т.13, №3. – С.150-152.
4. Орлов, П.Э. Болезнь Кароли / П.Э. Орлов, Н.М. Козлова // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – №3. – С.117-120.
5. Болезнь и синдром Кароли: современное состояние проблемы / В.В. Скворцов [и др.]. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. – №150(2). – С.115-120.

Анализ временной нетрудоспособности пациентов, перенесших инфекцию COVID-19 в легкой и среднетяжелой формах, в амбулаторных условиях

Никифорова О.Л., Галиновская Н.В.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Стремительное распространение коронавирусной инфекции сначала в пределах Китайской Народной Республики, а затем и в других странах привело к объявлению 11 марта 2020 г. Всемирной организацией здравоохранения новой пандемии [1, 2]. Одновременное заболевание инфекцией COVID-19 разной степени тяжести множества людей привело к колоссальным нагрузкам на систему здравоохранения, поэтому рядом стран были введены беспрецедентные меры по контролю распространения заболевания, а также поиску эффективных схем лечения и профилактики [3]. Для замедления распространения инфекции COVID-19 применялись такие методы как санитарные ограничения в виде карантинных мер и массового тестирования населения, так и социальное дистанцирование – профилактический перевод населения на удаленную работу [4, 5]. Это привело к повсеместному социально-экономическому кризису для всех

стран [4, 6, 7, 8]. Кроме того, кризис затронул все сферы жизнедеятельности населения, привел к значительному снижению качества жизни пациентов. Свой вклад в дальнейший регресс экономики внесли смертность пациентов от инфекции COVID-19, рост случаев временной нетрудоспособности (далее – ВН) и средней продолжительности пребывания пациентов на листке нетрудоспособности (далее – ЛН).

На 10.03.2023 г. по данным Center for Systems Science and Engineering at Johns Hopkins University (JHU CSSE) число заболевших вирусом SARS-CoV-2 в мире пациентов составляет уже более шестисот семидесяти миллионов человек, умерло более шести тысяч восемьсот миллионов человек [9]. В Республике Беларусь на эту же дату инфицированы вирусом SARS-CoV-2 994 037 пациентов, умерло – 7118 человек. Большинство пациентов перенесли инфекцию COVID-19 в легкой и средней степени тяжести формах, но у ряда из них возникли жалобы и симптомы, определенные в последующем как пост-COVID-19 синдром. Рядом ученых предложены возможные факторы риска развития пост-COVID-19 синдрома, патогенетические модели его развития. В то же время в литературе недостаточно данных о структуре и длительности временной нетрудоспособности, связанной с инфекцией COVID-19 и пост-COVID-19 синдромом.

Цель исследования. Провести анализ временной нетрудоспособности в течение года после перенесенной инфекции COVID-19 в легкой и средней тяжести формах в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Исследование выполнено в рамках Государственной программы научных исследований 4 «Трансляционная медицина» подпрограммы 4.2 «Фундаментальные аспекты медицинской науки»: «3.38 Разработать алгоритм прогнозирования пост-COVID-19 ассоциированной патологии на основании изучения клинико-лабораторных и функциональных показателей 2022-2024 гг.». На базе государственного учреждения здравоохранения «Гомельская центральная городская клиническая поликлиника» филиал №12 выполнено проспективное одноцентровое когортное исследование 134 пациентов.

Критериями включения в исследование были перенесенная инфекция COVID-19 в легкой и средней степени тяжести форме, возраст ≥ 18 лет и наличие информированного согласия, подписанного пациентом. Критерии исключения – возраст < 18 , отсутствие хотя бы одного критерия включения. Участие в исследовании было добровольным и не предусматривало вознаграждения.

Первичный осмотр пациентов проводился авторами на амбулаторном приеме, повторный осуществлялся посредством телефонного интервью через 3, 6 и 9 месяцев. Спустя год после перенесенной инфекции COVID-19

авторы провели анализ медицинской документации пациентов с использованием медицинской информационной системы «Лекарь». Завершили исследование 109 пациентов из 134, у 25 пациентов информация о ВН в электронной базе отсутствовала, и они были исключены из статистического анализа.

95,4% (104 чел.) пациентов перенесли инфекцию COVID-19 в легкой форме, 4,6% (5 чел.) – средней степени тяжести. Пневмония, ассоциированная с инфекцией COVID-19, была зафиксирована у 4,6% (5 чел.) пациентов.

Женщины в наблюдаемой когорте составили 68,8% (75 чел.) – 52 лет [47; 56], мужчины – 31,2% (34 чел.) – 50,5 лет [45; 56]. Распределение пациентов по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение пациентов, перенесших инфекцию COVID-19, по возрасту и полу

Возраст, годы	Всего, человек		Гендерный состав (% от объема выборки)	
	число респондентов	% от объема выборки	мужчины	женщины
18-44	19	17,4	7 (20,6)	12 (16)
45-59	81	74,3	23 (67,6)	58 (77,3)
60-74	9	8,3	4 (11,8)	5 (6,7)
Итого	109	100	34 (100)	75 (100)

Диагноз инфекции COVID-19 пациентам был установлен посредством обнаружения генетического материала SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакцией у 97,2% (106 чел.) пациентов; методом экспресс-теста – у 2,8% (3 чел.) пациентов.

Результаты исследования фиксировались в электронной базе данных и обрабатывались с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA» 10.0. и Excel. Нормальность распределения показателей оценивалась с помощью критерия Шапиро-Уилка, статистически значимыми различия принимались при вероятности ошибки $p < 0,05$. Данные, не соответствующие нормальному распределению, были представлены в виде медианы (Me) и нижнего-верхнего квартилей (LQ-UQ).

Результаты и обсуждение. У 26,6% пациентов (29 чел.) в течение года после перенесенной инфекции COVID-19 не было ЛН. Распределение по количеству случаев ВН у пациентов, перенесших инфекцию COVID-19 в легкой и среднетяжелой формах представлено на рисунке. Общее количество случаев ВН у пациентов, перенесших инфекцию COVID-19, в течение года составило 172.

29,4% пациентов (32 чел.) в течение года после перенесенной инфекции однократно находились на ЛН. Однако, 9,2% пациентов (10 чел.) четырехкратно и 0,9% (1 чел.) семикратно в течение года были на ЛН, что может

быть обусловлено обострением сопутствующих заболеваний или наличием патологических процессов после перенесенной инфекции COVID-19 (рисунок).

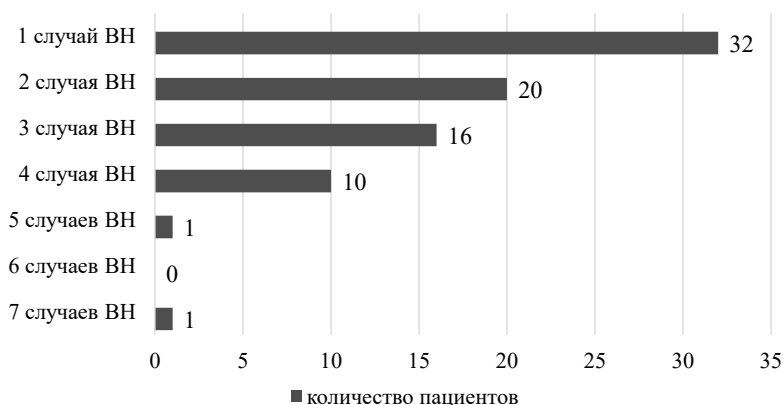


Рисунок – Распределение по количеству случаев временной нетрудоспособности в течение года после перенесенной инфекции COVID-19 в легкой и средней степени тяжести формах

Медиана продолжительности пребывания пациентов на ЛН по поводу инфекции COVID-19 составила – 14 дней [11; 18]. В то же время медиана продолжительности пребывания на ЛН в течение года после перенесенной инфекции COVID-19 составила – 18 дней [10; 38,8]. Распределение ВН по структуре нозологических заболеваний у пациентов в течение года после перенесенной инфекции COVID-19 представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение временной нетрудоспособности по структуре у пациентов в течение года после перенесенной инфекции COVID-19

Причина ВН	Абсолютное число случаев ВН (n=172), %
1	2
Острая респираторная вирусная инфекция	64 (37,2)
Трахеит, бронхит	30 (17,4)
Травмы	13 (7,5)
Заболевания опорно-двигательного аппарата	13 (7,5)
Остеохондроз позвоночника	12 (7)
Заболевания придаточных пазух носа	8 (4,7)
Заболевания сердечно-сосудистой системы	6 (3,5)
Повторная инфекция COVID-19	6 (3,5)

Продолжение таблицы 2

1	2
Заболевания миндалин	3 (1,7)
Заболевания желудочно-кишечного тракта	3 (1,7)
Острые хирургические заболевания	3 (1,7)
Заболевания наружного и среднего уха	2 (1,2)
Цистит	2 (1,2)
Пневмония неуточненная	1 (0,6)
Ожоги	1 (0,6)
Заболевания век	1 (0,6)
Новообразования	1 (0,6)
Аллергические реакции	1 (0,6)
Болезни ногтей	1 (0,6)
Беременность и роды	1 (0,6)
Всего	172 (100)

Как видно из представленной в таблице информации в наибольшем количестве случаев ВН – 117 в основе лежит острый воспалительный процесс или обострение хронического, что может быть связано с аномальной системной воспалительной реакцией после перенесенной инфекции COVID-19.

Закключение. В результате проведенного исследования, было установлено, что 26,6% пациентов, перенесших инфекцию COVID-19 в легкой и среднетяжелой формах, не имели временной нетрудоспособности. У 29,4% и 18,3% пациентов амбулаторно наблюдались один и два случая временной нетрудоспособности в течение года после перенесенной инфекции COVID-19 соответственно.

Наиболее частыми причинами временной нетрудоспособности были: острая респираторная вирусная инфекция, трахеиты и бронхиты, травмы и заболевания опорно-двигательного аппарата.

Средняя длительность временной нетрудоспособности и ее структура важны в статистическом анализе перенесенной инфекции COVID-19 и помогают предположить обострение у пациента хронических заболеваний или наличие пост-COVID-19 синдрома, провести необходимые дополнительные методы исследования, коррекцию программы лечения и реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Rashid, N.N. The Pandemic of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) / N.N. Rashid // Curr Mol Med. – 2022. – Vol.22(9). – P.761-765.
2. Jantunen, M.J. Pandemic management requires exposure science / M.J. Jantunen // Environ Int. – 2022. – Vol.169. – P.107-470.
3. Социально-экономическое и глобальное бремя covid-19 / А.С. Колбин [и др.] // Качественная клиническая практика. – 2021. – №1. – С.24-34.

4. Жилина, И. Ю. Социально-экономические последствия пандемии COVID-19 в монархиях Персидского залива: год спустя / И. Ю. Жилина // Экономические и социальные проблемы России. – 2021. – №3. – С.53-74.
5. Оценка влияния пандемии COVID-19 на экономики Китая и России / Ч. Ли [и др.] // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2021. – №5. – С.277-299.
6. Щербаков, Г.А. Влияние и последствия пандемии COVID-19: социально-экономическое измерение / Г.А. Щербаков // МИР. – 2021. – №1. – С.8-22.
7. Пак, А.В. Социально-экономические последствия пандемии COVID-19 / А.В. Пак, Е.А. Фадеева // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2021. – №4-2. – С.58-60.
8. Ковтюх, Г.С. Социально-экономические последствия пандемии COVID-19 / Г.С. Ковтюх, Е.С. Хрептус, И.А. Захарова // Лечебное дело. – 2021. – №4. – С.132-139.
9. JHU: Онлайн статистика по пациентам с COVID-19 // Университета Johns Hopkins University [Электронный ресурс]. 2019. – Режим доступа: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. – Дата доступа: 10.04.2022.

Оценка влияния наличия и выраженности нарушений функций тазовых органов на риск формирования и тяжесть первичной инвалидности

Овсянник Ю.А., Чапко И.Я., Васильченко Я.В., Попович Ю.М.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Нарушение функций тазовых органов (далее – НФТО) – одно из тяжелых последствий стеноза позвоночного канала (далее – СПК) и позвоночно-спинномозговой травмы (далее – ПСМТ) грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. По данным различных авторов, подобное осложнение встречается в 92% случаев закрытых повреждений спинного мозга (далее – СМ) и грудно-поясничного стеноза, а инвалидность, обусловленная неврологическими проявлениями и НФТО, варьирует в пределах от 57,5 до 96% [1, 2]. У пострадавших с ПСМТ высока вероятность развития поздних неврологических расстройств на фоне неустраненной или развившейся травматической деформации и нестабильности позвоночника и, как следствие, СПК и сдавления дурального мешка.

Нейрогенная дисфункция нижних мочевых путей является следствием патологии центральной нервной системы или периферических нервных окончаний – отделов нервной системы, выполняющих контроль над актом мочеиспускания. В этом состоит одно из основных отличий исследуемого нарушения у пациентов с СПК, травмами грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника от нарушений нижних мочевых путей ненейрогенной этиологии, развивающихся вследствие поражения непосредственно мочеполовой системы.

Актуальность данной медико-социальной проблемы обусловлена мо-
лодым (от 17 до 45 лет), трудоспособным возрастом пациентов. Даже при
легких расстройствах функций мочеиспускания и дефекации затрудни-
тельны поездки, досуг, длительное нахождение в коллективе, участие в раз-
личных мероприятиях, что приводит к социальной и психологической деза-
даптации. Своевременное и грамотное лечение тазовых нарушений суще-
ственно улучшит определенные параметры жизнедеятельности, а, следова-
тельно, социализацию данной категории пациентов и качество их жизни [3].
Однако перспективы минимизации проявлений НФТО, восстановления
нарушенных функций и, как следствие, трудоспособности пациентов с дан-
ной патологией до настоящего времени остаются ограниченными, что сви-
детельствует об актуальности проблемы совершенствования экспертно-ре-
абилитационной диагностики, оценки ограничений жизнедеятельности,
ориентированных на такие категории, как «активность» и «участие» с пози-
ций «Международной классификации функционирования, ограничений
жизнедеятельности и здоровья» (далее – МКФ) [4]. Для совершенствования
медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) пациентов с НФТО при СПК,
ПСМТ грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника и реабилитационных мероприятий в дальнейшем необходима научная разработка
оптимальных, современных, унифицированных критериев нарушений
и ограничений жизнедеятельности.

Цель исследования. Объективизация оценки ограничений жизнедеятельности у пациентов с НФТО с использованием функциональной классификации нейрогенной дисфункции мочеиспускания (H. Madersbache, 1980), шкал и опросников: SPINAL CORD INDEPENDENCE MEASURE (SCIM); индекс активности повседневной жизни Бартел (BARTEL ADL INDEX); «Мера функциональной независимости» (FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE), применимых в МСЭ и на различных этапах медицинской реабилитации [5].

С клинической точки зрения все возможные виды нарушений мочеиспускания рассмотреть в рамках предложенной классификации достаточно сложно. Поэтому в определении поражения у пациента целесообразнее основываться на преобладающем нарушении эвакуаторной или резервуарной функции мочевого пузыря, различных видах детрузорно-сфинктерной диссинергии, а в случаях проведения МСЭ и реабилитационных мероприятий в условиях специализированного отделения или клинического центра со специальным инструментальным определением уродинамических показателей максимального детрузорного давления (то есть специализированного уродинамического исследования).

С точки зрения изменений в «структурах» и «функциях» с позиции МКФ основной опорой алгоритма для определения формы нейрогенного расстройства мочеиспускания являлась классификация, рекомендуемая Ев-

ропейской ассоциацией урологов, в соответствии с которой выделены 8 основных форм нейрогенных расстройств мочеиспускания в зависимости от состояния детрузора и внутреннего сфинктера уретры, когда указанные структуры могут быть в гипертонусе, гипотонусе и в нормальном состоянии.

Материалы и методы. Для формирования базы данных пациентов с НФТО при СПК, ПСМТ грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника разработана «Карта клинико-функциональной оценки пациента». Проведена клинико-функциональная оценка состояния 20 пациентов.

Большинство обследованных – женщины – 12 чел. (60,0%); преобладала возрастная группа 41-50 лет (11 чел., 55,0%). НФТО различной степени тяжести (от 1 до 3) выявлены у 20 чел. (100,0%).

Последствия болезни в виде алгического синдрома различной степени выраженности наблюдались в 80% случаев (16 чел.); в виде статодинамических нарушений (парезов) – у 60% (12 чел.).

Наибольшую актуальность представляет оценка клинических неврологических проявлений у пациентов с СПК, ПСМТ грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника на уровне «нарушений», то есть непосредственно НФТО.

В процессе исследования устанавливался реабилитационный клинико-функциональный диагноз, проводилась оценка реабилитационного потенциала и прогноза, категорий нарушений, функционального класса нарушений, в том числе ограничений жизнедеятельности, оценка степени изменений в «функции», «структурах», «активности и участии» с учетом МКФ.

Диагностическая клиническая оценка нарушений у пациентов с СПК, травмами грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника имеет два основных аспекта практического использования: в реабилитационном контексте (организация и проведение реабилитационных мероприятий у пациентов в остром и восстановительном периодах, нуждающихся в медицинской реабилитации, оценка эффективности реабилитации), а также в аспекте МСЭ как оценки клинического дефицитарного проявления болезни и обусловленных ограничениями жизнедеятельности социальных последствий. Причем в практике специалиста (невролога, уролога, реабилитолога, эксперта) первостепенное значение имеет алгоритм диагностического поиска, позволяющий правильно определить характер и вид поражения центральной и периферической нервной системы, топическую локализацию патологии, стадию протекания процесса и степень компенсации нарушений, провести дифференциальную диагностику, а на последующих этапах оценить влияние нарушения функций на степень активности и участия пациента в повседневной и социальной жизни.

Результаты. Проведенный клинико-функциональный анализ результатов обследования пациентов, применение метода экспертной

оценки медицинской, медицинской экспертной документации («Направление на МСЭ», «Акт освидетельствования МРЭК», медицинская карта амбулаторного больного и др.), в том числе с ретроспективным анализом инвалидности за прошедшее время, анализ литературных источников позволили выделить основные факторы, обуславливающие риск инвалидизации и ее тяжесть у пациентов с НФТО.

Было установлено, что риск инвалидизации, как правило, обусловлен влиянием нескольких факторов, связанных как непосредственно с клиническими проявлениями заболевания и его последствиями (в системе МКФ категорируемых как «структуры» и «функции», «активность и «участие»), так и имеющими социальный и профессиональный характер (клинико-трудовой прогноз), которые в системе МКФ рассматриваются как факторы окружающей среды. В первую очередь высокую значимость в развитии инвалидизации имели такие факторы как: степень выраженности дефицитарного неврологического синдрома в виде комбинированного синдромокомплекса (алгический синдром, спастический, вялый или комбинированный парез конечностей, вертебральный синдром с доминированием мышечно-тонических проявлений, НФТО); низкая динамичность восстановления нарушенных функций в процессе лечения и реабилитации; неблагоприятный тип течения заболевания в подостром и восстановительном периодах, невозможность выполнения профессионального труда в своей прежней профессии (обусловленное преимущественно классом условий труда – 3.1 и выше).

В ходе исследования было установлено, что значимость отдельных факторов в разные периоды заболевания неравнозначна, если в остром и восстановительном периоде заболевания более высока значимость медицинских факторов, связанных с особенностями травматической болезни СМ, то в отдаленном периоде более высока роль социальных (профессиональных факторов). В ряде случаев у пациентов возникали трудности в реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации в части выполнения рекомендованных условий и видов труда, что особенно касалось лиц предпенсионного возраста, занятых в профессиях с высокой долей физического труда, длительного вынужденного положения тела, предписанного темпа работы, низким квалификационным уровнем.

Определенную роль в риске развития инвалидности в периоде последствий имели место вновь формирующиеся нарушения, обусловленные появлением морфологических изменений в структурах СМ, связанных с сосудистой дисфункцией или компрессией СМ и корешков, связанных с дегенеративно-дистрофическим процессом в позвоночнике. По мере прогрессирования сосудистого патологического процесса, визуализируемых прогрессирующих изменений при КТ (МРТ) – исследовании (локальная или диффузная субатрофия СМ, миеломалиция, кистозная дегенера-

цию, спаянный процесс в оболочках, компрессия СМ, деформация позвоночного канала, изменения межпозвонковых дисков, формирующиеся сирингомиелитические изменения и др.), увеличивалась роль вновь возникших или прогрессирующих неврологических синдромов, причем не всегда связанных с превалированием НФТО.

В то время как роль чисто этиологического травматического характера процесса существенно не влияла на риск развития инвалидности, смешанный характер течения и прогрессирования патологии (сосуществование сосудистых изменений, выявляемых при нейровизуализации, и появление маркеров нейродегенерации вследствие косвенных реактивных изменений иммунной системы после травмы мозга, визуально выявляемых на МРТ) относился к неблагоприятным факторам течения, исходов заболевания и риска инвалидизации.

Тяжесть инвалидности у пациентов, как правило, определялась степенью выраженности неврологических нарушений, их комплексным влиянием на ограничения жизнедеятельности (способность к передвижению и самообслуживанию), а также степенью ограничения способности к продолжению профессиональной деятельности.

Заключение. В ходе исследования выполнена оценка влияния наличия и выраженности НФТО на риск формирования и тяжесть первичной инвалидности, на основе которой планируется разработка диагностического алгоритма определения наличия и выраженности НФТО у пациентов с СПК, ПСМТ грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника, в том числе алгоритма диагностики наличия и выраженности НФТО в зависимости от стадии патологического процесса и алгоритма оценки факторов, определяющих степень выраженности НФТО, которые будут рекомендованы для применения в МСЭ.

Литература

1. Беляев, В.И. Травма спинного мозга / В.И. Беляев, М.: Владмо, 2001. – 96 с.
2. Нарушение функции тазовых органов при неврологических и нейрохирургических заболеваниях (клиника, диагностика, лечение и медицинская реабилитация): учеб.-метод. пособие для студентов и врачей / В.Я. Латышева, М.В. Олизарович, О.А. Иванцов. – Гомель: УО «Гомельский государственный медицинский университет», 2010. – 85 с.
3. Бородулина, И.В. Экстракорпоральная ритмическая магнитная стимуляция в реабилитации пациентов с нейрогенными расстройствами мочеиспускания / И.В. Бородулина, А.П. Рачин, Н.Г. Бадалов // Вестник клин нейрофизиол: матер. четвертой науч.-практ. конференции с международным участием «Клиническая нейрофизиология и нейрореабилитация». С-Пб. – 2016. – С.135-136.
4. Смычэк, В.Б. Об использовании Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: методические рекомендации / В.Б. Смычэк, В.В. Голикова, А.В. Копыток. – Минск: Медисонт, 2020. – 86 с.
5. Gormley, E.A. Urologic complications of the neurogenic bladder / E.A. Gormley // Urol Clin North Am. 2010. – Vol.37. – P.601-607.

Набор МКФ-кодов и категорий доменов при несчастных случаях на производстве

Осипов Ю.В., Францкевич В.А., Шнигир А.А.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь
УЗ «2-я центральная районная поликлиника Фрунзенского района г. Минска»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), производственный травматизм является серьезной проблемой во всем мире, которая влияет на социальную жизнь и экономический статус. Согласно официальной статистике данных ВОЗ в 2021 г. производственный травматизм в развитых странах был представлен следующими цифрами: Германия – 822558 случаев, Испания – 446195, Турция – 384605, Италия – 351147, Португалия – 196202, Бельгия – 123138. Во Франции в 2021 г. в системе медицинского страхования было зарегистрировано 655715 случаев, которые привели к прекращению или постоянной нетрудоспособности [1].

По данным национального статистического комитета Республики Беларусь и Федеральной службы государственной статистики за период 2021 г. в Республике Беларусь количество пострадавших при несчастных случаях на производстве составили 1,7 тыс. чел., в Российской Федерации за период 2021 г. – 21,6 тыс. чел. [2].

Медико-социальная экспертиза (далее – МСЭ) утраты профессиональной трудоспособности (далее – УПТ) при несчастных случаях на производстве должна отличаться индивидуальным подходом и учитывать возможности использования резервов остаточных функций, облегчающих контекстовых факторов, что возможно реализовать применением положений международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ), являющейся наиболее универсальной и объективной системой оценки здоровья, рекомендованной ВОЗ для внедрения в системах здравоохранения государств.

Цель исследования. Разработать краткий набор МКФ-кодов и категорий доменов для проведения МСЭ у пациентов с последствиями несчастных случаев ортопедотравматологического профиля на производстве.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись 120 пациентов в возрасте 18 лет и старше с последствиями производственных травм, проходившие МСЭ в отношении определения инвалидности и процентов УПТ.

Проведение экспертно-реабилитационной диагностики осуществлялось на базе консультативно-поликлинического отделения Государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», УЗ «МРЭК Минской области».

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel.

Результаты исследования. Половозрастная структура пациентов с последствиями несчастных случаев на производстве, проходивших МСЭ на предмет определения УПТ, была представлена следующим образом: мужчины – 93 (77,5%) чел., средний возраст – $48,4 \pm 11,1$ лет; женщины составили 27 (22,5%) чел., средний возраст – $49,7 \pm 10,9$ лет.

Большинство обследованных пациентов имели среднее техническое образование – 41 (34,2%) чел. и среднее специальное – 26 (21,7%) чел., среднее образование имели 34 (28,3%) чел., высшее – 16 (13,3%) чел., неполное среднее – 3 (2,5%) чел.

Наиболее часто у обследованных пациентов отмечались травмы кисти – 31 (25,8%) случаев, на втором месте были травмы бедра – 18 (15,0%), на третьем – травмы голени, включая коленный сустав – 17 (14,2%) случаев, частыми травмами являлись так же повреждения позвоночника – 11 (9,2%) случаев (таблица 1).

Таблица 1 – Локализация травм при несчастных случаях на производстве (n=120)

Локализация	Распределение по полу				Всего	
	мужчины		женщины			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Тазовые кости (крестец)	3	2,5	3	2,5	6	5
Бедро	13	10,8	5	4,2	18	15
Голень	12	10	2	1,7	14	11,7
Коленный сустав	1	0,8	2	1,7	3	2,5
Стопа	5	4,2	—	—	5	4,2
Плечо	6	5	4	3,3	10	8,3
Предплечье	5	4,2	2	1,7	7	5,8
Кисть	24	20	7	5,8	31	25,8
ЧМТ	6	5	1	0,8	7	5,8
Грудная клетка	1	0,8	—	—	1	0,8
Позвоночник	10	8,3	1	0,8	11	9,2
Сетчатка, роговица, глазное яблоко	6	5	—	—	6	5
Брюшная полость	1	0,8	—	—	1	0,8
Всего:	93	77,5	27	22,5	120	100

Проведено ранжирование функционального класса (далее – ФК) ограничения способности к трудовой деятельности в зависимости от имеющихся локализаций травм при несчастных случаях на производстве. При последствиях травм кисти ограничение способности к трудовой деятельности ФК1 было установлено 23 (19,2%) чел., ФК2 – 8 (6,7%) чел., при травмах бедра – ФК1 был установлен 9 (7,5%) чел., ФК2 – 6 (5%) чел., ФК3 – 3 (2,5%), при травмах голени – ФК1 был установлен 9 (7,5%) чел., ФК4 – 5 (4,2%), при травмах позвоночника

способность к трудовой деятельности ФК1 была установлена 6 (5,0%) чел., ФК2 – 1 (0,8%), ФК3 – 2 (1,7%), ФК4 – 1 (0,8%), ФК0 – 1 (0,8%) чел. (таблица 2).

Таблица 2 – Функциональный класс ограничения способности к трудовой деятельности с учетом локализации травм при несчастных случаях на производстве (n=120)

Локализация	ФК0		ФК1		ФК2		ФК3		ФК4		Всего	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Бедро	–	–	9	7,5	6	5	3	2,5	–	–	18	15
Голень	–	–	9	7,5	–	–	–	–	5	4,2	14	11,7
Коленный сустав	–	–	3	2,5	–	–	–	–	–	–	3	2,5
Тазовые кости	–	–	5	4,2	–	–	1	0,8	–	–	6	5
Стопа	–	–	4	3,3	1	0,8	–	–	–	–	5	4,2
Плечо	–	–	4	3,3	5	4,2	–	–	–	–	9	7,5
Предплечье	–	–	4	3,3	4	3,3	–	–	–	–	8	6,7
Кисть	–	–	23	19,2	8	6,7	–	–	–	–	31	25,8
ЧМТ	–	–	2	1,7	4	3,3	–	–	1	0,8	7	5,8

Третья группа инвалидности устанавливалась в 38 (68,3%) случаях, вторая группа инвалидности – в 12 (10%), первая группа инвалидности – в 1 (0,8%) случае. Группа инвалидности не устанавливалась в 69 (57,5%) случаях (рисунок).

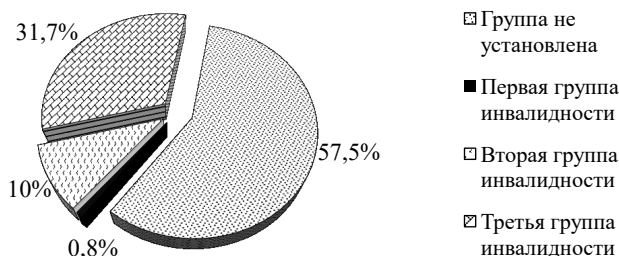


Рисунок – Группы инвалидности у обследованного контингента пациентов с последствиями несчастных случаев на производстве (n=120)

Превалирующему числу обследованных пациентов устанавливалось 5% УПТ – 28 (23,3%) случаев, 10% УПТ – в 15 (12,5%) случаях, 15% УПТ – в 17 (14,2%) случаях. Менее часто устанавливались 60% УПТ – в 10 (8,3%) случаях, 40% – в 9 (7,5%), 30% – в 8 (6,7%) х, 25%, 50% и 90% УПТ – в 3 (2,5%) случаях соответственно, 70% – в 1 (0,8%) случае, 80% УПТ – в 4 (3,3%) случаях. Не отмечено УПТ в 11 (9,2%) случаях (таблица 3).

Таблица 3 – Процент утраты профессиональной трудоспособности у обследованного контингента пациентов с последствиями несчастных случаев на производстве (n=120)

Степень утраты профессиональной трудоспособности	На момент последнего освидетельствования	
	abs.	%
5%	28	23,3
10%	15	12,5
15%	17	14,2
20%	8	6,7
25%	3	2,5
30%	8	6,7
40%	9	7,5
50%	3	2,5
60%	10	8,3
70%	1	0,8
80%	4	3,3
90%	3	2,5
100%	—	—
нет (0%)	11	9,2
всего	120	100

На основе анализа выявленных у 120 пациентов ограничений жизнедеятельности детализированы инвалидизирующие нарушения структур, функций, ограничений активности и участия с позиции МКФ, разработан набор МКФ-кодов и категорий доменов для определения утраты профессиональной трудоспособности у пациентов с последствиями несчастных случаев ортопедотравматологического профиля на производстве (таблица 4).

Таблица 4 – Набор МКФ-кодов и категорий доменов при несчастных случаях ортопедотравматологического профиля на производстве

Код	Категория домена
1	2
b280	Ощущение боли
Функции суставов и костей	
b710	Функции подвижности сустава
b715	Функции стабильности сустава
b720	Функции подвижности костного аппарата
Функции мышц	
b730	Функции мышечной силы
Структуры, связанные с движением	
s73000	Кости плеча
s73001	Локоть
s73010	Кости предплечья
s73011	Запястье
s7302	Структура кисти
s740	Структура тазовой области
s7500	Структура бедра

1	2
s7501	Структура голени
s75011	Коленный сустав
s7502	Структура лодыжки и стопы
s7600	Структура позвоночника
Кожа и относящиеся к ней структуры	
s810	Структура кожного покрова
Изменение и поддержание положения тела	
d410	Изменение позы тела
d415	Поддержание положения тела
d420	Перемещение тела
Перенос, перемещение и манипулирование объектами	
d430	Поднятие и перенос объектов
d440	Использование точных движений кисти
d445	Использование кисти и руки
d449	Перенос, перемещение и манипулирование объектами,
Ходьба и передвижение	
d450	Ходьба
d455	Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
d460	Передвижение в различных местах
d465	Передвижение с использованием технических средств
Передвижение с использованием транспорта	
d470	Использование пассажирского транспорта
d475	Управление транспортом
Самообслуживание	
d530	Физиологические отправления
d550	Прием пищи
d560	Питье
Образование	
d825	Профессиональное обучение
d830	Высшее образование
Работа и занятость	
d845	Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений
d8450	Поиск работы
d8451	Выполнение трудовых обязанностей
d8502	Полная трудовая занятость
Изделия и технологии	
e1101	Лекарственные вещества
e115	Изделия и технологии для личного использования
e120	Изделия и технологии для персонального передвижения
e130	Изделия и технологии для обучения
e135	Изделия и технологии для труда и занятости
e150	Дизайн строительства и обустройства зданий
e340	Персонал, осуществляющий уход и помощь
Службы, административные системы и политика	
e540	Транспортные службы, системы и политика
e570	Службы, системы и политика социального страхования
e585	Службы, системы и политика образования и обучения
e590	Службы, системы и политика труда и занятости

Применение при проведении МСЭ разработанного набора МКФ-кодов доменов нарушенных функций, структур организма, ограничений активности и участия, позволяет создать единые новые стандартизированные подходы для проведения экспертизы степени утраты профессиональной трудоспособности при несчастных случаях на производстве.

Выводы. Разработанный набор МКФ-кодов и категорий доменов нарушений функций организма, структур организма, ограничений активности и участия при проведении оценки утраты профессиональной трудоспособности у пациентов с последствиями несчастных случаев на производстве позволит осуществлять индивидуальный подход, учитывать возможности использования остаточных функций, влияние барьеров и облегчающих контекстных факторов, что повысит качество медико-социальной экспертизы.

Литература

1. Число людей, получивших производственные травмы [Электронный ресурс] / ВОЗ. Европейский портал информации здравоохранения. – 2023. – Режим доступа: https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa_455-4061-number-of-people-injured-due-to-work-related-accidents/visualizations/#id=19491&tab=table. – Дата доступа: 15.03.2022.
2. Беларусь и Россия: Стат. сб. / Росстат, Белстат. – М.: Росстат, 2022. – 206 с.

Методы исследований нарушений функций, структур организма, ограничений активности и участия у пациентов с последствиями несчастных случаев на производстве

Осипов Ю.В., Францкевич В.А., Шнигир А.А.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь
УЗ «2-я центральная районная поликлиника Фрунзенского района г. Минска»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Анализ исследований, проведенных Международной организацией труда, показывает, что потери из-за несчастных случаев, профессиональных заболеваний, чрезвычайных происшествий и ущерба, наносимого собственности, составляют более 4 процентов национального валового продукта [1, 2].

Проведенный анализ инвалидности вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Республике Беларусь за период 2014-2021 гг. показал, что всего признано инвалидами по данной причине 5322 человека в возрасте 18 лет и старше, уровень инвалидности в среднем за исследуемый период составил $0,87 \pm 0,13$ на 10 тыс. населения.

Показатель «утяжеления инвалидности» вследствие трудового увечья и профессионального заболевания составил $24,2 \pm 0,01\%$, четкой динамики изменений данных показателей за исследуемый период не отмечено.

На данный период в Республике Беларусь недостаточно разработаны методические рекомендации по перечню диагностических методов исследований для проведения медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) при ортопедотравматологической патологии, в т. ч. при несчастных случаях на производстве.

Цель исследования. Разработать перечень методов исследований нарушений функций, структур организма, ограничений активности и участия у пациентов с последствиями несчастных случаев ортопедо-травматологического профиля на производстве

Материалы и методы. Объектом исследования являлись 120 пациентов в возрасте 18 лет и старше с последствиями производственных травм, проходившие МСЭ в отношении определения инвалидности и процентов УПТ.

Проведение экспертно-реабилитационной диагностики (далее – ЭРД) осуществлялось на базе консультативно-поликлинического отделения Государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», УЗ «МРЭК Минской области».

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel.

Результаты исследования. Половозрастная структура пациентов с последствиями несчастных случаев на производстве, проходивших МСЭ на предмет определения УПТ, была представлена следующим образом: мужчины – 93 (77,5%) чел., средний возраст – $48,4 \pm 11,1$ лет; женщины составили 27 (22,5%) чел., средний возраст – $49,7 \pm 10,9$ лет.

По частоте локализации встречаемости производственных травм у обследованных пациентов отмечались: на первом месте травмы кисти – 31 (25,8%) случаев, на втором месте были травмы бедра – 18 (15,0%), на третьем – травмы голени, включая коленный сустав – 17 (14,2%) случаев, частыми травмами являлись так же повреждения позвоночника – 11 (9,2%) случаев.

Целью проведения ЭРД являлось: оценка состояния клинико-функциональных особенностей нарушенных функций организма и структур, степени выраженности и ограничений жизнедеятельности, имеющихся у пациента.

Основная задача перечня методов основных исследований – обеспечить качественную и количественную детализацию нарушений функций, структур организма при оценке ограничений жизнедеятельности (активности и участия) у пациентов при неосложненном течении основных нозологических группах травм (заболеваний) при проведении ЭРД последствий несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний ортопедо-

травматологического профиля. Методы основных исследований представлены двумя подгруппами: 1. Методы исследований для всех нозологических группы травм ортопедо-травматологического профиля (таблица 1); 2. Методы исследований для отдельных нозологических группы травм ортопедо-травматологического профиля.

Таблица 1 – Основные методы исследований для всех групп травм ортопедо-травматологического профиля при несчастных случаях на производстве

Нозологическая группа травм	Набор МКФ-кодов категорий доменов активности и участия	Основные методы исследований
1	2	3
Все нозологические группы травм ортопедо-травматологического профиля.	b710 b7100 b7101 b715 b730 s- код в зависимости от локализации травмы d410 d415 d430 d4302 d440 d445 d450 d465 d470 d510 d520 d530 d540 d5403 d550 d560 d620 d630 d640 d850	1. осмотр врачами-специалистами: врачом-хирургом, врачом-ортопедом-травматологом, врачом-неврологом, врачом-терапевтом (врачом общей практики); 2. сбор анамнеза жизни и истории заболевания (травмы) пациента (определение вида и характеристики травмы, проведенных методов консервативного и оперативного лечения, анализ сведений о частоте и характере обращений за оказанием медицинской помощи, в том числе, проведенной медицинской реабилитации с учетом результатов динамического наблюдения за пациентом в амбулаторных и стационарных условиях); 3. анализ крови общий; 4. анализ крови биохимический (общетерапевтический); 5. анализ мочи общий; 6. электрокардиографическое исследование; 7. рентгенография костей поврежденного сегмента конечности с прилежащими суставами в двух проекциях (поврежденный отдел); 8. Клиническая оценка функции поврежденной области, конечности (наличие укорочений, исследование функции мышц, объема движений в суставах, стабильности сустава); 9. Экспертно-реабилитационная диагностика ограничений жизнедеятельности: активности и участия.

Основная задача перечня методов дополнительных исследований – обеспечить качественную и количественную детализацию нарушений функций, структур организма при оценке ограничений жизнедеятельности развивающихся у пациентов вследствие основных видов осложнений, характерных для течения определенных нозологических групп травм ортопедотравматологического профиля при несчастных случаях на производстве.

Дополнительные методы исследований при проведении ЭРД нарушений функций и структур организма и ограничений жизнедеятельности с позиции МКФ включают диагностику с применением рентгеновской компьютерной томографии (далее – РКТ), магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ), ультразвуковой диагностики (далее – УЗДГ), электронейромиографии (далее – ЭНМГ), назначение которых проводится в зависимости от кода нозологической группы заболеваний согласно международной классификации болезней 10 пересмотра (далее МКБ-10): переломы позвоночника – S12, S22, S32 – РКТ позвоночника; травмы нервов и спинного мозга – S14, S24, S34 – консультация врача-нейрохирурга, консультация врача-уролога, МРТ спинного мозга, ЭНМГ, УЗДГ брюшной полости, малого таза, мочевого пузыря с определением остаточной мочи; перелом вертлужной впадины – S32.4 – МРТ тазобедренного сустава; S32.7 – РКТ позвоночника при повреждениях крестца и (или) крестцово-подвздошных сочленений; травмы нервов S54, S64, S74, S84, S94 – ЭНМГ; переломы шейки бедра, переломы чрезвертельной области S72.0, S72.1 – РКТ тазобедренного сустава и проксимальной трети бедренной кости; переломы проксимального отдела большеберцовой кости – S82.1 – МРТ коленного сустава при внесуставных повреждениях (таблица 2).

Таблица 2 – Перечень дополнительных методов исследований у пациентов с последствиями травм ортопедотравматологического профиля при несчастных случаях на производстве

МКБ-10 Класс XIX	МКФ s-структуры организма1	Методы исследований
1	2	3
S12, S22, S32	s76000, s76001 s76002, s76003 s76004	МРТ при неврологической симптоматике и (или) стойком болевом синдроме
S14, S24, S34	s12000, s12001 s12002, s12003	МРТ спинного мозга, ЭНМГ. Консультация врача-нейрохирурга, уролога. Комплексное уродинамическое исследование: дневник мочеиспусканий, урофлоуметрия, цистометрия, УЗИ брюшной полости, малого таза, мочевого пузыря с определением остаточной мочи
S32.7	s7400, s750, s75001	РКТ, МРТ, УЗИ брюшной полости, малого таза, мочевого пузыря с определением остаточной мочи

1	2	3
S32.4	s7400, s75001	МРТ тазобедренного сустава ЭНМГ при неврологической симптоматике
S42.2, S42.3	s7201, s7203 s730, s73000	КТ при замедлении сроков консолидации перелома плечевой кости, ЭНМГ при неврологической сим- томатике повреждения нерва (подмышечного, луче- вого, локтевого или срединного)
S43.1, S43.4	s7201, s7203 s730, s73000	УЗИ плечевого сустава при наличии импиджмент- синдрома и (или) клинических признаках поврежде- ния ротаторной манжетки плеча МРТ плечевого сустава при привычных вывихах плеча
S52	s73001, s73010	РКТ при замедлении сроков консолидации
S54, S64	s198	ЭНМГ при неврологической симптоматике повре- ждения нерва (лучевого, локтевого или срединного)
S74, S84, S94	s198	ЭНМГ при неврологической симптоматике повре- ждения нерва (седалищного, большеберцового, ма- лоберцового)
S62.0	s73011 s73020 s73021 s73022 s73023	МРТ, КТ лучезапястного сустава при наличии при- знаков остеонекроза костей запястья
S72.0	s7501	МРТ при клинических признаках 1-2 стадий остео- некроза головки бедренной кости, РКТ
S72.1	s75000, s75001	
S72.2, S72.3,		РКТ при замедлении сроков консолидации пере- лома бедренной кости
S82.1 S82.2 S82.4	s75010, s75011, s75013, s75020, s75021	МРТ коленного сустава (внутрисуставной перелом) РКТ при замедлении сроков консолидации пере- лома
S83.1 S83.2 S83.3 S83.4	s75011	УЗИ коленного сустава МРТ коленного сустава

Примечание 1: s – Структуры организма: s120 – спинной мозг и относящиеся к нему структуры; s1200 – структура спинного мозга; s12000 – шейный отдел спинного мозга; s12001 – грудной отдел спинного мозга; s12002 – пояснично-крестцовый отдел спинного мозга; s12003 – конский хвост; s198 – структура нервной системы другая уточненная; s7200 – кости плечевого пояса; s7201 – суставы плечевого пояса; s7203 – связки и фасции плечевого пояса; s730 – структура верхней конечности; s73000 – кости плеча; s73001 – локоть; s73010 – кости предплечья; s73011 – Запястье; s73020 – кости кисти; s73021 – суставы кисти и пальцев; s73022 – мышцы кисти; s73023 – связки и фасции кисти; s7400 – кости тазового пояса; s750 – структура нижней конечности; s75000 – кости бедра; s75001 – тазобедренный сустав; s75010 – кости голени; s75011 – коленный сустав; s75013 – связки и фасции голени; s75020 – кости лодыжки и стопы; s75021 – суставы лодыжки, стопы и пальцев стопы; s760 – структура туловища; s7600 – структура позвоночника; s76000 – шейный отдел позвоночника; s76001 – грудной отдел позвоночника; s76002 – поясничный отдел позвоночника; s76003 – крестцовый отдел позвоночника s76004 – копчик; s7602 – связки и фасции туловища.

Выводы. Применение при проведении МСЭ разработанного перечня методов основных и дополнительных исследований стандартизирует экспертно-реабилитационную диагностику и повышает качество экспертизы при определении инвалидности и процентов утраты профессиональной трудоспособности.

Литература

1. Профилактика травматизма и мероприятия по его предупреждению // ЦИТ БелМАПО [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://belmapo.by/profilaktika-travmatizma-i-meropriyatiya-po-ego-preduprezhdeniyu.html>. – Дата доступа: 09.03.2022.

2. Число людей, получивших производственные травмы [Электронный ресурс] / ВОЗ. Европейский портал информации здравоохранения. – 2022. – Режим доступа: https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa_455-4061-number-of-people-injured-due-to-work-related-accidents/visualizations/#id=20034&tab=table. – Дата доступа: 12.03.2022.

Характеристика повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией среди лиц в возрасте 18-44 лет в г. Москве за 2016-2021 года

Пахомова М.Э., Запарий Н.С.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,
г. Москва, Российская Федерация
ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда
и социальной защиты Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация

Заболеемость и инвалидность населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией является актуальной медико-социальной проблемой ввиду широкой распространенности, тяжелых осложнений, значительно ограничивающих жизнедеятельность инвалидов [1-4]. Заболеемость ВИЧ за 2021 год составила 48,7 на 100 тыс. населения в Российской Федерации, уровень смертности увеличился на 5,9% [3].

Для разработки эффективных мероприятий комплексной реабилитации имеет важное значение изучение характеристики и структуры инвалидности с учетом стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности [4-8].

Цель исследования. Изучить особенности повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией среди лиц молодого возраста (18-44 лет) в г. Москве за период 2016-2021 гг.

Материалы и методы. Исследование сплошное. База исследования ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России. Период исследования: 2016-2021 гг. Методы исследования: выкопировка данных из информационной базы данных ЕАВИИАС МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда

России, акты, протоколы бюро МСЭ – 5658 единиц. Описательная статистика (абсолютные, экстенсивные, интенсивные показатели), средняя арифметическая – \bar{M} , ошибка репрезентативности – m ; критерий достоверности – p .

Результаты и обсуждения. Общее число лиц, повторно признанных инвалидами вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией среди взрослого населения г. Москвы составляло в 2016 г. 1017 человек, в 2017 г. увеличилось до 1058 человек (темп роста +4,0%), в 2018 году до 1078 человек (темп роста +1,9%), в 2019 г. уменьшилось до 909 человек (темп убыли -15,7%). В 2020 г. число увеличилось до 1267 человек (темп роста +39,4%), в 2021 г. до 1903 человек (темп роста +50,2%). Увеличение численности в 2020-2021 гг. обусловлено проведением медико-социальной экспертизы по «Временному порядку признания лица инвалидом» утвержденного Постановлением Правительства РФ № 1697 от 16.10.2020 г. в связи с пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19. Общее их число за период составило 7332 человека, в среднем 1205 человек в год (таблица 1).

Таблица 1 – Динамика повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией среди лиц в возрасте 18-44 лет в общей структуре повторно признанных инвалидами от этих причин в г. Москва за 2016-2021 гг. (абс. число, %, на 10 тыс., $\bar{M} \pm m$)

Годы	Всего ППИ вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией			Из них ППИ вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией в возрасте 18-44 лет		
	абс. число	уд. вес	уровень	абс. число	уд. вес	уровень
2016	1017	100,0	1,0 \pm 0,09	867	85,3	1,8 \pm 0,03
2017	1058	100,0	1,0 \pm 0,09	869	82,1	1,8 \pm 0,03
2018	1078	100,0	1,0 \pm 0,09	872	80,9	1,8 \pm 0,03
2019	909	100,0	0,9 \pm 0,001	717	78,9	1,5 \pm 0,13
2020	1267	100,0	1,2 \pm 0,09	971	76,6	2,0 \pm 0,13
2021	1903	100,0	1,8 \pm 0,09	1352	71,6	3,0 \pm 0,12
Среднее значение	1205	100,0	1,15 \pm 0,09	943	78,3	1,98 \pm 0,13

Уровень повторной инвалидности данного контингента имел тенденцию к снижению от 1,0 \pm 0,09 в 2016 г. до 0,9 \pm 0,001 в 2019 г., с последующим ростом до 1,8 \pm 0,09 в 2021 г., в среднем составлял 1,15 \pm 0,09 на 10 тыс. взрослого населения.

В возрастной структуре в соответствии с формой федерального государственного статистического наблюдения (форма 7-собес) в структуре преобладали инвалиды молодого возраста (18-44 лет). Их численность в дина-

мике имела тенденцию увеличения от 867 человек в 2016 году до 872 человек в 2018 г. (темп роста +0,6%), с последующим уменьшением до 717 человек в 2019 г. (темп убыли -17,8%) и с последующим увеличением до 1362 человек в 2021 г. (темп роста +89,9%). В среднем за год составляло 943 человека, за период исследования составляло 5658 человек.

Их удельный вес в структуре повторно признанных инвалидами от этих причин в динамике уменьшался от 85,3% до 71,6%, в среднем составлял 78,3%. Уровень повторной инвалидности имел колебания в границах $1,8 \pm 0,03$ – $3,0 \pm 0,12$, в среднем составлял $1,98 \pm 0,13$ на 10 тыс. соответствующего населения.

По тяжести инвалидности среди данного контингента инвалидов преобладали инвалиды III группы. Абсолютное их число составляло 4003 человек, в среднем 667 человек в год. В динамике отмечалось увеличение их численности от 563 человек в 2016 г. до 1051 человек в 2021 г.. Среднегодовой темп роста составлял +86,7%. Их доля в структуре повторно признанных инвалидами от этих причин в динамике увеличивалась от 64,9% до 77,2%, в среднем составляла 70,7%.

Уровень повторной инвалидности III группы среди лиц в возрасте 18-44 лет также характеризовался ростом от $1,13 \pm 0,13$ до $2,3 \pm 0,13$, в среднем составлял $1,40 \pm 0,13$ на 10 тыс. соответствующего населения (таблица 2).

Таблица 2 – Характеристика повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией среди лиц в возрасте 18-44 лет с учетом тяжести инвалидности в г. Москве за 2016-2021 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. соответствующего населения, $M \pm m$)

Год	ППИ в возрасте 18-44 лет			Группы инвалидности								
	абс. число	%	уровень	I			II			III		
				абс. число	%	уровень	абс. число	%	уровень	абс. число	%	уровень
2016	867	100,0	$1,8 \pm 0,13$	16	1,9	$0,03 \pm 0,002$	288	33,2	$0,58 \pm 0,03$	563	64,9	$1,13 \pm 0,13$
2017	869	100,0	$1,8 \pm 0,013$	31	3,6	$0,06 \pm 0,002$	271	31,2	$0,95 \pm 0,03$	567	65,2	$1,16 \pm 0,13$
2018	872	100,0	$1,8 \pm 0,013$	23	2,6	$0,05 \pm 0,002$	266	30,5	$0,55 \pm 0,03$	583	66,9	$1,20 \pm 0,13$
2019	717	100,0	$1,5 \pm 0,13$	16	2,2	$0,03 \pm 0,002$	205	28,6	$0,43 \pm 0,03$	496	69,2	$1,0 \pm 0,13$
2020	971	100,0	$2,0 \pm 0,13$	24	2,5	$0,05 \pm 0,002$	204	21,0	$0,43 \pm 0,03$	743	76,5	$1,57 \pm 0,13$
2021	1362	100,0	$3,0 \pm 0,12$	25	1,8	$0,05 \pm 0,002$	286	21,0	$0,62 \pm 0,03$	1051	77,2	$2,3 \pm 0,13$
Среднее значение	943	100,0	$2,0 \pm 0,13$	23	2,5	$0,05 \pm 0,002$	253	26,8	$0,53 \pm 0,03$	667	70,7	$1,40 \pm 0,13$

Наименьший удельный вес составляли инвалиды I группы. Абсолютное их число составляло за 2016-2021 гг. 135 человек, в среднем 23 человека в год. Их удельный вес варьировал от 3,6% до 1,8%, в среднем составлял 2,5% (таблица 2, рисунок). Уровень повторной инвалидности I группы среди лиц молодого возраста регистрировался в границах $0,06 \pm 0,02 - 0,03 \pm 0,002$, в среднем составлял $0,05 \pm 0,002$ на 10 тыс. соответствующего населения, что значительно ниже интенсивных показателей повторной инвалидности II-III групп ($p < 0,05$).

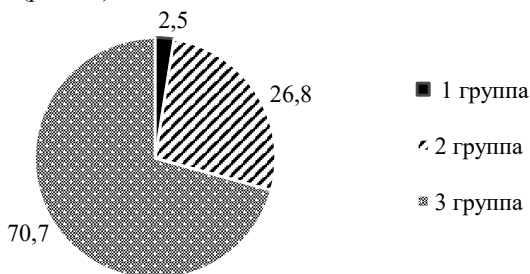


Рисунок – Среднемноголетняя структура повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией по тяжести инвалидности среди лиц в возрасте 18-44 лет за 2016-2021 гг. (%)

Заключение. Изучение повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией среди лиц в возрасте 18-44 лет в г. Москве за 2016-2021 гг. показало:

- увеличение численности лиц в возрасте 18-44 лет повторно признанных инвалидами вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией со среднемноголетним темпом роста +57,1%
- рост уровня повторной инвалидности от $1,8 \pm 0,03$ до $3,0 \pm 0,12$ на 10 тыс. соответствующего населения
- преобладание в структуре повторно признанных инвалидов III группы, увеличением их численности, удельного веса и уровня инвалидности
- второе место занимали инвалиды II группы с тенденцией уменьшения их удельного веса с уровнем равным $0,53 \pm 0,03$ на 10 тыс. соответствующего населения
- наименьшую долю составляли инвалиды I группы – 2,5%.

Литература

1. Информационный бюллетень «Всемирный день борьбы со СПИДом 2021». – М: ЮНИЙДС, 2021. – 17 с.

2. Эпидемиологическая картина инвалидности у различных демографических контингентов населения Российской Федерации в аспекте социальной политики государства. / С.Н. Пузин [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2018. – Т.21. – №1-2. – С.50-54.

3. Покровская, А.В. Особенности системы учета случаев ВИЧ-инфекции в Российской Федерации / А.В. Покровская, В.Е. Соколова, В.В. Покровский // Эпидемиология и инфекционные болезни, – 2021. – №11. – С.13-8.

4. Анализ динамики заболеваемости и социальных особенностей ВИЧ-инфекции в Республике Мордовия в 2014-2019 годах / М.Г. Ласеева [и др.] // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции, охрана здоровья матери и ребенка: материалы Междунар. науч.-практич. конф., г. Санкт-Петербург, 14-15 сент. 2020 г. / Человек и его здоровье. – СПб., 2020. – С.22-27.

5. Анализ инвалидности вследствие болезней, вызванных вирусом иммунодефицита человека среди взрослого населения Новосибирской области в динамике за 2018-2020 гг. / Ж.М. Галанова [и др.] // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2022. – №2. – С.96-103.

6. Козлов, С.И. Основные тенденции повторной инвалидности в Российской Федерации за период 2009-2016 гг. / С.И. Козлов // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2019. – №4. – С.49-54.

7. Структура первичной и повторной инвалидности при ВИЧ-инфекции / Е.М. Углева, О.В. Макарова, Т.Ю. Ямщикова // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции, охрана здоровья матери и ребенка: материалы междунар. науч.-практич. конф., г. Санкт-Петербург, 14-15 сент. 2020 г. / Человек и его здоровье – СПб., 2021. – С.207-209.

8. Пономаренко, Г.Н. Научная платформа современной реабилитации / Г.Н. Пономаренко // Реабилитация – XXI века: традиции и инновации: I Нац. конгресс с междунар. участием, г. Санкт-Петербург, 14-16 сент. – СПб. – 2017. – С.13-15.

Прогнозирование как функция направления для снижения инвалидности вследствие злокачественных новообразований головного мозга

Потапенко О.И., Запарий Н.С.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Московской области»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,
г. Москва, Российская Федерация
ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда
и социальной защиты Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация

Прогнозирование является важнейшей функцией управления. На прогнозах основываются методы управления, роль которых в настоящее время имеет огромное значение. Прогнозные оценки развития тенденций основных показателей здоровья, прежде всего показателей инвалидности, служат базисной основой при разработке стратегических основ, целевых программ, направленных на профилактику и снижение [1-4].

Расчет прогнозных значений показателей позволяют осуществлять обоснованность выбора целевых неконкретизированных показателей при формировании плановых результатов как в сфере охраны общественного здоровья, так и социальной сферы [5-7].

Цель исследования. Рассчитать прогнозные значения показателей первичной, повторной, общей инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований головного мозга в г. Москве на ближайшую перспективу.

Материалы и методы. Использована накопленная база показателей первичной, повторной, общей инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований головного мозга за 2016-2022 гг. в первичной, повторной, общая инвалидность взрослого населения вследствие злокачественных новообразований головного мозга.

Методы. Формирование динамических рядов первичной, повторной, общей инвалидности и методом экстраполяции и аппроксимации динамического ряда на основе линейных уравнений регресса определяли прогнозные значения показателей.

Результаты и исследования. По прогнозным расчетам уровень первичной инвалидности населения в возрасте 18 лет и старше в г. Москве уменьшится к 2027 г. до 0,24 случаев на 10 тыс. населения. В 2022 г., темп убыли составил 11,1%, среди инвалидов трудоспособного возраста до 0,226 на 10 тыс. соответствующего населения (темп убыли – 5,8%), среди инвалидов старше трудоспособного возраста от 0,36 до 0,348 (темп убыли -3,3%) (таблица 1).

Таблица 1 – Прогнозные значения показателей уровня первичной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований головного мозга на 2023-2027 гг. (случаев на 10 тыс. соответствующего населения)

Показатели	Годы						Темп роста/убыли
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
население в возрасте 18 лет и старше	0,27	0,26	0,25	0,25	0,25	0,24	-11,1
трудоспособный возраст	0,24	0,234	0,232	0,23	0,228	0,226	-5,8
старше трудоспособного возраста	0,36	0,352	0,351	0,35	0,349	0,348	-3,3
I группа инвалидности	0,20	0,21	0,21	0,22	0,23	0,23	+15,0
II группа инвалидности	0,06	0,06	0,06	0,05	0,04	0,04	-33,3
среди мужчин	0,31	0,29	0,28	0,28	0,27	0,27	-12,9
среди женщин	0,23	0,243	0,242	0,241	0,240	0,239	+3,9

В прогностическом плане уровень первичной инвалидов I группы от изучаемых причин будет иметь рост от 0,20 в 2022 г. до 0,23 на 10 тыс. взрослого населения с темпом роста +15,0%, а уровень первичной инвалидности II группы по нашим расчетам будет иметь более выраженный темп убыли - 33,3%, от 0,06 в 2022 году до 0,04 на 10 тыс. взрослого населения в 2027 г. Уровень первичной инвалидности среди мужского населения прогнозируется с тенденцией уменьшения от 0,31 до 0,27 на 10 тыс. соответствующего населения с тенденцией убыли -12,9%. В тоже время уровень первичной инвалидности среди инвалидов вследствие злокачественных новообразований головного мозга прогнозируется с ростом от 0,23 в 2022 г. до 0,239 в 2027 году (темп роста +3,3).

По нашим расчетам ожидается рост уровня повторной инвалидности лиц в возрасте 18 лет и старше по г. Москве, от 0,48 в 2022 г. до 0,50 на 10 тыс. взрослого населения в 2027 г. (темп роста +4,2%) (таблица 2).

Таблица 2 – Прогнозные значения показателей уровня повторной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований головного мозга на 2023-2027 гг. по г. Москве (случаев на 10 тыс. населения)

Показатели	Годы						Темп роста/убыли %
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
население в возрасте 18 лет и старше	0,48	0,46	0,47	0,48	0,49	0,5	+4,2
трудоспособный возраст	0,55	0,57	0,59	0,61	0,63	0,65	+18,2
старше трудоспособного возраста	0,32	0,35	0,36	0,36	0,37	0,37	+15,6
I группа инвалидности	0,10	0,070	0,063	0,060	0,057	0,054	-46,0
II группа инвалидности	0,23	0,23	0,24	0,25	0,26	0,27	+17,4
III группа инвалидности	0,14	0,16	0,16	0,17	0,18	0,18	+28,6
среди мужчин	0,52	0,50	0,51	0,52	0,53	0,54	+3,8
среди женщин	0,44	0,51	0,53	0,55	0,57	0,59	+34,1

Среди инвалидов трудоспособного возраста уровень повторной инвалидности от этих причин прогнозируется с темпом роста +18,2% от 0,55 в 2022 г. до 0,65 на 10 тыс. соответствующего населения в 2027 г. Среди инвалидов старше трудоспособного возраста интенсивный показатель повторной инвалидности ожидается с увеличением от 0,32 до 0,37 на 10 тыс. соответствующего населения к 2027 г. (темп роста +15,5%).

Прогнозные значения уровня повторной инвалидности по тяжести рассчитаны с разнонаправленными показателями, положительная динамика прогнозируется уровень повторной инвалидности I группы, с более выра-

женным темпом убыли -46,0% от 0,10 до 0,054 на 10 тыс. взрослого населения. Уровень повторной инвалидности II группы прогнозируется темпом роста +17,4% 0,23 в 2022 г. до 0,27 на 10 тыс. взрослого населения в 2027 г. С выраженным темпом роста прогнозируется уровень повторной инвалидности III II группа инвалидности +28,6% от 0,14 в 2022 г. до 0,18 на 10 тыс. взрослого населения в 2027 г.

В динамике прогнозируется рост уровня повторной инвалидности от этих причин среди мужчин от 0,52 до 0,54 на 10 тыс. соответствующего населения (темп роста 3,8). Среди женщин ожидается более выраженный темп роста от 0,44 до 0,59 на 10 тыс. соответствующего населения.

Ожидается по прогнозным расчетам рост уровня накопленной инвалидности вследствие злокачественных заболеваний головного мозга среди взрослого населения от 0,74 до 0,79 случаев на 10 тыс. взрослого населения к 2027 г. с темпом роста +6,8%. Среди инвалидов трудоспособного возраста ожидается более выраженный темп роста уровня накопленной инвалидности +16,7% от 0,78 в 2022 г. до 0,91 на 10 тыс. соответствующего населения в 2027 году. Среди инвалидов старше трудоспособного возраста темп роста уровней накопленной инвалидности прогнозируется менее выраженный +6,0% от 0,67 до 0,71 на 10 тыс. соответствующего населения. По прогнозу уровни накопленной инвалидности I группы сократился на уровне 0,30 на 10 тыс. взрослого населения. Уровень накопленной инвалидности II группы ожидается с ростом от 0,29 до 0,33 на 10 тыс. взрослого населения с темпом роста 13,8%. С выраженным темпом роста прогнозируется уровень накопленной инвалидности III группы +60%, от 0,15 до 0,24 на 10 тыс. взрослого населения (таблица 3).

Таблица 3 – Характеристика прогнозных значений уровней накопленной инвалидности среди взрослого населения (случаи, на 10 тыс., % вследствие злокачественных новообразований головного мозга)

Показатели	Годы						Темп роста/убыли %
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
население в возрасте 18 лет и старше	0,74	0,75	0,76	0,77	0,78	0,79	+6,8
трудоспособный возраст	0,78	0,83	0,85	0,87	0,89	0,91	+16,7
старше трудоспособного возраста	0,67	0,69	0,7	0,7	0,7	0,71	+6
I группа инвалидности	0,30	0,28	0,29	0,29	0,30	0,30	0
II группа инвалидности	0,29	0,31	0,32	0,32	0,32	0,33	+13,8
III группа инвалидности	0,15	0,22	0,23	0,23	0,24	0,24	+60,0
среди мужчин	0,83	0,77	0,77	0,77	0,77	0,77	-7,2
среди женщин	0,68	0,77	0,79	0,81	0,83	0,85	+25,0

Среди мужчин уровень накопленной инвалидности от этих причин прогнозируется с тенденцией уменьшения от 0,83 до 0,77 на 10 тыс. соответствующего населения (темп убыли -7,2%), а среди женщин ожидается по прогнозу рост уровня накопленной инвалидности от 0,68 до 0,85 на 10 тыс. соответствующего населения (темп роста 25,0%).

Среди инвалидов трудоспособного возраста уровень накопленной инвалидности I группы прогнозу сохраняется на одном уровне – 0,22 на 10 тыс. соответствующего населения, а уровень II группы будет иметь тенденцию к росту от 0,36 в 2022 г. до 0,42 на 10 тыс. соответствующего населения в 2027 г. с темпом роста +16,7% (таблица 4).

Таблица 4 – Прогнозные значения показателей уровней накопленной инвалидности среди различных возрастных категорий населения с учетом тяжести инвалидности на 2023-2027 гг., (на 10 тыс. соответствующего населения)

Показатели накопленной инвалидности вследствие злокачественных новообразований головного мозга	Группы инвалидности	Годы						Темп роста/убыли %
		2022	2023	2024	2025	2026	2027	
Трудоспособный возраст	I	0,22	0,2	0,21	0,21	0,21	0,21	0
	II	0,36	0,38	0,39	0,4	0,41	0,42	+16,8
Старше трудоспособный возраст	I	0,47	0,44	0,45	0,46	0,47	0,48	+2,1
	II	0,14	0,15	0,15	0,14	0,13	0,13	-7,1
	III	0,19	0,22	0,22	0,23	0,24	0,24	+26,3

Прогнозным значением уровней накопленной инвалидности среди лиц старше трудоспособного возраста рассчитан с разнонаправленным показателем. Положительная динамика прогнозируется при II группе инвалидности, ожидается снижение уровня от 0,14 в 2022 г. до 0,13 на 10 тыс. соответствующего населения в 2027 году (темп убыли -7,1%). Уровень накопленной инвалидности I группы прогнозируется с ростом от 0,47 до 0,48 с темпом роста +2,1%). По нашим расчетам более выраженный темп роста ожидается уровня III группы инвалидности +26,3% от 0,19 до 0,24 на 10 тыс соответствующего населения.

В таблице 5 представлены прогнозные значения показателей уровней накопленной инвалидности с учетом гендерных характеристик и тяжести инвалидности до 2027 года. Среди мужчин ожидается положительная динамика и уровень I группы инвалидности (снижение от 0,36 до 0,35 на 10 тыс.

соответствующего населения), темп убыли – 2,8%. Незначительный рост прогнозируется уровня инвалидности II группы до 0,3112, с темпами роста 0,4%. Более выраженный темп роста прогнозируется по уровню накопленной инвалидности III группы от 0,16 до 0,20 на 10 тыс. соответствующего населения в 2027 году (темп роста +25,0%).

Таблица 5 – Прогнозные значения показателей уровня накопленной инвалидности вследствие злокачественных новообразований головного мозга по тяжести инвалидности с учетом пола на 2023-2027 гг., (на 10 тыс. соответствующего населения)

Наименование показателей	Группы инвалидности	Годы						Темп роста/убыли %
		2022	2023	2024	2025	2026	2027	
уровни накопленной инвалидности среди мужчин	I	0,36	0,33	0,33	0,34	0,35	0,35	-2,8
	II	0,31	0,3108	0,3109	0,11	0,3111	0,3112	+0,4
	III	0,16	0,18	0,19	0,19	0,2	0,2	+25,0
уровни накопленной инвалидности среди женщин	I	0,25	0,25	0,26	0,26	0,27	0,27	+8,0
	II	0,27	0,3	0,31	0,31	0,31	0,32	+18,5
	III	0,15	0,19	0,19	0,2	0,2	0,21	+40,0

Среди женщин ожидается рост уровня накопленной инвалидности I группы от 0,25 до 0,27 в 2027 году, с темпом роста 8,0%. Уровень II группы инвалидности от 0,27 в 2022 году до 0,32 рост +18,5%. Более выраженный темп роста прогнозируется среди инвалидов III группы +40,0% от 0,15 до 0,21 на 10 тыс. тыс. соответствующего населения.

Таким образом, прогнозируемая нами динамика уровней первичной, повторной и накопленной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований головного мозга свидетельствует об актуальности дальнейшей активизации профилактической работы медицинских организаций. Прежде всего, необходимо повышать охват граждан скрининговыми методами, включая целевые методы выявления злокачественных новообразований. Представленные выше тренды были разработаны с целью их применения в упреждающем управлении.

Литература

1. Багдасарян, Д.Г. Методические материалы «Планирование и прогнозирование в деятельности организаций здравоохранения» / Д.Г. Багдасарян. – Пятигорск, 2020. – 309 с.
2. Касиев, Н.К. Планирование и прогнозирование в системе здравоохранения / Н.К. Касиев, Г.К. Канатбекова // Бюллетень науки практики. – 2020. – Т.6. – №5. – С.195-202.

3. Огнева, Е.Ю. Основные направления совершенствования системы показателей для планирования муниципального эксперимента / Е.Ю. Огнева // Бюллетень науки и практики. – 2020. – Т.6. – №5. – С.89-94.

4. Алгоритм расчета показателей национального проекта «Здравоохранение»: метод. рекомендации / И.М. Сон [и др.]. – М.: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2020. – 108 с.

5. Возможности информационных систем в прогнозировании исходов новой коронавирусной инфекции COVID-19 / И.В. Демко [и др.] // Медицинский ответ, 2022 – Т.16(4). – С.42-50.

6. Зудин, А.Б. Методические подходы к реализации планирования и прогнозирования при проведении реформы здравоохранения / А.Б. Зудин // Вестник РУДН Серия: Медицина. – 2017. – Т.21. – №2. – С.295-303.

7. Медик, В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 202. – 608 с.

Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов вследствие сахарного диабета

Родионова А.Ю., Столов С.В., Макарова О.В.

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Сахарный диабет (далее – СД) является социально значимым заболеванием, которое сопровождается высоким уровнем инвалидизации, требует больших экономических затрат и наносит серьезный социальный ущерб государству [1]. СД характеризуется высокой частотой развития системных сосудистых осложнений, которые ухудшают качество жизни больных, приводят к стойким нарушениям функций организма разной степени выраженности, утрате трудоспособности и являются определяющими при установлении группы инвалидности [2]. Наличие хронических осложнений СД многократно повышает риск кардиоваскулярной заболеваемости и смертности, а также слепоты, почечной недостаточности и ампутаций нижних конечностей, которые требуют длительной реабилитации больных [3].

Цель исследования. Изучить клинико-экспертные параметры и аспекты реабилитации у больных СД с учетом основных положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ).

Материал и методы исследования. Проанализированы данные «Направлений на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (форма №088/у) и актов освидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы» (далее – БМСЭ) 50 больных с диагнозом «Сахарный диабет».

Период исследования – 2020-2021 гг. Характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика пациентов с СД, направленных в БМСЭ (n=50)

Параметр	Количество пациентов
Фенотип СД, абс. (%):	
1-й тип	37 (74,0)
2-й тип	13 (26,0)
Пол, абс. (%):	
Мужчины	25 (50,0)
Женщины	25 (50,0)
Возраст, лет:	
Диапазон	18-80
Средний возраст	55,3±7,6
Социальный статус, абс. (%):	
Проживают в семье/одиноким	37 (74,0)/13 (26,0)
Проживают в городе/ в сельской местности	40 (80,0)/10 (20,0)
Наличие коморбидной патологии, абс. (%)	37 (74,0)
Длительность СД, абс. (%):	
1-2 года	1(2,0)
3-5 лет	4(8,0)
6-10 лет	13(26,0)
11-15 лет	19(38,0)
более 15 лет	13(26,0)

Результаты и обсуждение. В БМСЭ первично освидетельствовано 11 (22,0%) человек, повторно – 39 (78,0%) пациентов. В изученном контингенте больных выявлены стойкие нарушения функций эндокринной системы и метаболизма, сердечно-сосудистой системы, нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, сенсорных функций (зрения), а также функций мочевыделительной системы от незначительной до значительно выраженной степени.

Наиболее значимыми рубриками МКФ у больных СД в нашем исследовании оказались: глобальные умственные функции: b134 – функции сна, b131 – мотивация; специфические умственные функции: b144 – функции памяти, b164 – познавательные функции высокого уровня; зрение и связанные с ним функции: b210 – функции зрения; нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции: b780 – ощущения, связанные с мышцами и двигательными функциями, b770 – функции стереотипа походки; b798 – нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции, другие уточненные, b799 – нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции, не уточненные; функции пищеварительной, эндокринной

систем и метаболизма: b5401 – углеводный обмен, b5450 – водный баланс, b5451 – минеральный баланс, b5452 – электролитный баланс; функции сердечно-сосудистой, крови, иммунной и дыхательной систем: b410 – функции сердца, b415 – функции кровеносных сосудов, b420 – функции артериального давления, b429 – функции сердечно-сосудистой системы, другие уточненные и не уточненные; функции выделения мочи: b610 – функции мочеобразования, b620 – функции мочеиспускания, b630 – ощущения, связанные с функциями мочевыделения, b639 – функции выделения мочи, другие уточненные и не уточненные.

В таблице 2 представлены выявленные у больных СД ограничения жизнедеятельности (далее – ОЖД).

Таблица 2 – Категории ОЖД у больных СД

Категория ОЖД	Степень выраженности	Абс., (%)
ограничение способности к самообслуживанию	1	24 (48)
	2	13 (26)
	3	3 (6)
ограничение способности к передвижению	1	20 (40)
	2	10 (20)
	3	2 (4)
ограничению способности к трудовой деятельности	1	17 (34)
	2	16 (32)
	3	3 (6)
ограничение способности к ориентации	1	3 (6)
	2	1 (2)
	3	–
ограничение способности к общению	1	2 (4)
	2	1 (2)
	3	–

Распределение пациентов по группам инвалидности было следующим: в 50% случаев (n=25) установлена II группа инвалидности, у 38% (n=19) – III группа, у 8% (n=4) – I группа. В двух случаях (4%) при первичном освидетельствовании инвалидность не была установлена в связи с незначительными стойкими нарушениями функций организма на фоне СД и отсутствием ОЖД.

Основанием для установления III группы инвалидности были стойкие умеренные нарушения органов-мишеней (40-60%) вследствие СД в виде

сенсомоторной полинейропатии (78,9%), диабетической ангиоретинопатии (52,6%), ангиопатии нижних конечностей с хронической артериальной недостаточностью (ХАН) 2 степени (42,1%), нефропатии с хронической болезнью почек (ХБП) 3б стадии (36,8%), ампутационной культы стопы с одной стороны (15,8%) и рецидивирующей язвы стопы (5,2%). Количество осложнений со стороны органов-мишеней у большинства пациентов с СД составило от 2-х до 4-х.

Определяющими для установления II группы инвалидности были выраженные нарушения функций органов-мишеней (70-80%): ангиопатия нижних конечностей с ХАН 3 стадии (64%), в том числе с ампутацией стопы или верхней/средней трети голени в 56% случаях; диабетическая нефропатия с ХБП 4-5 стадии, эффективным программным гемодиализом без осложнений (60%); моторно-сенсорная полинейропатия (40%). Количество осложнений со стороны органов-мишеней составило от 2-х до 5-ти. У пациентов, которым была установлена II группа, по сравнению с инвалидами III группы, отмечено увеличение в структуре функциональных нарушений организма доли ангиопатии нижних конечностей (64% против 42,1%, соответственно) и ее утяжеление (ампутационные культы бедра/голени/стоп имели место более, чем у половины больных, признанных инвалидами II группы), а также увеличение частоты диабетической нефропатии (60% против 36,8%, соответственно).

Определяющими для установления I группы инвалидности у больных СД оказались значительно выраженные нарушения функции органов-мишеней (90-100%), представленные значительно выраженными нарушениями функций мочевыделительной системы в виде диабетической нефропатии с ХБП 5 стадии и осложнениями гемодиализа в 2-х случаях (50%), а также значительно выраженными нарушениями статодинамических функций, обусловленных ампутационной культей голени обеих конечностей при невозможности их протезирования в 2-х случаях (50%).

Несмотря на то, что все больные СД получали базисную терапию (пероральные сахароснижающие препараты и/или инсулинотерапию), у 24 (48%) человек целевой уровень гликированного гемоглобина не был достигнут, что свидетельствует о необходимости усиления медицинского аспекта реабилитации инвалидов вследствие СД.

Анализ профессионального маршрута выявил, что абсолютное большинство пациентов не работали – 36 (72%) человек; продолжали трудовую деятельность всего 12 (24%) пациентов, еще 2 (4%) пациента являлись студентами учебных заведений. На пенсии находились 23 (46%) пациента, при этом работал из них только один человек (4,3%). Из 19 пациентов с СД, признанных инвалидами III группы, более половины не работали (52,6%, n=10), хотя могли продолжать трудовую деятельность, поскольку это были паци-

енты трудоспособного возраста ($54,8 \pm 5,4$ года). Ввиду этого, важным является разработка и полноценная реализация профессионального аспекта реабилитации инвалидов, имеющих осложнения СД.

Социальный аспект реабилитации особенно актуален для одиноких пациентов с СД, которых в нашем исследовании оказалось достаточно много – 26%.

В назначении технических средств реабилитации (далее – ТСР) (ко-стыли подмышечные, трости опорные, кресло-коляски, протезы голени, ортопедическая обувь, впитывающие простыни и др.) нуждались 26 (54,2%) пациентов. Необходимость в ТСР была обусловлена, в основном, нарушением статодинамических функций разной степени выраженности.

Проведен анализ динамики инвалидности и эффективности реабилитационных мероприятий у 39 повторно освидетельствованных пациентов с СД. Отмечено практически полное отсутствие положительной динамики в виде перехода пациентов из I во II группу инвалидности или со II в III группу; случаев полной реабилитации, когда пациенты признавались вне группы, не было. Довольно высокий показатель установления инвалидности без указания срока переосвидетельствования (37,5%) в нашем исследовании свидетельствует о низком реабилитационном потенциале инвалидов с поражением органов-мишеней при СД, что не позволяет ожидать должной компенсации ОЖД и восстановления трудоспособности. В проведении мер реабилитации представляется целесообразным использование МКФ для наиболее полного отражения всех нарушений функций и структур организма, оценки выраженности выявленных нарушений и результатов проведения реабилитационных мероприятий в различных сферах жизнедеятельности.

Выводы:

1) При освидетельствовании больных СД более чем в половине случаев (58%) определялась I и II группа инвалидности.

2) Стойкие значимые нарушения функций органов-мишеней и ОЖД определяют необходимость в проведении комплексной реабилитации, приоритетными направлениями которой являются медицинская и профессиональная реабилитация; социальный аспект реабилитации особенно актуален для одиноких пациентов с СД.

3) Более половины инвалидов вследствие СД нуждаются в ТСР для компенсации имеющихся нарушений статодинамических функций.

4) Анализ динамики групп инвалидности свидетельствует о высокой их стабильности и отсутствии даже частичной реабилитации.

5) Ранняя диагностика СД на доклинической стадии, адекватное лечение и диспансерное наблюдение за пациентами позволит минимизировать развитие поздних хронических диабетических осложнений, приводящих к стойким нарушениям функций органов-мишеней, и снизить уровень инвалидизации пациентов.

Литература

1. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным регистра сахарного диабета на 01.01. 2021 / И.И. Дедов [и др.] // Сахарный диабет. – 2021. – Т.24. – №3. – С.204-221.
2. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: приказ Министерства труда и социальной защиты Рос. Федерации, 27 авг. 2019, №585н. // КонсультантПлюс [Электронный ресурс] / ООО ЮрСпектр. – М., 2019 г.
3. Комплексное исследование инвалидности вследствие сахарного диабета в Российской Федерации / Л.Н. Чикинова [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2018. – Т.21. – №1-2. – С.55-59.

Использование экспертного опроса для отбора индикаторов, характеризующих качество и безопасность оказания медицинской помощи инвалидам с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Сабирова Э.Р., Мингазутдинова Э.Р., Бурькин И.М., Ибрагимов Р.Ф.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,
г. Казань, Российская Федерация
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»,
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Казань, Российская Федерация
ЧУЗ «Клиническая больница РЖД-Медицина»,
г. Казань, Российская Федерация

Актуальность. Экспертный опрос в медико-социальной экспертизе является в настоящее время уникальным инструментом, позволяющим получить новую информацию для дальнейших исследований. Чаще всего опрос проводится среди больных, инвалидов и лиц, осуществляющих присмотр и уход за инвалидами, и значительно реже среди врачей.

Цель. Отбор индикаторов, характеризующих качество и безопасность оказания медицинской помощи инвалидам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы. Проведен экспертный опрос в форме структурированного интервью. На 1-м этапе производился первичный отбор двух групп показателей для экспертной оценки. На 2-м этапе происходил отбор экспертов в соответствии с критериями включения, уровень компетентности эксперта оценивался на основе опроса самооценки. Далее были сформу-

лированы критерии для экспертной оценки значимости отобранных показателей. Для количественной оценки степени совпадения ответов экспертов рассчитывался коэффициент конкордации Кендалла (W). Значимость различий оценивалась с использованием непараметрического критерия Фридмана. Отбор экспертов происходил на основании следующих критериев включения:

- наличие добровольного информированного согласия эксперта на участие в исследовании;
- трудовой стаж по медико-социальной экспертизе от 5 лет и более;
- «высокий» уровень компетентности экспертов, оцененный на основании коэффициента уровня компетентности.

Уровень компетентности эксперта оценивался на основе опроса самооценки, который позволил рассчитать суммарный индекс компетентности (k) каждого эксперта. Каждому эксперту предлагалось оценить уровень своих компетенций по трем направлениям: k_1 – численное значение самооценки экспертом уровня теоретических знаний предмета исследования; k_2 – численное значение самооценки экспертом уровня практических знаний (опыта) предмета исследования; k_3 – числовое значение самооценки экспертом уровня способности прогнозировать будущее развитие или состояние предмета исследования. Каждое из трех направлений оценивалось экспертами по следующей шкале: «высокий уровень» – 1 балл; «средний уровень» – 0,5 балла; «низкий уровень» – 0 баллов. Коэффициент компетентности эксперта (k) рассчитывался путем вычисления среднего арифметического от значений k_1 , k_2 и k_3 . В исследование включались только эксперты, после опроса которых коэффициент компетентности составил от 0,8 до 1 балла.

Результаты. Пройти экспертный опрос было предложено 50 экспертам. Из них отобрано 23 эксперта учреждений медико-социальной экспертизы, каждый из которых соответствовал всем критериям включения в исследование. Средний коэффициент компетентности экспертов составил 0,91. Из выбранных на этапе первичного отбора 12 показателей первой группы и 5 показателей второй группы минимально допустимый коэффициент конкордации Кендалла $W > 0,1$ был получен для 10 показателей первой группы и 4 показателей второй группы. В настоящем исследовании установлено, что два показателя первой группы имели средний уровень согласованности экспертов ($W > 0,3$). Критерий Фридмана у всех показателей обеих групп подтвердил высокую достоверности проведенного исследования ($p < 0,05$).

Вывод. В настоящее время существует необходимость использования экспертного опроса врачей в системе медико-социальной экспертизы не только для совершенствования методологии проведения освидетельствования, но и для модернизации системы реабилитации инвалидов. Следует максимально полно использовать знания, профессиональный опыт, экспертную интуицию специалистов по медико-социальной экспертизе для решения вопросов реформирования реабилитационных мероприятий.

Основные итоги реализации в Российской Федерации Конвенции ООН о правах инвалидов

Свинцов А.А., Чернякина Т.С., Радутю В.И., Шестаков В.П.,
Рочева Я.С., Коллюка О.Е.

ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

ФГБУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный электротехнический
университет «ЛЭТИ» им. В.И. Ленина, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

В Российской Федерации политика государства в отношении инвалидов, строится на признании, поощрении, и защите человеческого достоинства и всех присущих каждому человеку политических, гражданских, экономических, социальных и культурных прав инвалидов, создании и соблюдении антидискриминационного законодательства.

Конституция Российской Федерации (с изменениями одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020 г.), провозгласила приоритет семьи и детей и изменила приоритетность российского законодательства над международными договорами.

В стране продолжается реализация положений и норм Конвенции о правах инвалидов в соответствии с утвержденным Правительством 28 декабря 2018 г. «Планом мероприятий по реализации рекомендаций, содержащихся в Заключительных замечаниях Комитета по правам инвалидов по первоначальному докладу Российской Федерации о ходе выполнения Конвенции о правах инвалидов».

Цель исследования. Оценка соблюдения прав инвалидов в Российской Федерации в приоритетных сферах жизнедеятельности.

В работе использованы материалы ежегодного мониторинга и метод статистического анализа сведений о положении инвалидов в стране.

За период с 2018 г по 2022 г. приняты новые федеральные и региональные законы, иные нормативные правовые акты, разработаны программы и планы мероприятий по выполнению различных положений Конвенции о правах инвалидов.

В стране начали формироваться важнейшие направления государственной социальной политики:

- система комплексной реабилитации инвалидов, включая раннюю помощь и сопровождаемое проживание;
- технологии жизнеустройства инвалидов, как альтернатива

постоянного проживания в стационарных учреждениях социального обслуживания;

– система государственного контроля и надзора в сферах обеспечения жизнедеятельности лиц с инвалидностью.

В результате реализации государственных мероприятий охраны здоровья граждан, охраны труда и производственной безопасности в стране за период с 2018 г. по 2022 г. сократилась численность инвалидов на 858 680 человек (с 11,5 млн человек на начало 2018 г. до 10,6 млн. человек на начало 2022 г.) – 7,49%. При этом, увеличение за тот же период численности детей-инвалидов на 77 866 человек (с 651,1 тыс. человек до 729,0 тыс. человек), что составило 11,96% связано с обновлением и уточнением Классификаций основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий и критериев признания лица инвалидом, утверждением перечня заболеваний, при которых инвалидность устанавливается бессрочно детям – до 18 лет, развитие системы перинатальных учреждений.

В целях повышения адресности и эффективности мер социальной поддержки на федеральном, региональном и муниципальном уровнях реализуется новый дизайн архитектуры социальной сферы:

– создание социального казначейства – организационно-технологической модели использования всеми органами и организациями единой цифровой платформы;

– обеспечение государственной социальной помощи на основании социального контракта, которая оказывается гражданам в целях стимулирования их активных действий по преодолению трудной жизненной ситуации. Программа социальной адаптации предусматривает обязательные для реализации получателями государственной социальной помощи мероприятия;

– развитие федерального реестра инвалидов, в котором храниться вся актуальная информация о каждом инвалиде и каждый из них имеет личный кабинет, что упрощает получение полагающихся услуг;

– осуществление цифровой и функциональной трансформации социальной сферы в целях оптимизации деятельности государственных внебюджетных фондов и федеральных учреждений медико-социальной экспертизы, а также для совершенствования процессов предоставления мер социальной поддержки на федеральном, региональном и муниципальном уровнях на базе цифровых технологий и другое.

В стране осуществляется постепенный переход от медицинской модели инвалидности к правозащитной. Все принимаемые нормативные правовые акты и программы учитывают многообразие инвалидов и взаимодействие, которое происходит между имеющимися нарушениями здоровья и отношенческими, поведенческими, средовыми барьерами, что соответствует определению правозащитной модели инвалидности, содержащемуся в Преамбуле Конвенции о правах инвалидов.

Правительство Российской Федерации обеспечивает функционирование системы социальной защиты инвалидов, их социальную интеграцию, создание доступной среды для инвалидов и улучшение качества их жизни, реализация которых осуществляется широкомасштабной государственной Программой Российской Федерации «Доступная среда», направленной на решение следующих задач:

- создание правовых, экономических и институциональных условий, способствующих интеграции инвалидов в общество и повышению уровня их жизни;

- обеспечение равного доступа инвалидов к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения;

- модернизация государственной системы медико-социальной экспертизы;

- обеспечение равного доступа инвалидов к реабилитационным и абилитационным услугам, к профессиональному развитию и трудоустройству;

- устранение социальной разобщенности инвалидов и граждан, не являющихся инвалидами.

При переходе к правозащитной модели инвалидности осуществляется:

- 1) формирование положительного восприятия людей с инвалидностью;

- 2) повышение осведомленности населения о людях с инвалидностью и их трудностях;

- 3) формирование условий для инклюзии лиц с инвалидностью;

- 4) обеспечение жизнеустройства инвалидов с учетом автономии лица, потребности в общении и самореализации;

- 5) подбор профессии, создание специального рабочего места в оптимальных и допустимых условиях труда, нормативное закрепление индивидуального режима труда и видов помощи наставника;

- 6) создание условий для независимой жизни в местном сообществе;

- 7) участие представителей общественных организаций в обсуждении законопроектов и иных нормативных правовых актов в подготовке решений, в мониторинге реализации принимаемых положений, мер, программ по вопросам, затрагивающих интересы инвалидов.

За годы реализации Плана мероприятий по реализации рекомендаций, содержащихся в Заключительных замечаниях Комитета по правам инвалидов расширены перечни предоставляемых реабилитационных и абилитационных услуг, технических средств реабилитации за счет федерального и регионального бюджетов, увеличены социальные гарантии.

Для лиц с инвалидностью гарантирована возможность обращения о нарушении их прав во все органы власти и судебные инстанции

с сопровождением, предоставлением сурдопереводчика, материалов с использованием шрифта Брайля и ясного языка.

В стране введен и активно работает в сотрудничестве с общественными организациями инвалидов институт Уполномоченных по правам ребенка и по правам человека, решая актуальные проблемы защиты прав инвалидов в Российской Федерации.

Осуществляется государственный контроль и надзор за исполнением законодательства по правам инвалидов во всех сферах их жизнедеятельности.

Российская Федерация, оценивая важность и значимость Факультативного протокола к Конвенции о правах инвалидов, при реализации положений и норм Конвенции, осуществляет реальные шаги по переходу к Факультативному протоколу к Конвенции, ратификация которого планируется в среднесрочной перспективе.

За последние годы в несколько раз выросли объемы государственной поддержки общественных организаций инвалидов, в том числе их деятельности, направленной на защиту интересов инвалидов и мониторинг соблюдения их прав органами государственной власти. Общественные организации инвалидов принимают активное участие в формировании правозащитного механизма реализации социальных гарантий, в формировании безбарьерной среды, трудоустройстве инвалидов, оказании реабилитационных и абилитационных услуг.

В результате реализации государственных мероприятий охраны здоровья граждан, охраны труда и производственной безопасности в стране за период с 2018 г. по 2022 г. сократилась численность инвалидов на 858 680 человек (с 11,5 млн. человек на начало 2018 г. до 10,6 млн. человек на начало 2022 г.) – 7,49%. При этом, увеличение за тот же период численности детей-инвалидов на 77 866 человек (с 651,1 тыс. человек до 729,0 тыс. человек), что составило 11,96% связано с обновлением и уточнением Классификаций основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий и критериев признания лица инвалидом, утверждением перечня заболеваний, при которых инвалидность устанавливается бессрочно детям – до 18 лет, развитие системы перинатальных учреждений.

В домах ребенка уменьшилась численность детей отстающих в физическом развитии на 5441 человек – 70,8% (с 7681 человека в 2011 г. до 2240 человек в 2021 г.). В стационарных учреждениях социального обслуживания увеличилась численность детей с физическими недостатками почти в 3 раза (на 1437 человек, с 482 человек в 2011 г. до 1919 в 2021 г.).

Реализация мероприятий Госпрограммы Российской Федерации «Доступная среда» позволила обеспечить:

- увеличение доли дошкольных образовательных организаций, в которых создана универсальная безбарьерная среда для инклюзивного

образования детей-инвалидов, в общем количестве дошкольных образовательных организаций до 20,2-21,8% (в 8 072 детских садах);

- увеличение доли общеобразовательных организаций, в которых создана универсальная безбарьерная среда для инклюзивного образования детей-инвалидов, в общем количестве общеобразовательных организаций до 24,17-28,0% (в 10 106 школах);

- увеличение доли профессиональных образовательных организаций, в которых обеспечены условия для получения среднего профессионального образования инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий, в общем количестве таких организаций составила в 2019 г. – 43,5 %, в 2021 году возросла до 79,8%;

- увеличение удельного веса числа образовательных организаций высшего образования, здания которых приспособлены для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья в 2019 г. составил 24,1%, к 2021 г. достиг 26,0%.

Принятые меры Госпрограммой РФ «Доступная среда» позволили обеспечить:

- увеличение доли субъектов Российской Федерации, сформировавших систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, соответствующую типовой программе субъекта Российской Федерации, в общем количестве субъектов Российской Федерации до 70% (в 2018 г. – 12%);

- увеличение доли инвалидов, в отношении которых осуществлялись мероприятия по реабилитации и (или) абилитации, в общей численности инвалидов, имеющих такие рекомендации в индивидуальной программе реабилитации или абилитации, до 75,5% (взрослые) и 82,6% (дети);

- достижение численности инвалидов, которым оказаны услуги по протезированию в период пребывания их в стационарах сложного протезирования федеральных государственных унитарных предприятий, составило 9 851 человек;

- увеличение доли детей целевой группы, получивших услуги ранней помощи, в общем числе детей целевой группы, нуждающихся в получении таких услуг, до 30%;

- увеличение доли субъектов Российской Федерации, обеспечивающих реализацию технологии сопровождаемого проживания инвалидов, до 88%.

Содействие полной реализации инвалидами права на самостоятельный образ жизни, а также их включению и вовлечению в местное сообщество развитие в субъектах Российской Федерации стационарозамещающих технологий социального обслуживания граждан, страдающих психическими расстройствами, на 2019-2024 гг. (приказ Минтруда России от 01.02.2022 г. №40, приказ Минтруда России от 23.07.2019 №519).

За последние 3 года практически в два раза увеличилось число регионов, где начата реализация сопровождаемого проживания. В 2021 г. численность инвалидов, получающих услуги в рамках сопровождаемого проживания, составила 5 249 человек, из них 2 943 человека находятся на учебном (тренировочном) сопровождаемом проживании, 2 306 человек – на постоянном сопровождаемом проживании.

Доля субъектов Российской Федерации в 2021 г., имеющих сформированные и обновляемые карты доступности объектов и услуг, в общем количестве субъектов Российской Федерации достигла 100%. В настоящее время, на Карте доступности размещено более 170 тысяч объектов, включая объекты МСЭ, социальной защиты населения, здравоохранения, образования, культуры, физической культуры и спорта, Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации и другие.

Качественными техническими средствами реабилитации устройствами, облегчающим мобильность, ассистивными технологиями и услугами ежегодно обеспечиваются 98% инвалидов не только по месту жительства, но и по месту пребывания, фактического проживания. В Российской Федерации обеспечена защита и безопасность инвалидов, как и других людей, в ситуациях риска, таких, как ситуации, вызванные чрезвычайными гуманитарными ситуациями или стихийными бедствиями. Доступ вызову экстренных служб по номеру 112, по мнению опрошенных, есть у 2020 г. 60,1%.

Доля инвалидов, положительно оценивающих отношение населения к проблемам инвалидов, в общей численности опрошенных инвалидов, увеличилась с 32,2% в 2011 г. до 77,7% в 2021 г.

Доля граждан, признающих навыки, достоинства и способности инвалидов, в общей численности опрошенных граждан выросла с 35,5% в 2014 г. до 87,8% к 2021 г.

Люди с инвалидностью отмечают, в более 60% случаев не имели опыта отказа по причине инвалидности в ситуациях получения услуг 85,2%, трудоустройства 60,5%, получения медицинской помощи 78,3%, отсутствия информации на доступном языке 78,2%.

Таким образом, принимаемые в Российской Федерации правовые, методические и организационные меры способствуют повышению доступности для инвалидов объектов окружающей среды и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности, внедрению и развитию новых технологий комплексной реабилитации и социального обслуживания инвалидов, культурно-просветительской работы с инвалидами и населением, обеспечивают улучшение положения инвалидов и интеграцию их в общество.

Инвалидность и реабилитация при колоректальном раке в Удмуртской Республике за 2018-2022 гг.

Серянова Н.М., Спиридонова В.С.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Ижевск, Российская Федерация
ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Заболеваемость и инвалидность вследствие злокачественных новообразований как в Российской Федерации, так и в Удмуртской Республике (далее – УР) являются одной из наиболее значимых медико-социальных проблем.

Согласно данным федерального статистического наблюдения в 2021 г. в Российской Федерации впервые выявлено 580 415 случаев злокачественных новообразований с тенденцией к росту в сравнении с 2020 г. на 4,4% и составило 556 000 случаев, что на 13% ниже, чем в 2019 г. [1].

Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями среди населения России в 2020 г. снизился в сравнении 2019 г. с 436,1 до 379,0 на 100 тыс. населения. В УР уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями на 100 тыс. населения, также имеет аналогичную тенденцию к снижению в сравнении с 2019 г.: за период 2019-2021 гг. данный показатель составил 438,7, 401,0 (– 8,6%) и 429,7 (– 2,1%) соответственно [2, 3]. Снижение показателей заболеваемости можно связать, с тем, что граждане стали значительно реже обращаться за медицинской помощью по поводу диагностики и лечения неинфекционных заболеваний в связи с введением ограничительных мер, в частности соблюдения режима самоизоляции при распространении новой коронавирусной инфекции. Совокупный показатель заболеваемости колоректальным раком в УР составил в 2021 г. – 63,7, в 2020 г. – 58,7 на 100 тыс. населения, что выводит эту локализацию на первое место в общей структуре заболеваемости.

В Удмуртской Республике ведущей локализацией в структуре инвалидности вследствие злокачественных новообразований является колоректальный рак, что обусловило актуальность изучения данной проблемы инвалидности.

Материалы и методы. Нами были проанализированы данные 4504 протоколов и актов проведения медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) граждан в возрасте 18 лет и старше, повторно признанных инвали-

дами (далее – ППИ) вследствие злокачественных новообразований кишечника и формы федерального государственного статистического наблюдения №7 (собес) по УР за пятилетний период 2018-2022 гг.

Результаты. В УР в структуре повторной инвалидности за период 2018-2022 годы первое ранговое место сохраняет класс болезней «злокачественные новообразования». Количество повторно признанных инвалидами вследствие злокачественных новообразований характеризуется устойчивой тенденцией к росту (2018 г. – 3 454 чел., 2019 г. – 3 400 чел, 2020 г. – 5 266 чел., 2021 г. – 7 088 чел., 2022 г. – 7 122 чел.). Резкое увеличение общего числа ППИ с 2020 г. связано с проведением «автоматического» продления инвалидности сроком на 6 месяцев в соответствии с постановлениями Правительства Российской Федерации о временном порядке признания лица инвалидом, принятых в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции.

Количество повторно признанных инвалидами вследствие колоректального рака (далее – КРР) за период 2018-2022 годы составило: 2018 г. – 586 (17,0%), 2019 – 558 (16,4%), 2020 г. – 920 (17,5%), а в 2021 г. – 1228 (17,3%), 2022 г. – 1212 (17,0%). По гендерному признаку в структуре повторной инвалидности за указанный период преобладают лица женского пола в среднем 53,3%. По возрастному признаку преобладают лица старше трудоспособного возраста от 77,8% до 80,7% случаев. Повторная инвалидность выше у городского населения (в среднем 66,2%), чем у сельского.

В структуре тяжести по группам инвалидности ППИ преобладают II группа инвалидности в среднем 60,8%, с тенденцией к росту, доля III группы – 26,9% с тенденцией к снижению, доля I группы – 12,3%, с тенденцией к снижению в 2019-2020 гг.

Количество ППИ с кишечными стомами имеет тенденцию к снижению, что было обусловлено, проведением реконструктивно-восстановительных операций и изменением тактики лечения пациентов с колоректальным раком. По данным преимущественно выполнялись хирургические операции с формированием первичного кишечного анастомоза, без наложения стом.

В 36,4% случаев у инвалидов с колоректальным раком имелись кишечные стомы (таблица).

Таблица – Число повторно признанных инвалидами с кишечными стомами вследствие колоректального рака в УР за 2018-2022 гг.

	2018		2019		2020		2021		2022	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
ППИ с КРР (С18-С20)	586	100	558	100	920	100	1228	100	1212	100
Из них: с колостомами	239	40,8	239	42,8	335	36,4	409	33,3	346	28,6

Данной группе инвалидов были проведены операции: резекции кишечника с наложением кишечных анастомозов, резекции кишечника с наложением устранимых стом, а также брюшно-промежностные экстирпации прямой кишки с наложением неустраиваемых стом и паллиативные операции с наложением стом.

В индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалида граждан с кишечными стомами были рекомендованы технические средства реабилитации – калоприемники и средства по уходу за стомой для улучшения качества жизни.

Выводы. Повторная инвалидность вследствие колоректального рака с 2018 по 2022 гг. в Удмуртской республике остается стабильной и занимает первое место в структуре инвалидности вследствие онкологический заболеваний. В структуре повторной инвалидности среди пациентов с КРР преобладает 2 группа инвалидности, превалируют лица женского пола и лица старше трудоспособного возраста. Количество пациентов с кишечными стомами среди пациентов с КРР остается высоким (в среднем 36,4%) несмотря на проведение реконструктивно-восстановительных операций по устранению стом и улучшение тактики лечения.

Литература

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2022. – 239 с.
2. Официальные статистические публикации ТОГС // Удмуртстат [Электронный ресурс]. – 2022. – Режим доступа: <https://18.rosstat.gov.ru/>. – Дата доступа: 10.03.2023.
3. Основные показатели повторной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2021 году. Статистический сборник / Под редакцией доктора медицинских наук М.А. Дымочки. – М.: ФБ МСЭ, 2022. – 188 с.

Анализ первичной инвалидности детского населения в разрезе обслуживаемых районов Солигорской межрайонной медико-реабилитационной экспертной комиссии

Слипченко Э.Г., Митлицкая Е.В.

УЗ «МРЭК Минской области», а.г. Лесной, Республика Беларусь

Солигорская межрайонная медико-реабилитационная экспертная комиссия (далее – МРЭК) является структурным подразделением учреждения здравоохранения «МРЭК Минской области» и по территориальному принципу проводит освидетельствование пациентов с соматической патологией, проживающих в Солигорском, Любанском и Стародорожском районах

Минской области (кроме психиатрического, офтальмологического, травматологического, пульмонологического профилей), в том числе лиц в возрасте до 18 лет.

Был проведен анализ первичной детской инвалидности в разрезе обслуживаемых районов Солигорской межрайонной МРЭК за период 2021-2022 гг.

Среднегодовая численность детского населения в районах обслуживания Солигорской межрайонной МРЭК различна, но наибольший удельный вес (74,0%) составляют дети Солигорского района, что представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Среднегодовая численность детского населения в районах обслуживания Солигорской межрайонной МРЭК за период 2021-2022 гг.

Район	2021 г.	2022 г.
Солигорский	26800	26659
Любанский	5651	5599
Стародорожский	3766	3717
Всего	36217	35975

Анализ полученных результатов показал, что в 2022 г. Солигорской межрайонной МРЭК впервые было признано инвалидами 35 детей в возрасте до 18 лет, что меньше (в абсолютных цифрах на 20 человек) количества впервые признанных инвалидами детей в 2021 г. Интенсивный показатель первичного выхода на инвалидность детского населения (далее – ПВИ) в 2022 г. в Солигорском районе составил 9,4 на 10 тыс. населения, в Любанском районе – 8,9 на 10 тыс. населения, а Стародорожском районе – 13,5 на 10 тыс. населения. Во всех районах обслуживания Солигорской межрайонной МРЭК отмечается снижение уровня ПВИ среди детей в возрасте до 18 лет в 2022 г. по сравнению с 2021 г.

Показатели первичной инвалидности населения в возрасте до 18 лет в районах обслуживания Солигорской МРЭК в 2022 г. по сравнению с 2021 г. представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Показатели первичной инвалидности населения в возрасте до 18 лет в районах обслуживания Солигорской межрайонной МРЭК за период 2021-2022 гг.

Район	Дети до 18 лет			
	абс. число 2021/2022гг.	темп прироста, %	ПВИ на 10 тыс. населения 2021/2022 гг.	темп прироста, %
Солигорский	40/25	-37,5%	14,9/9,4	-36,9%
Любанский	8/5	-37,5%	12,7/8,9	-29,9%
Стародорожский	7/5	-28,6%	18,5/13,5	-27,0%

В нозологической структуре первичной инвалидности детей в возрасте до 18 лет в обслуживаемых районах ведущие ранговые места занимали врожденные аномалии, новообразования, заболевания эндокринной системы.

Во всех районах обслуживания Солигорской межрайонной МРЭК в 2022 г. отмечается рост уровня ПВИ среди детского населения при врожденных аномалиях и новообразованиях по сравнению с 2021 г.

Нозологическая структура первичной инвалидности детей в возрасте до 18 лет в разрезе обслуживаемых районов за период 2021-2022 гг. представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Нозологическая структура первичной инвалидности детей в возрасте до 18 лет за период 2021-2022 гг.

Класс болезней	ПВИ (на 10 тыс. населения)					
	Солигорский район		Любанский район		Стародорожский район	
	2021 г.	2022 г.	2021 г.	2022 г.	2021 г.	2022 г.
Врожденные аномалии	2,9	3,81	1,76	5,36	7,9	8,07
Новообразования	0,37	1,52	-	1,79	2,6	2,69
Заболевания нервной системы	5,2	1,14	7,0	-	5,3	-
Заболевания эндокринной системы	3,7	1,52	1,76	-	2,6	2,69
Болезни уха	0,74	-	1,76	1,79	-	-
Болезни костно-мышечной системы	1,1	0,38	-	-	-	-
Болезни органов пищеварения	0,37	0,76	1,76	-	-	-
Болезни почек	0,37	-	-	-	-	-

Уровень ПВИ детского населения во всех районах обслуживания Солигорской межрайонной МРЭК в 2022 г. не превысил областной и республиканский уровни.

Структура первичной инвалидности детей в возрасте до 18 лет в обслуживаемых районах в 2022 г. в сравнении с показателями первичной детской инвалидности в Минской области и Республике Беларусь представлена в таблице 4.

Надо отметить, что в Солигорском районе показатель ПВИ детей в возрасте до 18 лет при заболеваниях системы пищеварения превысил областное и республиканское значения (на 49,0% и 20,6% соответственно).

В Любанском районе в 2022 г. показатель ПВИ среди детского населения превысил областное и республиканское значения при заболеваниях

уха (на 152,0% и 214,0% соответственно), при врожденных аномалиях (на 5,7% и 26,7% соответственно), а также при новообразованиях (на 32,6% и 10,5% соответственно).

Таблица 4 – Структура первичной инвалидности детей в возрасте до 18 лет в обслуживаемых районах в 2022 г. в сравнении с показателями первичной детской инвалидности в Минской области и Республике Беларусь

Класс болезней	ПВИ (на 10 тыс. населения)				
	Солигорский район	Любанский район	Стародорожский район	Минская область	Республика Беларусь
Врожденные аномалии	3,81	5,36	8,07	5,07	4,23
Новообразования	1,52	1,79	2,69	1,35	1,62
Заболевания нервной системы	1,14	-	-	3,75	3,19
Заболевания эндокринной системы	1,52	-	2,69	2,57	3,13
Болезни уха	-	1,79	-	0,71	0,57
Болезни костно-мышечной системы	0,38	-	-	4,74	2,23
Болезни системы пищеварения	0,76	-	-	0,51	0,63
Все заболевания	9,4	8,9	13,5	31,56	24,95

В Стародорожском районе показатель ПВИ детей в возрасте до 18 лет превысил областное и республиканское значения при врожденных аномалиях (на 59,2% и 90,8% соответственно) и при новообразованиях (на 99% и 66% соответственно).

Вместе с тем, в 2022 г. степень утраты здоровья (СУЗ) 4 и 3 степени у детей в возрасте до 18 лет определена в 34,5% случаев, что свидетельствует о преобладании случаев с невысокой тяжестью первичной детской инвалидности, а именно – 1 и 2 СУЗ.

Распределение впервые признанных инвалидами лиц в возрасте до 18 лет в зависимости от СУЗ за 2022 год представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Распределение впервые признанных инвалидами в возрасте до 18 лет в зависимости от СУЗ в 2022 г.

Район	СУЗ 1	СУЗ 2	СУЗ 3	СУЗ 4
Солигорский	7(28%)	9(36%)	7(28%)	2(8%)
Любанский	3(60%)	1(20%)	1(20%)	-
Стародорожский	3(60%)	-	2(40%)	-
Всего	13(37%)	10(28,5%)	10(28,5%)	2(6%)

В 2022 г. в возрастной структуре первичной инвалидности детского населения преобладали дети в возрасте до 1 года (34,3%) и дети возрасте от 1 года до 4 лет (28,6%), что свидетельствует о своевременном и раннем направлении детей на медико-социальную экспертизу.

Возрастная структура впервые признанных инвалидами в возрасте до 18 лет в 2022 г. представлена в таблице 6.

Таблица 6 – Возрастная структура впервые признанных инвалидами в возрасте до 18 лет в 2022 г.

Район	Возраст				
	до 1 года	1-4 года	5-10 лет	11-14 лет	15-17 лет
Солигорский	8(32%)	7(28%)	5(20%)	2(8%)	3(12%)
Любанский	2(40%)	1(20%)	1(20%)	-	1(20%)
Стародорожский	2(40%)	2(40%)	1(20%)	-	-
Всего	12(34,3%)	10(28,6%)	7(20%)	2(5,7%)	4(11,4%)

Солигорской межрайонной МРЭК постоянно проводится работа с председателями врачебно-консультационных комиссий организаций здравоохранения обслуживаемых районов, ориентированная на раннее и своевременное направление детей на медико-социальную экспертизу с целью своевременного предоставления нуждающимся необходимых социальных гарантий, мероприятий медицинской и социальной реабилитации и абилитации с целью повышения качества их жизни, своевременной интеграции в социум в соответствии с возрастными особенностями.

Критерии оценки ограничений активности и участия, факторов окружающей среды у пациентов с глаукомой в рамках проведения медико-социальной экспертизы

Смычёк В.Б., Бояровская А.В.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Глаукома относится к разряду медико-социальных болезней в силу большой распространенности, значительных финансовых затрат на медикаментозное лечение каждого конкретного пациента в течение многих лет, а также высокого процента инвалидности по зрению. Единый профиль оценки функционирования пациента с глаукомой позволяет усовершенствовать проведение медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой путем объективизации принятия экспертного решения, последующего

составления индивидуальной программы реабилитации (абилитации) пациента с целью минимизации инвалидизирующих последствий заболевания, устранения или уменьшения барьеров окружающей среды и улучшения качества жизни пациента с глаукомой [1].

При исследовании качества жизни пациента с глаукомой основное внимание должно уделяться оценке индивидуального восприятия пациентом своих функциональных возможностей, отношению пациента к тем или иным изменениям в жизни. Имеющееся заболевание влияет не только на физическое состояние человека, но и на психологию его поведения, эмоциональные реакции, часто изменяя его место и роль в социальной жизни [2].

Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время. Эти факторы являются внешними по отношению к пациенту и могут оказывать положительное или отрицательное влияние на его реализацию в обществе, потенциальную способность пациента или на функции и структуру организма пациента.

Материалы и методы. Объектом исследования для проведения комплексного клинико-функционального обследования явилось 60 пациентов с глаукомой. В анализируемой группе было 32 (53,3%, 95ДИ: 40,1-66,1) мужчины и 28 (46,7%, 95ДИ: 33,9-59,9) женщин. Были проанализированы личностные, профессиональные факторы и факторы окружающей среды, влияющие на ограничение жизнедеятельности. Средний возраст пациентов составил $64,3 \pm 3,5$ лет. Из числа обследованных пациентов 81,7% (95ДИ: 69,2-90,1) являлись городскими жителями и, соответственно, 18,3% (95ДИ: 9,9-30,9) пациентов проживало в сельской местности. Среди исследуемых лиц преобладали пациенты с общим средним образованием – 30,0% (95ДИ: 19,2-43,4).

Результаты исследования. Для разработки набора доменов, характеризующих профиль индивидуального функционирования пациентов с глаукомой, использовались коды Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ) [3].

Коды МКФ приобретают законченный вид только в присутствии определителя, который отмечает величину уровня здоровья (выраженности проблемы). Использование любого кода сопровождается применением определителя (0, 1, 2, 3, 4).

Оценка отклонений или утрат функций и структур организма, ограничений активности и возможности участия, факторов окружающей среды у пациентов с глаукомой проводится по 5-ти бальной шкале оценки МКФ в зависимости от степени выраженности проблемы:

xxx.0 НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные,...) 0-4%;

- xxx.1 ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые,...) 5-24%;
 xxx.2 УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые,...) 25-49%;
 xxx.3 ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные,...) 50-95%;
 xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные,...) 96-100%.

В ходе исследования был отобран расширенный набор доменов для оценки активности и участия при проведении медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой: d110 (использование зрения), d130 (копирование (подражание)), d166 (чтение), d170 (письмо), d315 (восприятие сообщений при невербальном способе общения), d325 (восприятие письменных сообщений при общении), d345 (письменные сообщения), d360 (использование средств связи и техник общения), d460 (передвижение в различных местах), d465 (передвижение с использованием технических средств), d470 (использование пассажирского транспорта), d570 (забота о своем здоровье), d5700 (обеспечение собственного физического комфорта), d5702 (поддержание собственного здоровья), d640 (выполнение работы по дому), d750 (неформальные социальные отношения), d825 (профессиональное обучение), d830 (высшее образование), d850 (оплачиваемая работа).

По результатам исследования были выделены наиболее значимые домены, позволяющие наиболее полно охарактеризовать возможности активности и участия пациентов с глаукомой: d166 (чтение), d170 (письмо), d315 (восприятие сообщений при невербальном способе общения), d360 (использование средств связи и техник общения). Были разработаны критерии оценки активности и участия у данной группы пациентов, критерии представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Критерии оценки активности и участия у пациентов с глаукомой

	xxx.0	xxx.1	xxx.2	xxx.3	xxxx.4
d166	Острота зрения обоих глаз или лучше видящего глаза с кор- рекцией вблизи по таблицам про-верки остроты зрения для близости бо- лее 0,5	Острота зрения обоих глаз или лучше видя- щего глаза с коррекцией вблизи по та- блицам про- верки остроты зрения для близости от 0,2 до 0,4	Острота зрения обоих глаз или лучше видящего глаза с коррек- цией вблизи по таблицам про- верки остроты зрения для близости от 0,1 до 0,2	Острота зрения обоих глаз или лучше видящего глаза с коррек- цией вблизи по таблицам про- верки остроты зрения для близости 0,1 и менее	Полная не- возмож- ность разли- чения и чте- ния круп- ного текста.

Продолжение таблицы 1

	xxx.0	xxx.1	xxx.2	xxx.3	xxx.4
d170	Отсутствие сложностей при написании рукописного текста	Сложности при написании объемного текста (более 1 страницы)	Невозможность написания объемного текста (более 1 страницы), трудности при написании небольшого объема текста	Трудности при написании небольшого объема текста, слова, подписи	Невозможность структурного письма «в строчку», насаивание букв друг на друга из-за отсутствия контроля зрением за письмом
d315	Не нарушено	Нарушено только при длительном невербальном общении, в условиях низкой освещенности	Сложности в восприятии при невербальном способе общения	Возможность восприятия только интенсивных сигналов при невербальном способе общения	Невозможность невербального способа общения, невозможность считывания любой зрительной информации
d360	Не нарушено	Нарушено только при длительном использовании	Ограниченно возможно, нарушено при кратковременном использовании	Возможно использование только при переоборудовании средств связи и техник общения для слабовидящих	Возможно использование только при переоборудовании средств связи и техник общения для незрячих

Расширенный набор доменов для оценки факторов окружающей среды при проведении медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой включил в себя: e1151 (вспомогательные изделия и технологии для личного использования в повседневной жизни), e120 (изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений), e125 (средства и технологии коммуникации), e130 (изделия и технологии для обучения), e150 (дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования), e155 (дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования), e320 (друзья), e325 (знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества), e340 (персонал, осуществляющий уход и помощь), e355 (профессиональные медицинские работники), e360 (работники других профессиональных сфер).

По результатам исследования были выделены наиболее значимые домены, позволяющие наиболее полно охарактеризовать факторы окружающей среды, которые необходимо оценивать в рамках проведения медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой: e1151 (вспомогательные изделия и технологии для личного использования в каждодневной жизни), e125 (средства и технологии коммуникации). В ходе проведенного исследования пациентов с глаукомой были выделены критерии факторов окружающей среды у данной группы пациентов, критерии представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Критерии оценки факторов окружающей среды у пациентов с глаукомой

	xxx.0	xxx.1	xxx.2	xxx.3	xxx.4
e1151	Отсутствие необходимости в использовании или пользование очками периодически	Использование очков для постоянного ношения, очков для близи, для дали, бифокальных линз.	Использование очков для постоянного ношения, очков для близи, для дали, бифокальных линз, пользование лупами.	Использование очков для постоянного ношения, очков для близи, для дали, бифокальных линз, пользование лупами. Возможно периодическое использование трости тактильной для слабовидящих, часов с синтезатором речи, плеера.	Использование трости тактильной для слабовидящих, часов с синтезатором речи, плеера.
e125	Не нарушено	Не нарушено	Нарушено при длительном использовании. Возможно при использовании вспомогательных изделий и технологий	Возможно использование мобильного телефона с программным обеспечением, синтезирующим речь (смартфона)	Возможно с некоторыми затруднениями использование мобильного телефона с программным обеспечением, синтезирующим речь (смартфона)

Заключение. В ходе исследования были разработаны критерии оценки активности и участия, факторов окружающей среды у пациентов с глаукомой, необходимые для создания единого профиля функционирования

ния пациентов с глаукомой, усовершенствование проведения медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой путем объективизации принятия экспертного решения, последующего составления индивидуальной программы реабилитации (абилитации) пациента с целью минимизации инвалидизирующих последствий заболевания, устранения или уменьшения барьеров окружающей среды и улучшения качества жизни пациента с глаукомой.

Литература

1. Разумовский, М.И. Состояние инвалидности и медико-социальная экспертиза. Современная офтальмология: руководство / М.И. Разумовский. – 2-е изд.; под ред. В.Ф. Даниличева. – СПб: Питер, 2009. – 556 с.
2. Алексеев, В.Н. Исследование качества жизни больных с первичной открытоугольной глаукомой / В.Н. Алексеев, О.А. Малеванная // Клиническая офтальмология. – 2003. – Т.4, №3. – С.113-115.
3. Смычэк, В.Б. Основы МКФ. – Минск: БГАТУ, 2015. – 432 с.

Внутриорганизационный контроль качества и безопасности медицинской деятельности и национальная система оценки качества медицинской помощи: научные разработки и новеллы правового регулирования

Хейфец Н.Е., Хейфец Е.Н., Солтан М.М., Семёнов А.В., Малахова И.В.

РНПЦ медицинских технологий, информатизации,
управления и экономики здравоохранения, г. Минск, Республика Беларусь

В обновленном в 2021 г. Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» дано определение понятия «качество медицинской помощи», рассматриваемого как совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациента, своевременность оказания медицинской помощи, степень ее соответствия клиническим протоколам (далее – КП) и иным нормативным правовым актам (далее – НПА) в области здравоохранения, а также степень достижения запланированного результата оказания медицинской помощи, введена статья 37 «Оценка качества медицинской помощи и медицинских экспертиз» [1, ст. 1, ст. 37⁴].

Параллельно с принятием обновленного варианта закона и подзаконных НПА, в Республиканском научно-практическом центре медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (далее – РНПЦ МТ) в рамках ГНТП «Научно-техническое обеспечение качества и доступности медицинских услуг», 2021-2025 годы, была выполнена

НИОК(Т)Р «Разработать и внедрить отраслевую систему организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Беларусь» [2], один из этапов которой предусматривал разработку отраслевой системы организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Беларусь.

В ходе научного исследования изучены современные подходы и основные модели управления качеством медицинской помощи; проведен анализ организации и функционирования системы управления качеством медицинской помощи за рубежом и в Республике Беларусь; определены перечни основных направлений (разделов) деятельности организаций здравоохранения (далее – ОЗ) по обеспечению и оценке качества медицинской помощи, включающие основные группы показателей (требования соответствия), содержащие качественные показатели (критерии) медицинской деятельности, а также порядок их оценки; количественные показатели (нормативы), используемые для формирования системы оценки качества медицинской помощи; разработаны проекты инструкций по организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

- в амбулаторно-поликлинических организациях (далее – АПО);
- в больничных организациях (далее – БО);
- при оказании медицинской помощи в условиях отделения дневного пребывания (далее – ОДП);
- в клинической лаборатории;
- в стоматологической поликлинике.

Во всех проектах инструкций [2-4]:

определены:

- основные задачи контроля качества (обеспечение эффективности, доступности, безопасности оказания медицинской помощи в ОЗ; соблюдение объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи в ОЗ; разработка мероприятий по предупреждению, своевременному выявлению и устранению недостатков оказания медицинской помощи, причин и условий, способствующих их возникновению; сокращение случаев оказания медицинской помощи с нарушением требований законодательства к ее оказанию, оказавших негативное влияние на состояние здоровья пациентов и приведших к нерациональному использованию кадровых и материально-технических ресурсов системы здравоохранения; сокращение количества обоснованных обращений граждан и юридических лиц, обусловленных несоответствием качества оказания медицинской помощи требованиям законодательства; разработка организационных, практических и аналитических мероприятий, осуществляемых с целью обеспечения качества оказания медицинской помощи);

- основные принципы контроля качества в ОЗ (законность; коллегиальность; объективность; комплексность; системность; независимость должностных лиц, осуществляющих контроль качества, от должностных

лиц, заинтересованных в его результатах; индивидуальный подход в оценке особенностей и характера течения заболевания у пациента);

- структуры и лица, осуществляющие контроль качества; приводятся;
- базовый перечень направлений (разделов) внутреннего контроля;
- критерии оценки качества медицинской помощи (событийные (смысловые) – критерии оценки качества, отражающие выполнение или невыполнение медицинских услуг, назначение или неназначение лекарственных средств; временные – критерии оценки качества, отражающие своевременность и рациональность выполнения лечебно-диагностических мероприятий; результативные – критерии оценки качества, отражающие эффективность и результативность проведенного лечения при конкретном заболевании);
- градации обобщенных оценок по всем разделам;
- перечень законодательных, нормативных (технических нормативных, далее – ТНПА) правовых актов и локальных актов, регламентирующих качество и безопасность медицинской деятельности при оказании медицинской помощи (в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях ОДП, в клинической лаборатории, в стоматологической поликлинике);
- чек-лист проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (в АПО, БО, в ОДП, в клинической лаборатории, в стоматологической поликлинике) в соответствии с основными направлениями (разделами) по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности (в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях ОДП, в клинической лаборатории, в стоматологической поликлинике);
- чек-лист выполнения требований КП, иных НПА (ТНПА) и локальных актов, регламентирующих оказание медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

По сути, единственным НПА, регулирующим процессы оценки качества медицинской помощи (далее – КМП) и медицинских экспертиз, экспертизы КМП, в настоящее время является постановление Министерства здравоохранения от 21.05.2021 №55 (далее – постановление 55) [5], и работа по созданию отраслевой системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в организациях здравоохранения, в том числе, в их структурных подразделениях и профильных организациях, может строиться исключительно на основе контроля соблюдения и дополнения критериев оценки КМП, экспертизы КМП по условиям оказания медицинской помощи и классам болезней (критерии оценки КМП, экспертизы КМП по классам болезней, приведенные в приложении 2 к постановлению 55 в первоначальной редакции, в новой редакции указанного постановления исключены в связи с дублированием оценки выполнения КП в критериях по условиям оказания медицинской помощи), критериев

оценки качества проведения медицинских экспертиз, установленных данным постановлением.

Вместе с тем, проведенный анализ показывает, что разработанная РНПЦ МТ в рамках научного исследования отраслевая система организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в организациях здравоохранения Республики Беларусь может быть интегрирована в национальную систему оценки КМП в качестве этапа постоянно проводимого (не только в случаях и с периодичностью, установленных постановлением 55) внутреннего (внутриорганизационного) контроля качества и безопасности медицинской деятельности (внутриорганизационной оценки (самооценки) КМП и медицинских экспертиз), тем более, что в постановлении 55 выделен этап оценки КМП и медицинских экспертиз на первичном уровне – в организации здравоохранения, определены структуры и должностные лица (врачебно-консультационные комиссии; заместители руководителей ОЗ; руководители структурных подразделений ОЗ), проводящие эту работу.

Научные разработки РНПЦ МТ прошли практическую апробацию в рамках пилотного проекта, реализованного в 2022 г. на базе ОЗ, определенных приказом Министерства здравоохранения от 19.05.2022 №671 «О реализации пилотного проекта по внедрению методов оценки качества и безопасности медицинской деятельности» (далее – приказ 671) [6].

Приказом 671 для целей реализации пилотного проекта:

- утвержден метод оценки качества и безопасности медицинской помощи в АПО, в БО, при оказании медицинской помощи в условиях ОДП, в клинической лаборатории, в стоматологической поликлинике, предназначенный для врачей-экспертов, руководителей (заместителей руководителя, председателей ВКК, заведующих структурными подразделениями) организаций здравоохранения, отделов оценки качества медицинской помощи МРЭК, осуществляющих оценку КМП;

- установлены дополнительные (по отношению к утвержденным постановлением 55 критериям оценки КМП, экспертизы КМП по условиям оказания медицинской помощи) критерии оценки качества и безопасности медицинской помощи в АПО; в БО; при оказании медицинской помощи в условиях ОДП; в клинической лаборатории; в стоматологической поликлинике.

Перечень дополнительных критериев сформирован, в том числе, с учетом предложений РНПЦ МТ.

Приказом Министерства здравоохранения от 20.05.2022 г. №684 «Об утверждении структуры отраслевой системы организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (далее – приказ 684) [7] утверждена отраслевая (ведомственная) система организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Следует отметить, что реализуется схема, отличная от предложенной РНПЦ МТ: вместо внутриорганизационного контроля качества и без-

опасности медицинской деятельности конкретной организации здравоохранения, осуществляемого постоянно силами определенных структур и сотрудников этой ОЗ, утверждена трехуровневая (республиканский, областной и первичный – уровень организации здравоохранения) многокомпонентная (контроль за качеством медицинской помощи, медицинских экспертиз, осуществляемый при оказании медицинской помощи в соответствии с законодательством о контрольной (надзорной) деятельности; медицинская аккредитация государственных организаций здравоохранения; экспертиза КМП; оценка КМП и медицинских экспертиз; лицензирование медицинской деятельности, фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров; клинико-экономическая (фармакоэкономическая) экспертиза; государственный контроль за производством, хранением, реализацией и качеством изделий медицинского назначения и медицинской техники; контроль качества лекарственных средств при их промышленном производстве, аптечном изготовлении, реализации, хранении, транспортировке, медицинском применении) система организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в масштабах отрасли при прохождении различных указанных выше процедур и с привлечением определенных различными НПА структур и лиц.

Вместе с тем, в приказе 684, как и в других регулирующих данную сферу нормативных правовых и локальных актах, отдельно выделен первичный уровень – уровень ОЗ, что подчеркивает его значимость, поскольку только при рационально организованной работе на этом уровне возможна реализация концепции всеобщего менеджмента качества, заключающейся не в оценке и контроле КМП и реагировании на ошибки, а в непрерывном управлении с постоянным улучшением КМП, базирующемся на пациенто-ориентированном, системном, структурном, процессном, результативном и организационно-управленческом подходах.

По результатам реализации пилотного проекта принято постановление Министерства здравоохранения от 23.01.2023 №13 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 мая 2021 г. №55» [8], которым внесены изменения в Инструкции о порядке проведения экспертизы КМП, оценки КМП и медицинских экспертиз, а также в новой редакции изложены критерии, по которым проводятся оценка и экспертиза КМП.

Критерии оценки КМП по условиям оказания медицинской помощи приведены в соответствии с принятыми после вступления в силу обновленного варианта закона «О здравоохранении» НПА (ТНПА). Предусмотрены разделы для комплексной оценки работы как ОЗ в целом, так и ее отдельных структурных подразделений.

Определены четкие показатели для оценки кадрового обеспечения ОЗ, предусмотрены критерии для оценки организации безопасных условий работы клиникских лабораторий, дополнительно включены содержащиеся в проектах инструкций по организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, разработанных РНПЦ МТ в ходе выполнения НИОК(Т)Р, критерии организации медицинской помощи, ухода за пациентами, идентификации пациентов, существенно дополнены критерии для оценки оказания медицинской помощи службой скорой медицинской помощи.

Внесенные изменения направлены на повышение качества и безопасности оказываемой медицинской помощи, обеспечение безопасности пациентов при ее оказании, повышение конкурентоспособности отечественных организаций здравоохранения.

Литература

1. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-ХП // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

2. Разработать и внедрить отраслевую систему организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Беларусь: отчет о НИР (заключ.) / РНПЦ МТ; рук. темы И.В. Малахова. – Минск, 2021. – 401 с. – №ГР 20211162.

3. Основные направления внутриорганизационного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Беларусь: научные разработки и практика / Н.Е. Хейфец [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2022. – №2, (111). – С.32-43.

4. Разработка системы внутриорганизационного контроля качества и безопасности медицинской помощи в Республике Беларусь / Н.Е. Хейфец [и др.] // БГМУ в авангарде медицинской науки и практики / Министерство здравоохранения Респ. Беларусь, Бел. гос. мед. ун-т; под ред. С.П. Рубниковича, В.А. Филонюка. – Минск: ИВЦ Минфина, 2022. – С.397-404.

5. Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 21 мая 2021 г., №55 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

6. О реализации пилотного проекта по внедрению методов оценки качества и безопасности медицинской деятельности: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 19 мая 2022 г., №671 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

7. Об утверждении структуры отраслевой системы организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 20 мая 2022 г., №684 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

8. Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 мая 2021 г. №55 [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 23 янв. 2023 г., №13 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в клинической лаборатории: внедрение результатов научных исследований

Хейфец Е.Н., Хейфец Н.Е., Солтан М.М., Малахова И.В.

РНПЦ медицинских технологий, информатизации,
управления и экономики здравоохранения, г. Минск, Республика Беларусь

Клиническая лаборатория – организация здравоохранения (далее – ОЗ) или структурное подразделение ОЗ, проводящее биологические, микробиологические, иммунологические, химические, иммуногематологические, гематологические, биофизические, цитологические, патологические и другие исследования с целью предоставления информации для диагностики, профилактики и лечения заболеваний либо оценки состояния здоровья пациентов, которое может предоставлять консультативную помощь по всем аспектам лабораторных исследований, включая интерпретацию результатов, а также рекомендации по дальнейшему проведению необходимых исследований [1].

По мнению Всемирной организации здравоохранения, лабораторные услуги являются существенным и основополагающим компонентом всех систем здравоохранения. Во многих случаях выбор метода лечения в значительной степени зависит от данных лабораторных диагностических исследований, а также – на момент вспышки заболевания или других значимых событий в области общественного здравоохранения – клинические лаборатории играют ключевую роль в исследованиях общественного здоровья и выборе механизмов реагирования [2].

В связи с широким использованием результатов диагностических исследований в клинической практике, необходимо постоянно осуществлять комплекс мероприятий по совершенствованию управления качеством диагностических исследований.

В ходе выполнения Республиканским научно-практическим центром медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (далее – РНПЦ МТ) в рамках ГНТП «Научно-техническое обеспечение качества и доступности медицинских услуг», 2021-2025 гг., НИОК(Т)Р «Разработать и внедрить отраслевую систему организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Беларусь» разработан, среди прочих, проект Инструкции по организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в клинической лаборатории [3-5].

В проекте Инструкции:

– установлено, что оценка качества лабораторных исследований проводится на всех этапах получения (производства) результатов анализов:

преаналитическом внелабораторном; преаналитическом лабораторном; аналитическом лабораторном; постаналитическом;

– определены основные направления (разделы) внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в клинической лаборатории ОЗ:

- управление персоналом;
- управление (обеспечение) ресурсами;
- производственная среда и безопасность;
- управление информацией и информационной безопасностью;
- осуществление лабораторных исследований;
- доступность оказания лабораторно-диагностических услуг;
- организация работы с обращениями граждан и юридических лиц;
- организация работы по осуществлению административных процедур и борьбе с коррупцией;
- оценка удовлетворенности потребителей лабораторно-диагностических услуг и медицинского персонала.

По каждому направлению определена группа показателей, по каждой группе показателей установлены критерии оценки качества медицинской деятельности в клинической лаборатории.

Очевидно, что ряд направлений внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности характерен для всех структурных подразделений ОЗ, в то же время, выделены направления, специфические для клинических лабораторий.

В первоначальной редакции единственного нормативного правового акта (далее – НПА), регулирующего в настоящее время процессы оценки качества медицинской помощи (далее – КМП) и медицинских экспертиз, экспертизы КМП, – постановления Министерства здравоохранения от 21.05.2021 №55 (далее – постановление 55) [6] – среди критериев оценки КМП, экспертизы КМП по условиям оказания медицинской помощи отсутствовали специфические для клинической лаборатории критерии, и клиническая лаборатория вообще не была выделена в составе структурных подразделений ОЗ.

В 2022 г. на базе ОЗ, определенных приказом Министерства здравоохранения от 19.05.2022 №671 «О реализации пилотного проекта по внедрению методов оценки качества и безопасности медицинской деятельности» (далее – приказ 671) [7], был реализован пилотный проект, в ходе которого прошли практическую апробацию, в том числе, предложения РНПЦ МТ, сформулированные по результатам научного исследования [3].

Приказом 671 для целей реализации пилотного проекта установлены дополнительные (по отношению к утвержденным постановлением 55 критериям оценки КМП, экспертизы КМП по условиям оказания медицинской

помощи) критерии оценки качества и безопасности медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической организации; в больничной организации; при оказании медицинской помощи в условиях отделения дневного пребывания; в клинической лаборатории; в стоматологической поликлинике.

В частности, дополнительные критерии оценки качества и безопасности медицинской помощи в клинической лаборатории включали три группы показателей:

- кадровое обеспечение (2 критерия: соответствие нагрузки рекомендуемым штатным нормативам и потребностям ОЗ; лица, занимающие должность врача клинической лабораторной диагностики и заведующего лабораторией, соответствуют требованиям, установленным НПА);

- материально-техническая база (7 критериев: осуществляется калибровка аналитических систем с использованием калибраторов и контрольных материалов, обеспечивающих прослеживаемость измерений; доступность инструкций и руководств для пользователей; планирование и учет реагентов и расходных материалов для обеспечения достаточности, качества, бесперебойности поставок; обеспечение реагентами и расходными материалами; осуществляется контроль технического состояния оборудования; осуществляется периодическое техническое обслуживание; осуществляется техническое обслуживание с периодическим контролем);

- обеспечение биологической безопасности (3 критерия: обеспечение безопасности при работе с биологическим материалом: достаточность и реализация программы производственного контроля; использование средств индивидуальной защиты; регистрация инцидентов и несчастных случаев).

По результатам реализации пилотного проекта принято постановление Министерства здравоохранения от 23.01.2023 г. №13 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 мая 2021 г. №55» [8], которым внесены изменения в Инструкции о порядке проведения экспертизы КМП, оценки КМП и медицинских экспертиз, а также в новой редакции изложены критерии, по которым проводятся оценка и экспертиза КМП.

Критерии оценки КМП по условиям оказания медицинской помощи приведены в соответствии с принятыми после вступления в силу обновленного варианта закона «О здравоохранении» НПА. Предусмотрены разделы для комплексной оценки работы как ОЗ в целом, так и ее отдельных структурных подразделений, среди которых впервые выделена непосредственно клиническая лаборатория.

Среди критериев оценки КМП, экспертизы КМП по условиям оказания медицинской помощи дополнительно введены:

в разделе I – оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях:

организацией здравоохранения:

лечебно-диагностическая деятельность:

- организовано проведение преаналитического этапа лабораторной диагностики вне организации здравоохранения (пункт 8.20);

- наличие локального правового акта, утверждающего перечень экстренных лабораторных исследований с установленными минимальными и максимальными сроками их проведения (пункт 8.34);

структурным подразделением ОЗ:

общие вопросы:

- соблюдение требований эксплуатационных документов (в том числе паспорт, инструкция, руководство по эксплуатации) изготовителя используемой медицинской техники (пункт 10.13);

- осуществляется внутрилабораторный контроль качества лабораторных исследований с использованием контрольных материалов (пункт 10.14);

- обеспечение реагентами и расходными материалами в соответствии с перечнем проводимых исследований согласно паспорту лаборатории (пункт 10.15);

- обеспечение и постоянный контроль условий хранения реагентов и расходных материалов в соответствии с требованиями производителя (пункт 10.16);

- обеспечена своевременная государственная поверка средств измерений (пункт 10.17);

- обеспечено своевременное техническое обслуживание медицинской техники (пункт 10.18);

- обеспечен своевременный ремонт медицинской техники (пункт 10.19);

врачом клинической лабораторной диагностики:

общие вопросы:

- соблюдение техники безопасности при эксплуатации медицинской техники (пункт 21.3);

- проведение внутрилабораторного контроля качества лабораторных исследований (пункт 21.5);

- оформление медицинских документов:

- обеспечено оформление результатов внутрилабораторного контроля качества лабораторных исследований (пункт 22.3);

в разделе II – оказание медицинской помощи в стационарных условиях:

организацией здравоохранения:

материально-техническое обеспечение:

- обеспечено своевременное техническое обслуживание медицинской техники (пункт 35.3);

- обеспечен своевременный ремонт медицинской техники (пункт 35.4);

лечебно-диагностическая деятельность:

- наличие локального правового акта, утверждающего перечень экстренных лабораторных исследований с установленными минимальными и максимальными сроками их проведения (пункт 37.16);

структурным подразделением ОЗ:

общие вопросы:

- осуществляется внутрилабораторный контроль качества лабораторных исследований с использованием контрольных материалов (пункт 41.14);

- обеспечение клинической лаборатории реагентами и расходными материалами в соответствии с применяемыми методами исследования (пункт 41.15);

- обеспечение постоянного контроля условий хранения реагентов и расходных материалов в клинической лаборатории в соответствии с требованиями производителя (пункт 41.16);

- обеспечена своевременная государственная поверка средств измерений (пункт 41.17);

- обеспечено своевременное техническое обслуживание медицинской техники (пункт 41.18);

- обеспечен своевременный ремонт медицинской техники (пункт 41.19);

лечебно-диагностическая деятельность:

- соблюдение требований эксплуатационных документов (в том числе паспорт, инструкция, руководство по эксплуатации) изготовителя используемой медицинской техники (пункт 42.10);

врачом клинической лабораторной диагностики:

общие вопросы:

- соблюдение техники безопасности при эксплуатации медицинской техники (пункт 50.3);

- проведение внутрилабораторного контроля качества в соответствии с нормативными правовыми актами и рекомендациями производителей тест-систем и аналитического оборудования (пункт 50.5);

оформление медицинских документов:

- обеспечено оформление результатов внутрилабораторного контроля качества лабораторных исследований (пункт 51.3).

Таким образом, результаты научной деятельности РНПЦ МТ по разработке методологии организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в клинической лаборатории внедрены в практику отечественного здравоохранения.

Литература

1. Хьюисман, В. Преимущества применения стандарта ISO 15189 в лабораторной практике в Европе [Электронный ресурс] / В. Хьюисман // Сайт научно-практического общества специалистов лабораторной медицины. – 2013. – Режим доступа: <http://www.abmedicina.ru/files/1%20NacDni2013%20Prezentatii/1.pdf>. – Дата доступа: 07.05.2023.

2. Инструмент для оценки качества лабораторий [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – 2012. – Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87135/WHO_HSE_GCR_LYO_2012.2_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y. – Дата доступа: 07.05.2023.

3. Разработать и внедрить отраслевую систему организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Беларусь: отчет о НИР (заключ.) / РНПЦ МТ; рук. темы И.В. Малахова. – Минск, 2021. – 401 с. – №ГР 20211162.

4. Основные направления внутриорганизационного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Беларусь: научные разработки и практика / Н.Е. Хейфец [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2022. – №2 (111). – С.32-43.

5. Разработка системы внутриорганизационного контроля качества и безопасности медицинской помощи в Республике Беларусь / Н.Е. Хейфец [и др.] // БГМУ в авангарде медицинской науки и практики / Министерство здравоохранения Респ. Беларусь, Бел. гос. мед. ун-т; под ред. С.П. Рубникова, В.А. Филонюка. – Минск: ИВЦ Минфина, 2022. – С.397-404.

6. Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 21 мая 2021 г., №55 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

7. О реализации пилотного проекта по внедрению методов оценки качества и безопасности медицинской деятельности: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 19 мая 2022 г., №671 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

8. Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 мая 2021 г. №55 [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 23 янв. 2023 г., №13 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

II. ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

Оценка эффективности реабилитации методом кинезиологического тейпирования пациентов после пневмонии, ассоциированной с COVID-19, по паттерну дыхания с использованием «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья»

Азаренок М.К., Оленская Т.Л., Николаева А.Г.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский
университет», г. Витебск, Республика Беларусь
УЗ «Витебская городская клиническая больница №1»,
г. Витебск, Республика Беларусь
Городской центр гипобарической терапии и бароклиматической адаптации,
г. Витебск, Республика Беларусь

Одышка после перенесенной пневмонии, вызванной вирусом SARS-CoV-2, является одной из самых распространенных жалоб пациентов и может сохраняться длительное время после выздоровления от острой инфекции.

В последние годы отношение к оценке одышки существенно изменилось. Так, Американским торакальным сообществом (ATS) введена шкала многомерного профиля одышки (Multidimensional Dyspnea Profile) [1], который состоит из нескольких доменов: аффективной оценки одышки, основанной на перцепции, включающей оценку пяти сенсорных качеств, и эмоциональной оценки одышки, основанной на эмоциональном преломлении сенсорной перцепции органами чувств. Чучалиным А.Г. на основании опыта работы Российского респираторного общества [2] добавлен домен оценки качества жизни.

Таким образом, одышка является сложным нейробиологическим процессом, контролируемым как на сознательном, так и бессознательном уровне, состоящим из большого числа факторов, которые необходимо учитывать при клиническом разборе пациента. Так как SARS-CoV-2 непосредственно или опосредованно влияет на передачу афферентных сигналов [3], мы будем иметь самый различный «язык одышки» у данной категории пациентов. Самым ярким подтверждением данного тезиса является синдром «тихой гипоксии» – несоответствие между потребностями газообмена и уровнем сенсорного отклика, наблюдаемый при течении инфекции COVID-19. Следовательно, к оценке одышки у этих пациентов необходимо

подходить комплексно, оценивая многие параметры, такие как частоту дыхательных движений, участие в дыхании вспомогательных мышц, варианты парадоксального дыхания, измерение экскурсии грудной клетки, определение вегетативного дисбаланса, психоэмоционального состояния пациента, изменение характера дыхания при выполнении физической нагрузки.

Цель исследования. Целью исследования является оценка эффективности реабилитации методом кинезиологического тейпирования пациентов, перенесших коронавирусную пневмонию и сохраняющих жалобы на одышку.

Материалы и методы. В группу исследования вошло 58 человек в возрасте от 22 до 72 лет, средний возраст составил 53 года. 40 женщин (69%) и 18 мужчин (31%). Все пациенты перенесли коронавирусную пневмонию, подтвержденную согласно критериям, и выражали беспокойство по поводу продолжающейся одышки, ранее (до заболевания) не наблюдавшейся. Рентгенологических и физикальных данных за продолжающийся патологический процесс не было выявлено. Давность перенесенного заболевания варьировала от 21 дня до 13 месяцев. Все пациенты подписали информированное добровольное согласие на участие в эксперименте, сбор и обработку данных (протокол Этической комиссии ВГМУ №4 от 2021г.). Реабилитация пациентов проводилась путем апплицирования кинезиотейпа (ООО «Галтеяфарм») на проекцию заднего свода диафрагмы с переобучением методике «дыхания в тейп». Кратность – 3 аппликации в месяц с интервалом в одну неделю [4]. Ежедневно два раза в день пациенты выполняли дыхательные упражнения с акцентом на диафрагмальное дыхание и осуществляли пешие прогулки на расстояние до 1 км.

С целью унификации методов исследования и интерпретации полученных данных для оценки паттерна дыхания была применена «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (далее – МКФ) в части домена b (функции организма) и домена d (активность и участие). Так, к b4400.1 (темп дыхания) мы отнесли пациентов с частотой дыхательных движений (далее – ЧДД) 18-20, b4400.2 – 21-23, b4400.3 – 24-29. С ЧДД больше 29 дыхательных движений в минуту пациентов не было. ЧДД определяли в спокойном положении пациента, сидя, с помощью секундомера на протяжении 30 секунд двукратно. Нарушений по ритму дыхания не зарегистрировано – b4401.0. Глубину вдоха b4402 определяли по данным измерения экскурсии грудной клетки (больше 6 см у мужчин и 3 см у женщин – b4402.0). 4,0-5,9 см у мужчин и 2,5-2,9 у женщин – b4402.1, 2,0-3,9 см у мужчин и 2,0-2,4 у женщин – b4402.2, 0,5-1,9 см – b4402.3, меньше 0,5 см – b4402.4. Функцию дыхательной системы (b449) определяли по пробе Штанге. Проба Штанге для мужчин считается отличной больше 60 с, для женщин – больше 50 с (b449.0); b449.1 – 50-59 с мужчины, 40 – 49 с женщины; b449.2 – 35-49 с мужчины,

30-39 с – женщины. Неудовлетворительной считается проба Штанге ниже 35 с для мужчин, для женщин — ниже 30 с (b449.3); b449.4 – проба Штанге меньше 15 с. Аэробный резерв (b4551) пациентов определяли по модифицированной шкале одышки Борга, где отсутствие жалоб – b4551.0, одышка 1-3 балла – b4551.1, 4-6 баллов – b4551.2, 7-8 баллов – b4551.3, 9 баллов и выше – b4551.4. Утомляемость (b4552) определяли по опроснику EQ-5Dv ответе на вопрос: «Трудно ли Вам выполнять свои повседневные дела?». Ответы: «Нет» – b4552.0, «Да» – b4552.1, «Не могу» – b4552.2.

С использованием домена d оценивалась ходьба на короткие расстояния (d4500) при ответе на вопрос «Испытываете ли Вы затруднения при ходьбе?» EQ-5D опросника. Ответы: «Нет» – d4500.00, «Да» – d4500.10, «Не могу» – d4500.20. При ответе на вопрос: «Трудно ли Вам умыться и одеться?» оценивали «мытьё частей тела» (d5100). Ответы: «Нет» – d5100.00, «Да» – d45100.10, «Не могу» – d5100.20.

Все полученные данные были проанализированы с использованием статистических методов (STATISTICA 10).

Результаты. По итогам проведенной реабилитации получены статистически значимые результаты по практически всем исследуемым параметрам. Обобщенный результат по МКФ представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты реабилитации в кодах МКФ

Исследуемый параметр	Код до реабилитации	Код после реабилитации
Темп дыхания	b4400.1	b4400.0
Глубина вдоха	b4402.2	b4402.1
Проба Штанге	b449.3	b449.2
Аэробный резерв	b4551.2	b4551.1
Утомляемость	b4552.0	b4552.0
Ходьба	d4500.10	d4500.00
Самообслуживание	d5100.00	d5100.00

При проведении анализа с помощью ранговых корреляций Спирмена выявлена зависимость одышки пациентов, перенесших коронавирусную пневмонию, от следующих параметров:

1. глубины дыхания – чем более поверхностное дыхание, тем больше ЧДД;
2. утомляемости – прямая пропорциональная связь;
3. снижения способности к передвижению (мы оценивали возможность ходьбы на небольшие расстояния).

Для оценки эффективности реабилитации был использован непара-

метрический анализ данных для парных групп с помощью критерия Уилкоксона. Полученные результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Оценка эффективности реабилитации

Сравниваемые параметры	p
ЧДД до и после	0,000106**
Глубина дыхания до и после	0,000001**
Проба Штанге до и после	0,000001**
Одышка до и после	0,000000**
Утомляемость до и после	0,002093*
Проблемы с ходьбой до и после	0,000982**

Примечание: ** результат достоверен в 98% доверительном интервале;

* результат достоверен в 95% доверительном интервале.

Выводы:

1. Предложенная методика восстановительного лечения пациентов после пневмонии, ассоциированной с COVID-19, является эффективной и может быть использована для уменьшения выраженности одышки у данных пациентов.

2. Применение «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» позволяет более четко выявить результаты проведенной реабилитации по улучшению жизнедеятельности каждого отдельного индивидуума и всей группы в целом.

3. «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» является удобным инструментом для выявления всей совокупности факторов, влияющих на процесс медико-социальной реабилитации пациента.

Литература

1. Banzett, Robert B. Multidimensional Dyspnea Profile: an instrument for clinical and laboratory research / Robert B. Banzett, Carl R. O'Donnel, Tegan E. Guilfoyle // Eur Respir J. – 2015. – № 45. – С.1681-1691.
2. Чучалин, А.Г. Одышка: актуальные проблемы современной медицины / А. Г. Чучалин //Терапевтический архив. – 2022. – № 94(3). – С.367-371.
3. Proal, Amy D. Long COVID or Post-acute Sequelae of COVID-19 (PASC): An Overview of Biological Factors That May Contribute to Persistent Symptoms / Amy D. Proal, Michael B. VanElzakker // Frontiers in Microbiology. – June 2021. – Vol. 12. – Art. 698169.
4. Компоненты медицинской реабилитации после перенесенной пневмонии COVID-19 на амбулаторном этапе: акцент на постковидный синдром. Пособие для врачей / Т.Л. Оленская [и др.]; Витебск: ВГМУ. – Келла-Студия, 2022. – 76 с.

Мультидисциплинарный подход в нейропсихологической реабилитации пациентов

Барбарчик К.Д., Бондарева Е.А., Богданович О.М.,
Дервянко А.В., Мыц А.С.

УЗ «Минский областной центр медицинской реабилитации «Загорье»,
Минская область, Республика Беларусь

Нейропсихологическая реабилитация в системе медицинской реабилитации, медицинской абилитации пациентов включает:

- выявление среди пациентов лиц с нарушениями высших психических функций (далее – ВПФ);
- установление структуры и степени нарушения ВПФ, составление нейропсихологического заключения;
- обсуждение с пациентом реабилитационных целей с учетом его запроса;
- составление индивидуальной программы медицинской реабилитации, медицинской абилитации пациента (далее – ИПМРАП) в части восстановления ВПФ;
- взаимодействие со специалистами мультидисциплинарной реабилитационной бригады (далее – МБД) для обсуждения и корректировки реабилитационных целей, выполнения ИПМРАП;
- создание условий, максимально ориентированных на восстановление ВПФ в период пребывания в реабилитационном стационаре и после выписки;
- обучение родственников коррекционным методам и приемам с целью создания условий для пациента по месту проживания.

Применение нейропсихологических методов диагностики позволяет верифицировать у пациентов не только нарушения в эмоционально-волевой сфере, но и когнитивные нарушения. В том случае, если нейропсихологическое тестирование подтверждает наличие когнитивных нарушений, следует оценить их тяжесть. При этом помимо количественных показателей скрининговых шкал следует учитывать влияние когнитивных расстройств на повседневную жизнь.

Для оценки влияния когнитивных нарушений на повседневную активность следует определить, продолжает ли пациент свою профессиональную деятельность, способен ли он самостоятельно выполнять финансовые операции, пользоваться бытовой техникой, выполнять работу по дому, обслуживать себя и т.д.

Роль МБД в нейропсихологической реабилитации пациента отражена на примере.

Пациент Е., 25 лет, инвалид 1 группы, с диагнозом аутоиммунный энцефалит на фоне церебрального васкулита с множественными инфарктами головного мозга (обширный очаг ишемии в затылочной доле и стволе головного мозга слева при тромбозе задней мозговой артерии) от 12.10.2021 с псевдобульбарным синдромом, пlegией правой руки, резко выраженным парезом правой ноги, сложным гиперкинетическим синдромом преимущественно в левых конечностях, психоорганическим синдромом, однократными серийными генерализованными эпилептическими приступами. Поздний восстановительный период. Сопутствующий диагноз: органическое расстройство вследствие симптоматического органического поражения головного мозга с выраженными когнитивными нарушениями и эпизодами возбуждения. Привычный двусторонний вывих нижней челюсти (вправлен).

Пациент предъявлял жалобы на головокружение, невозможность держать голову, слабость правых конечностей, трудность при глотании, частые поперхивания, нарушение речи, снижение памяти, снижение настроения, беспокойный ночной сон. При поступлении соматически был компенсирован.

Психический статус: в собственной личности и месте пребывания полностью ориентирован, во времени ориентирован частично. Критика к своей деятельности и к своему состоянию снижена, поведение упорядоченное. Цель заданий понимает частично, некоторые задания необходимо разъяснять дополнительно. Ведущая рука – правая. Толерантность по времени к когнитивным нагрузкам составляет 15-20 минут.

Нейропсихологическое обследование проведено с помощью методик: MMSE-21, FAB-11, методика «Запоминание 10 слов» 2-2-4-3-3/0, методика «Описание сюжетной картины», методика «Сравнение понятий», тест «Рисование часов» – 46, счет по Крепелину, методика «Исключение предметов», тест на речевую активность – 2 слова на «л», 5 – названий животных.

Дополнительно в диагностическую программу внесены пробы: кулак-ребро-ладонь, «Заборчик», рисование геометрических фигур и предметов.

В ходе обследования выявлено наличие снижения работоспособности, повышенной истощаемости и утомляемости. Удержание внимания в течение 10-15 минут приводит к заметному снижению эффективности и грубым ошибкам, которые пациент самостоятельно скорректировать не может.

Слухоречевая память снижена и характеризуется низким объемом запоминания при предъявлении стимулов, медленным подъемом «кривой запоминания» с последующим ее спадом на фоне утомления (с 4 до 2 слов); в тесте MMSE объем оперативной слухоречевой памяти 3 (3), при повторном отсроченном воспроизведении 0 (3). Зрительная память харак-

теризуется снижением объема запоминания, отсутствием возможности запоминания мелких деталей, пространственными ошибками.

Зрительное восприятие отличается нестойкостью перцептивных образов, имеющих сложную пространственную организацию (цифры, буквы). Копирование изображений с грубыми метрическими ошибками.

Чтение сохранено, доступно понимание содержания рассказа, темп чтения замедлен. Речь грамматически правильная, снижена категориальная, литеральная беглость речи. Произношение затруднено ввиду дизартрии. Доступно самостоятельное письмо и письмо под диктовку.

При исследовании мышления в соответствии с методикой «Описание сюжетной картины» пациент выделяет только главные детали. В методике «Сравнение понятий» пациент испытывает затруднения в подборе обобщающих слов. В методике «Исключение предметов» (4-ый лишний) пациент выполняет легкие задания, над сложными долго думает, не всегда находит ответ, несравнимые карточки вызывают затруднения и отказ.

Счетные операции с двузначными числами доступны. Наблюдается пространственная апраксия.

Таким образом, по результатам расширенной психологической диагностики на первый план выступают нарушения зрительно-пространственного гнозиса, протекающего на фоне значительного колебания уровня работоспособности, нарушения слухоречевой и зрительной памяти, нарушения праксиса.

С учетом проведенной нейропсихологической диагностики составлена ИПМРАП с целью восстановления ВПФ. Поставлены следующие задачи:

- содействие осознания пациентом имеющихся нарушений;
- тренировка произвольного внимания (в слуховой и зрительной модальности с последующим повышением уровня сложности задания);
- повышение произвольности при запоминании (фиксация внимания на моменте запечатления информации), дробление запоминаемой информации;
- коррекция зрительного восприятия;
- закрепление умения следовать программе-алгоритму с опорой на речь;
- формирование правильных представлений о схеме тела, отработка техники письма левой рукой;
- обучение самостоятельной проверке выполненного задания.

Для достижения поставленных целей восстановления ВПФ осуществлялось взаимодействие со специалистами мультидисциплинарной бригады.

Врачом-неврологом с целью прямого и опосредованного влияния на ВПФ назначена медикаментозная коррекция из следующих групп препаратов: миорелаксант центрального действия (баклофен), антидепрессант ин-

гибитор СИОЗ (пароксетин), нейрометаболическое лекарственное средство (цитиколин), транквилизатор (тофизопам), противосудорожное средство (прегабалин).

Для отработки навыков самообслуживания и передвижения членам МБД во главе с инструктором методистом физической реабилитации по эрготерапии необходимо было преодолеть страх отказа пациента от фиксирующих шею устройств. В дальнейшем, согласно сформированным целям, проводилось обучение пациента активному удержанию головы в положении лежа и сидя, перемещению в кровати (повороты на правый и левый бок), положению сидя в кровати со спущенными ногами, удержанию позы в положении сидя, перемещению из положения сидя в кровати в кресло-каталку. Дополнительно отрабатывались практические навыки с родственниками.

С целью коррекции умеренной псевдобульбарной дизартрии, лёгкой дисфонии в состав МБД включен учитель-дефектолог. Реабилитационные цели и задачи дополнены следующими пунктами: формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи, преодоление гипертонуса мимической и артикуляционной мускулатуры, развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата, нормализация речевого дыхания и фонетической окраски звуков, развитие контроля над произносительной стороной речи, полное восстановление функции глотания.

С этой целью в индивидуальную программу медицинской реабилитации, медицинской абилитации включены: комплекс упражнений для нормализации тонуса мышц глотки и мягкого нёба, логопедический массаж, оральная криотерапия. Включение в ИПМРАП мелодиковосстановительной терапии дополнительно позволило скорректировать психологические нарушения в эмоциональной сфере, повысить мотивацию пациента.

Как неотъемлемый компонент ИПМРАП осуществлялось взаимодействие с родственниками пациента.

Таким образом, на фоне проведенного курса медицинской реабилитации у пациента отмечалась положительная динамика в познавательной сфере (увеличение баллов по MMSE с 20 до 25, по FAB с 11 до 14), увеличилась работоспособность, скорость психомоторных реакций, объём кратковременной памяти, устойчивость и концентрация внимания. В эмоционально-волевой сфере наблюдался регресс тревожной симптоматики, улучшение самоконтроля.

Пациент достиг улучшения качества речи, восстановил глотание, имел значительный положительный эффект по другим речевым моторным функциям. При выписке пациент самостоятельно держал голову в положении лежа и сидя, поворачивался на правый и левый бок, сидел с минимальной опорой, пересаживался с помощью сопровождающего в кресло-каталку. Наблюдалось повышение трудовой и гигиенической независимо-

сти пациента. Увеличение двигательной активности пациента способствовало более быстрому достижению поставленных целей нейропсихологической реабилитации.

Таким образом, у пациента отмечалось улучшение психической и статодинамической функций, функции хвата и удержания кисти, функции голоса и речи.

По базовым категориям ограничений жизнедеятельности улучшилась способность к общению (снижение на 1 ФК), способность к ориентации (снижение на 1 ФК), способность контролировать свое поведение (снижение на 1 ФК). Достигнуто незначительное улучшение (снижение в пределах ФК) способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию.

Каждый члены МБД, имея свою область компетенции, путем взаимодействия разработали и выполнили оптимальную ИПМРАП с учетом индивидуальных особенностей и потребностей пациента, обеспечили максимально эффективный результат в восстановлении ВПФ.

Литература

1. Баулина, М.Е. Нейропсихология: учебник для вузов / М.Е. Баулина. – М.: Издательство ВЛАДОС, 2020. – 391 с.
2. Визель, Т.Г. Основы нейропсихологии. Теория и практика. 2-е издание, переработанное, расширенное / Визель Т.Г. – Москва: Издательство АСТ, 2021. – 544 с.
3. Захаров, В.В., Нервно-психические нарушения: диагностические тесты / В.В. Захаров, Т.Г. Вознесенская; под общ. ред. акад. РАН Яхно Н.Н. – 7-е изд. Москва: МЕДпресс-информ, 2022. – 320 с.
4. Лаврова, Е.В. Нарушения голоса: диагностика, коррекция, профилактика: учебно-методическое пособие / Е.В. Лаврова, Д.В. Уклонская, О.Д. Минаева. – М.: ЛОГОМАГ, 2022. – 148 с.
5. Левин, О.С. Диагностика и лечение когнитивных нарушений и деменции в клинической практике / О.С. Левин. – 2-е изд. – М. МЕДпресс-информ, 2021. – 488 с.
6. Мальцева, М.Н. Эрготерапия в реабилитации неврологических пациентов / М.Н. Мальцева [и др.] // Consilium Medicum. – 2016.
7. Петрова, Н.Н., Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 192 с.
8. Фролова, Ю.Г. Психологическая диагностика в клинике: учебное пособие / Ю.Г. Фролова [и др.]; под ред. Ю.Г. Фроловой. – Минск: Вышэйшая школа, 2017. – 191 с.
9. Щербакова, М.М. Когнитивные нарушения и их реабилитация в неврологической клинике (психологический подход) / М.М. Щербакова. – М.В. Секачев, 2021. – 228 с.
10. Юсов, И.Е. Дизартрия. Апраксия. Дисфагия: методическое пособие / И.Е. Юсов, Е.Б. Познырева. – 2-е изд., испр. М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2021. – 104 с.
11. Ansdell, G., & Pavlicevic, M. (Eds.). (2004). Community music therapy. Jessica Kingsley Publishers
12. Bruscia, K. E. (1998). Defining music therapy. Barcelona Publishers.

13. Grocke, D., & Wigram, T. (Eds.). (2007). Receptive methods in music therapy: Techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students. Jessica Kingsley Publishers.

Особенности разработки индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

Бодрова Р.А., Аухадеев Э.И., Иксанов Х.В., Ацель Е.А.

Казанская государственная медицинская академия - филиал ФГБОУ ДПО
РМАНПО Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Казань, Российская Федерация

В Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ) термины «нарушения», «ограничения жизнедеятельности» и «социальная недостаточность», используемые в Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (далее – МКН) 1989 года, имеют несколько иную интерпретацию и к ним имеются дополнения [4].

МКФ базируется на более тесной интеграции двух (медицинской и социальной) моделей. Для объединения различных сторон функционирования больного человека или инвалида более широко и глубоко используется биопсихосоциальный подход. МКФ пытается достичь более полной согласованности взглядов на различные стороны здоровья и болезни: с биологических, личностных и социальных позиций [3].

Термином «нарушения» в МКН обозначается понятие, входящее в состав понятия, определяемого термином «функционирование» в МКФ. «Нарушения» – это лишь та часть функционирования организма, которая проявляет себя отклонением от определенных общепринятых популяционных стандартов биомедицинского статуса организма и его функций, которые определены в МКФ [5].

«Функционирование» – это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существенные отклонения или утрата. Нарушения не зависят от этиологии или от того, как они развиваются; они могут быть частью или проявлением изменения здоровья, но они не являются обязательным признаком болезни и не означают, что индивид должен считаться больным. Такое понимание термина «функционирование» является основой концепции МКФ, касающейся также формирования Индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида и ребенка-инвалида (далее – ИПРА) на ее основе, которая рассматривает статус индивида с пози-

ций здоровья, а не болезни, в интересах ориентации на потенциал здоровья.

В настоящее время в Российской Федерации ИПРА разрабатывается и реализуется в соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 13 июня 2017 г. N 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».

В связи с этим при разработке ИПРА на основе МКФ значимость определения диагнозов и признаков заболеваний специалистами учреждений МСЭ незначительна, основное значение имеют последствия данных нарушений. Термин «ограничения жизнедеятельности» входит в более широкое понятие, включающее в себя понятия, обозначаемые терминами «активность» и «участие» [1].

Активность – это выполнение задачи или действий индивидом. Она представляет индивидуальную сторону функционирования. Возможны ограничения активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид, преодолевая индивидуальные нарушения функционирования (нарушения структур и функций). Из контекстных факторов здоровья здесь имеют значение личностные факторы. Ограничение активности может варьировать от легкого до тяжелого качественного или количественного отклонения в выполнении активности, как по форме, так и по величине, в сравнении с людьми без изменения здоровья, что необходимо учитывать при разработке ИПР.

Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию, складывающуюся во внешних условиях, облегченных или лимитирующих функционирование и жизнедеятельность. Оно представляет социальные стороны функционирования. Могут быть ограничения возможности участия – это проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации, преодолевая барьеры окружающей среды, внешних природных или культурных условий. Здесь имеют значение внешние контекстные факторы здоровья. Наличие ограничений возможности участия определяется путем сравнения с участием индивида без ограничения жизнедеятельности в данной культуре или обществе. Ограничения участия ведет к нуждаемости в социальной защите, которая в МКН обозначалась термином «социальная недостаточность», являющейся одним из основных факторов установления инвалидности.

Для полноценной и обоснованной разработки рекомендаций по социальной и профессиональной реабилитации инвалидов на основе МКФ,

органом исполнительной власти Российской Федерации необходимо разработать критерии степеней ограничений активности и участия [2].

Если МКН преимущественно сосредотачивала внимание на том, какие негативные изменения произошли в свойствах и жизнедеятельности индивида – личности, МКФ в интересах активного преодоления негативных изменений, сосредотачивает внимание на том положительном, что осталось и содержится в индивидуально-личностных свойствах человека и в окружающей его социально-культурной и природной среде.

Освоение этой концепции МКФ является необходимым методологическим условием на пути обновления, совершенствования медико-социальной экспертизы и ИПРА инвалидов.

Таким образом, МКФ будет сама совершенствоваться, вместе с тем, на сегодняшний день она является ведущим ориентиром для поиска новых методологических и технологических подходов к решению проблем инвалидности, как на индивидуальном, так и на социальном уровне МКФ, несомненно, будет совершенствоваться. В ее первой редакции назван внутренний – личностный, индивидуально-типологический – «фактор контекста» проявлений здоровья или нездоровья, инвалидности, способности преодолеть инвалидность. Но он не раскрыт, методологически и технологически не разработан [3].

Литература

1. Аухадеев, Э.И. Современные методологические подходы к медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов / Э.И. Аухадеев, Х.В. Иксанов // Материалы Республиканской межотраслевой конференции с международным участием, посвященной 10-летию образования Республиканского центра реабилитации МЧС Республики Татарстан «Восстановительное лечение и реабилитация лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях» – Казань, 2007 – С.37-47.
2. Аухадеев, Э.И. Эколого-антропологические концепции реабилитации инвалидов и восстановления здоровья человека / Э.И. Аухадеев, Р.А.Бодрова, Х.В.Иксанов // Доктор.Ру. – 2016. – № 12 (129). Часть II. – С.49–52.
3. Иксанов, Х.В. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья приоритетная основа разработки и реализации реабилитационных мероприятий / Х.В. Иксанов, Т.Ю. Быковская, Р.Р. Мухаматдинов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2018. – № 1. – С.14-24.
4. Иксанов, Х.В. Аспекты Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) при разработке индивидуальных программ реабилитации / Х.В. Иксанов, Р.А. Бодрова, Э.И Аухадеев. // Современная медицина. – 2016. – № 2. – С.63-65.
5. Пузин, С.Н. Методология и практика развития медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов как региональной социальной системы / С. Н. Пузин, Х. В. Иксанов, Э.И. Аухадеев. – М.:Тончу, 2008. – 93 с.

Социально-психологические аспекты реабилитации лиц с травмами опорно-двигательного аппарата

Васильева Л.П., Сивухина А.В.

УО «Белорусский государственный университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

В настоящее время реабилитация инвалидов и их социальная адаптация, как конечная цель реабилитации, включены в приоритетные направления социальной политики государства. Это связано с невысокой степенью социальной адаптированности людей с ограниченными возможностями в современном обществе, с недостаточной изученностью доминирующих внешних и внутренних факторов адаптации, являющейся многоуровневым процессом, происходящим на соматическом, психологическом и социальном уровнях. При этом на современном этапе все большее внимание уделяется именно социально-психологической реабилитации, как важнейшей составляющей в системе реабилитационных мероприятий.

Травматизм населения является важной социально-экономической проблемой в связи с высокими показателями распространенности и тяжестью его медико-социальных последствий (инвалидность и смертность). Кроме того, он является одним из важнейших показателей, характеризующих общественное здоровье. Актуальность проблемы определяется как медицинскими, так и социально-экономическими аспектами, которые обусловлены частотой травм и их последствиями: временной и стойкой утратой трудоспособности с переходом на инвалидность, а также высоким уровнем смертности от внешних причин. Ежегодно в Республике Беларусь травмируется около 800 000 человек, из них около 150 тысяч (20%) – это дети и подростки в возрасте до 18 лет [9].

Исследованием реабилитационного процесса лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата (далее – ОДА), приобретенными в зрелом возрасте, занимались многие учёные, изучалась также социальная и психологическая характеристика больных с травмами опорно-двигательного аппарата [1, 8]. В исследованиях показано, что лица с приобретенными нарушениями ОДА характеризуются низкими адаптационными способностями, испытывают трудности в процессе социализации, поскольку отличаются повышенным уровнем нервно-психического напряжения, ранимостью, чувством неполноценности, неадекватной самооценкой. Это сочетается с низким уровнем самоактуализации, саморегуляции, способности к осознанному планированию деятельности. Жизнестойкость таких лиц характеризуется недостаточной вовлеченностью, сниженной способностью к преодолению жизненных трудностей. Личностным фактором, усиливающим проявление дезадаптации, является низкая контактность, эмоцио-

нальное напряжение при взаимодействии с окружающими [1, 4, 5, 8]. Было также отмечено, что чем меньше эмоциональная вовлеченность мужчины с нарушениями ОДА, степень его концентрации на травме, чем больше он отстраняется от нее, переключаясь на другие интересы и тем выше его мотивация к реабилитации [2, 3]. Кроме того выявлено, что лица, перенёсшие тяжёлые физические травмы и ставшие инвалидами, имеют показатели адаптированности статистически значительно более низкие, чем инвалиды с детства вследствие нарушений ОДА. В этой связи авторы утверждают, что тяжёлая физическая травма, ставшая источником инвалидизации, является доминирующим фактором дезадаптации личности, что обуславливает необходимость и целесообразность внутреннего психологического вмешательства в психологическое состояние личности для успешной её адаптации к новым условиям жизнедеятельности [8].

В тоже время недостаточно исследований, которые раскрывали бы особенности мотивации и предлагали бы действенные алгоритмы ее повышения к социально-психологической реабилитации у таких категорий пациентов. Тогда как ясно, что реабилитационные мероприятия при расстройствах двигательных функций не могут рассматриваться вне контекста их психологической и психопатологической составляющих.

Целью настоящего исследования являлось выявление типов отношения к болезни и особенностей мотивации к социальной реабилитации у людей с травмами опорно-двигательного аппарата.

Характеристика выборки: базой исследования служило учреждение «Территориальный центр социального обслуживания населения» (далее – ТЦСОН) Октябрьского района г. Могилева». Выборку составили 80 лиц в возрасте 25–40 лет с травмами ОДА (травмы позвоночника), таким образом, средний возраст по выборке составил $32,28 \pm 4,49$ года. Все испытуемые имели II либо III группу инвалидности, умеренные или выраженные нарушения мобильности. С момента получения травмы прошло от 6 месяцев до 2 лет. Испытуемые были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 40 мужчин с травматическими повреждениями опорно-двигательного аппарата, вторую группу составили 40 женщин.

В работе использовались следующие методы эмпирического исследования: «Диагностика типов отношения к болезни» (ТОБОЛ) Л.И. Вассермана; «Методика исследования мотивационной структуры личности» В.Э. Мильмана; «Тест экзистенциальных мотиваций» В.Э. Шумского. Статистический анализ данных проводился в программе Statistica, с применением t-критерия Стьюдента.

Различия типов отношения к болезни у лиц с травмами опорно-двигательного аппарата в зависимости от половой принадлежности представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Различия типов отношения к болезни у лиц с травмами опорно-двигательного аппарата в первой (мужчины) и второй (женщины) группах

Типы отношения к болезни	Мужчины (М±m)	Женщины (М±m)	t	p
Гармоничный	19,03±1,54	26,13±1,86	t=2,94	p<0,01*
Эргопатический	11,38±0,85	15,58±1,21	t=2,84	p<0,01*
Анозогнозический	12,78±1,28	12,75±0,92	t=0,02	p>0,05
Тревожный	16,43±1,42	14,3±1,16	t=1,16	p>0,05
Ипохондрический	13,58±1,12	10,05±0,98	t=2,37	p<0,05*
Неврастенический	13,73±1,09	10,43±1,1	t=2,13	p<0,05*
Меланхолический	13,03±0,91	10,25±0,82	t=2,26	p<0,05*
Апатический	13,0±1,05	9,53±0,78	t=2,65	p<0,01*
Сенситивный	13,5±1,22	11,53±0,87	t=1,32	p>0,05
Эгоцентрический	13,85±1,27	11,6±1,14	t=1,32	p>0,05
Паранойяльный	10,23±0,83	10,43±1,09	t=0,15	p>0,05
Дисфорический	11,13±0,85	8,2±0,78	t=2,55	p<0,05*

Примечание: * - различия достоверны

В соответствии с данными, представленными в таблице 1, выявлены статистические различия высокого уровня достоверности по переменным гармоничного (p<0,01) и эргопатического (p<0,01) и апатического (p<0,01) типов отношения к болезни. Статистически достоверные различия при p<0,05 выявлены по показателям ипохондрического, неврастенического, меланхолического, апатического и дисфорического типов отношения к болезни.

Следовательно, как показывают данные исследования, мужчины с травмами ОДА в большей степени проявляют безразличие к собственной судьбе, результатам лечения и исходу болезни. У испытуемых первой группы более ярко проявляются признаки чрезмерного сосредоточения на болезненных и неприятных ощущениях, преувеличения страданий. Они в большей степени предрасположены к вспышкам раздражения с последующим раскаянием и чувством вины, сверх удрученности болезнью, неверию в выздоровление. У них наблюдается более высокая степень выраженности гневливо-мрачного, озлобленного настроения, зависти и ненависти по отношению к здоровым. Женщин с травмами опорно-двигательного аппарата в большей степени характеризует гармоничный тип отношения к болезни, реалистичное восприятие ее тяжести, готовность принимать активное уча-

ствие в терапии и реабилитации, концентрация на работе, стремление сохранить профессиональный статус.

Показатели мотивационной сферы лиц с травмами опорно-двигательного аппарата представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Различия мотивационной сферы лиц с травмами опорно-двигательного аппарата в первой (мужчины) и второй (женщины) группах

Шкалы	Мужчины (M±m)	Женщины (M±m)	t	p
Поддержание жизнеобеспечения	30,55±1,42	23,85±1,88	t=2,84	p<0,01*
Комфорт	28,43±1,67	21,18±1,84	t=2,92	p<0,01*
Социальный статус	27,43±1,69	21,65±2,17	t=2,1	p<0,05*
Общение	24,3±1,58	25,98±1,94	t=0,67	p>0,05
Общая активность	22,5±1,7	28,93±1,71	t=2,66	p<0,01*
Творческая активность	18,88±1,66	26,08±1,86	t=2,89	p<0,01*
Общественная полезность	18,83±1,51	25,33±1,71	t=2,85	p<0,01*

Примечание: * - различия достоверны

В соответствии с данными, представленными в таблице 2, существуют статистические различия высокого уровня значимости по шкалам поддержания жизнеобеспечения ($p<0,01$), комфорта ($p<0,01$), общей активности ($p<0,01$), творческой активности ($p<0,01$), общественной полезности ($p<0,01$). Установлены статистически достоверные различия умеренного уровня значимости по шкале социального статуса.

Таким образом, можно отметить, что мужчины с травмами ОДА в большей степени ориентированы на поддержание жизнеобеспечения, комфорт и социальный статус. Соответственно, их мотивация к реабилитации может обладать противоречивым характером: с одной стороны, мужчины с травмами ОДА предрасположены к чрезмерной концентрации на заболевании, поиску вторичных выгод. У них может наблюдаться сужение мотивационной структуры личности с преобладанием биологических потребностей. Вместе с тем, достаточно высокая выраженность мотива повышения социального статуса, может выступать позитивным реабилитационным ресурсом мужчин с травмами ОДА. Для женщин, получивших травмы, ОДА, более значимы мотивы общей активности, творческой активности и соци-

альной полезности. Они обнаруживают стремление сохранить исходный уровень социального, личностного и бытового функционирования, ориентированы на реализацию и развитие своего творческого потенциала. Женщины с травмами ОДА в большей степени проявляют интерес к совершенствованию общественного устройства, участию в социальных процессах, что указывает на их альтруистичность и гуманистические ценностные установки.

Показатели выявления четырех фундаментальных экзистенциальных показателей мотивации личности: возможности бытия в мире; ценности жизни; самооценности; смысла жизни и интегрального показателя отражают выраженность экзистенциальной исполненности личности, понятия обозначающего качество жизни человека, показывающего, насколько жизнь человека осмысленна, насколько он внутренне согласен с ней.

Результаты статистической обработки данных исследования экзистенциальных мотиваций лиц с травмами опорно-двигательного аппарата представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Различия экзистенциальных мотиваций лиц с травмами опорно-двигательного аппарата в первой (мужчины) и второй (женщины) группах

Экзистенциальные показатели мотивации личности	Мужчины (M±m)	Женщины (M±m)	t	p
Возможности бытия в мире	18,88±1,05	22,25±0,98	t=2,34	p<0,05*
Ценность жизни	19,5±0,9	23,13±1,03	t=2,65	p<0,01*
Самоценность	21,63±0,96	24,58±1,01	t=2,12	p<0,05*
Смысл	17,35±1,06	20,83±1,03	t=2,35	p<0,05*
Экзистенциальная исполненность	77,35±2,08	90,78±1,66	t=5,04	p<0,001*

Примечание: *- различия достоверны

В соответствии с данными, представленными в таблице 3, выявлены статистические различия высокого уровня достоверности по интегральному показателю экзистенциальной исполненности ($p<0,001$), по шкале «ценность жизни ($p<0,01$). Статистически значимые различия при $p<0,05$ выявлены по шкалам «возможности бытия в мире», «самоценность» и «смысл».

Исходя из установленных различий, мужчины с травмами ОДА обладают более низким уровнем экзистенциальной исполненности по сравнению с женщинами. Соответственно, у них отмечается снижение полноты и качества бытия, степени внутреннего согласия с событиями проживаемой жизни. Мужчинам, получившим травмы ОДА, более затруднительно вступать в контакт и сближаться с другими людьми, что приводит к увеличению социальной дистанции. Они имеют более выраженную predisposition избегать тесных отношений и эмоциональной близости в связи со страхом трудностей и разочарований, в меньшей степени склонны видеть опору и поддержку в близких людях, испытывают более интенсивные чувства страха и тревоги. Для этих мужчин более характерны фрустрация потребности в безопасности, чувство незащищенности, они в большей степени predisposed негативно оценивать сложившуюся социальную ситуацию, испытывать стресс в связи с текущими обстоятельствами. Им в большей степени свойственно испытывать ощущение, что они напрасно тратят время своей жизни, не имеют возможности заниматься тем, что считают действительно важным. У мужчин, получивших травму ОДА, установлен более низкий уровень самоуважения, чувства собственной значимости в связи с утратой способности соответствовать социальным стандартам вследствие получения травмы и возникновения ограничений жизнедеятельности. Для испытуемых первой группы, мужчин, более свойственно считать свои возможности для самореализации ограниченными. Им в большей степени свойственна утрата жизненных целей, намерений, ориентиров и желаний, что косвенно указывает на более низкий уровень психологической гибкости и адаптивности.

Таким образом, резюмируя вышеизложенное, можно заключить следующее.

1. Травматический опыт несет за собой изменения как в индивидуально-психическом состоянии, так и в социальной жизни людей, затрагивая их представления об окружающем мире и о себе, межличностные отношения и социальные связи, индивидуальную и социальную идентичности.

2. Социально-психологические последствия травмы опорно-двигательного аппарата обусловлены изменениями в физическом и психологическом состоянии больного. Они могут проявляться в самых разнообразных чувствах человека, эмоциях, линиях поведения. При этом следует помнить, что характер любой психосоматической реакции индивидуально обусловлен.

3. Влияние психологического компонента травматического опыта на мотивацию к реабилитации очевидно. В зависимости от настроения пациента могут быть достигнуты совершенно разные результаты от реабилитации. Озабоченность своим самочувствием, склонность к ипохондрическим тенденциям, тревожность за состояние своего здоровья повышают мотива-

цию и заставляет пациентов добросовестно выполнять все рекомендации. В то же время тревожность за своё здоровье, сочетающаяся с пренебрежением к общественным нормам, выраженной интраверсией и тенденцией к скептицизму снижают мотивацию.

Понимание того, какие факторы позитивно или негативно влияют на мотивацию инвалидов и реабилитационный процесс, является ключом к эффективному восстановительному лечению и возвращению человека к полноценной жизни в обществе.

На основании результатов исследования были сформированы рекомендации по социально-психологическому сопровождению реабилитации людей с травмами опорно-двигательного аппарата, учитывая которые будет способствовать повышению уровня их социально-психологической адаптации и полноценного социального функционирования.

Литература

1. Разуваева, Т.Н. К вопросу о психологической реабилитации и реадaptации лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата / Т.Н. Разуваева, А.В. Локтева, Д.М. Саенко. // Психологические науки. – 2018. – № 3(12) – С.61-69.
2. Пермякова, М. Е. Мотивация к реабилитации и ее корреляты у пациентов с травмами опорно-двигательного аппарата. Часть 1 / М.Е. Пермякова, Е.А. Леонтьева // Известия уральского федерального университета. серия 1: Проблемы образования, науки и культуры // . - 2019. – Т.25, № 2 (186). – С.149-155.
3. Леонтьева, Е. А. Исследование мотивации к реабилитации у людей с травмами опорно-двигательного аппарата: магистерская диссертация / Е. А. Леонтьева; Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина, Уральский гуманитарный институт, Кафедра общей и социальной психологии. – Екатеринбург, 2018. – 115 с.
4. Разуваева, Т.Н. Программа психологической реабилитации лиц с приобретенными нарушениями опорно-двигательного аппарата / Т.Н. Разуваева, А.В. Локтева, Ю.Н. Гут, Е.П. Пchelкина // Вестник Самарского Государственного Технического Университета. Серия «Психолого-педагогические науки». – 2021. – Т. 18. – № 2. – С.31–42.
5. Разуваева, Т.Н. Модель психологического сопровождения лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Т.Н. Разуваева [и др.] // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12. – № 3. – С.10.
6. Решетников, А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М.: Медицина, 2019. – 455 с.
7. Павленок, П. Д. Основы социальной работы: учебник / П.Д. Павленок, А.А. Акмалова, О.Я. Гойхман; под ред. П.Д. Павленка. – М: ИНФРА-М, 2019. – 534с.
8. Бонкало, Т.И. Особенности психологической адаптации инвалидов с поздним поражением опорно-двигательного аппарата / Т.И. Бонкало, А.В. Гольцов, С.В. Шмелева// Вестник московского государственного областного университета. – 2016. – № 4. – С.11.
9. Информация по травматизму. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://uzggb2.by/index.php/ru/novosty/item/209-informatsiya-po-travmatizmu>. /. – Дата доступа: 24.05.2023.

Типы отношения к болезни и мотивационная структура личности лиц с травмами опорно-двигательного аппарата как мишени социально-психологической реабилитации

Васильева Л.П., Сивухина А.В.

УО «Белорусский государственный университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Хронические заболевания, в том числе травмы опорно-двигательного аппарата (далее – ОДА), обуславливают изменение качества жизни, что приводит к необходимости смены устоявшихся способов поведения человека, его стиля жизни и требует его активного участия в длительном восстановительном лечении и реабилитации. В значительной степени успешность лечения и реабилитации зависит от психологического реабилитационного потенциала больного, включающего мотивационную, самооценочную, эмоциональную и когнитивную составляющие. Современное понимание реабилитации предполагает ее обращенность на личность больного. Общеизвестно, что только с учетом особенностей личности и ее ресурсных возможностей можно добиться успехов при проведении комплекса реабилитационных мероприятий, способствующих возвращению больного человека к полноценной жизни [1, 4]. Итак, система личностных ресурсов, необходимых для преодоления критической ситуации тяжелого заболевания, определяет реабилитационный потенциал личности; он включает мотивационный, эмоциональный, самооценочный и коммуникативный компоненты, а также внутреннюю картину болезни [1, 4].

Травма позвоночника, которая зачастую является одним из компонентов политравмы, – сложное с медицинской точки зрения, разрушающее жизнь состояние [5]. По данным исследования глобального бремени болезней (Global Burden of Disease Study, 2016), основной причиной инвалидности во всем мире являются неврологические расстройства, а повреждения спинного мозга среди них – четвертой по значимости причиной инвалидности в странах с высоким уровнем дохода [6]. Так как наибольшая встречаемость травм спинного мозга наблюдается среди лиц молодого, трудоспособного возраста, преимущественно мужского пола, это несет тяжелые социально-экономические последствия [5]. Однако, согласно докладу Всемирной организации здравоохранения, «Международный обзор травматизма позвоночника» (2013), «повреждение спинного мозга можно предотвратить; его можно пережить; и оно не должно мешать хорошему качеству жизни и полноценному вкладу в общество» [5].

Необходимо отметить, что мотивационная включенность пациента в реабилитационный процесс, а также система его взглядов на самого себя, свое заболевание, методику лечения, отношение к себе со стороны обще-

ства и родственников, то есть тип отношения к болезни, являются важными факторами, так как прямо или косвенно связаны с процессом влияния болезни на личность больного и создание условий для реабилитации и компенсации возникающих дефицитарных состояний. Эти факторы также как и тип отношения к болезни, влияют на эффективность проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий.

Целью исследования являлось выявление взаимосвязи типа отношения к болезни и мотивационной структуры личности как мишеней социально-психологической реабилитации у лиц с травмами ОДА.

База исследования: «Территориальный центр социального обслуживания населения» Октябрьского района г. Могилева. Выборка исследования: 80 лиц с травмами ОДА (травмы позвоночника), посещающие Территориальный центр социального обслуживания населения (далее – ТЦСОН), разделенных на 2 группы (40 мужчин, 40 женщин). Возраст испытуемых 25-40 лет. Все испытуемые имеют II либо III группу инвалидности, умеренные или выраженные нарушения мобильности.

Методы исследования: теоретический анализ литературных источников, психодиагностическое тестирование. Нами использовались следующие методы эмпирического исследования: «Диагностика типов отношения к болезни» (ТОБОЛ) Л.И. Вассермана; «Методика исследования мотивационной структуры личности» В.Э. Мильмана. Статистический анализ данных проводился в программе Statistica с расчетом коэффициента корреляции г-Пирсона.

Процентное распределение типов отношения к болезни у лиц с травмами опорно-двигательного аппарата представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Количественное распределение типов отношения к болезни у лиц с травмами опорно-двигательного аппарата (N человек, %)

Тип отношения к болезни	Мужчины		Женщины		Всего	
	N=40	%	N=40	%	N =80	%
1	2	3	4	5	6	7
Гармоничный	7	17,5%	15	37,5%	22	27,5%
Эргопатический	2	5%	7	17,5%	9	11,25%
Анозогнозический	4	10%	3	7,5%	7	8,75%
Тревожный	5	12,5%	2	5%	7	8,75%
Ипохондрический	2	5%	2	5%	4	5%
Неврастенический	2	5%	1	2,5%	3	3,75%
Меланхолический	0	0%	0	0%	0	0%
Апатический	1	2,5%	0	0%	1	1,25%
Сенситивный	4	10%	0	0%	4	5%
Эгоцентрический	2	5%	1	2,5%	3	3,75%

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7
Паранойяльный	0	0%	0	0%	0	0%
Дисфорический	0	0%	0	0%	0	0%
Смешанный	10	25%	7	17,5%	17	21,25%
Диффузный	1	2,5%	2	5%	3	3,75%

Данная методика позволяет также объединить диагностированные типы отношения к болезни по трем блокам: – 1-й блок – условно-адаптивный; – 2-й блок – с интрапсихической направленностью; – 3-й блок – с интерпсихической направленностью.

В группе лиц с травмой позвоночника процентное соотношение по блокам типов отношения к болезни распределилось следующим образом: к условно-адаптивному блоку относилось 47,5% испытуемых, к блоку с интрапсихической направленностью – 66,25% респондентов, к блоку с интерпсихической направленностью – 8,0% (таблица 1).

Анализируя данные, представленные в таблице 1, можно сделать следующие выводы: в обеих группах выборки выявлен достаточно высокий процент лиц с отношением к болезни, соответствующим условно-адаптивному блоку. К нему относятся гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, при которых не наблюдается нарушений психической и социальной адаптации. Таких лиц было 32,5% в группе мужчин и 65% в группе женщин, всего в 2-х группах – 47,5% лиц.

Сравнительный анализ данных показывает, что лица с травмой позвоночника больше склонны к проявлению интрапсихической направленности (21% респондентов), которая в рамках психодиагностической методики включает в себя тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы личностного реагирования на болезнь (25% испытуемых мужчин и 12,5% – женщин). Лица с данными типами отношения к болезни ориентированы на себя, на оценку собственных ощущений и изменившегося состояния здоровья. Всего было в 2-х группах – 66,25% респондентов.

В свою очередь часть лиц с травмой ОДА демонстрировали наличие интерпсихической направленности реагирования на ситуацию болезни (16,0% респондентов). Сюда входят сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы (15,0% – у мужчин и 2,5% – у женщин). Всего в двух группах респондентов – 8,0% лиц. Люди с данными типами отношения к болезни отличаются ориентацией на изменение отношения окружающих к себе, на их реакции, у них наблюдается зависимость от общественного мнения, они могут стесняться собственного заболевания или манипулируют им для достижения своих целей. Преобладание интрапсихической и интерпсихической направленности личности по отношению к болезни ведет к дезадаптивному поведению.

У 27,5% лиц с травмой ОДА выявлялся гармоничный тип отношения к болезни (17,5% мужчин и 37,5% женщин). Реакция на болезнь по данному типу опирается на адекватную оценку состояния здоровья без приверженности преувеличивать или значительно недооценивать тяжесть протекания болезни. Готовность к активному сотрудничеству в процессе лечения сочетается с вниманием к близким и желанием облегчить им тяготы ухода за собой. В ситуации понимания неутешительного прогноза развития болезни осуществляется смещение интересов на те сферы жизни, которые по-прежнему являются доступными для человека даже в ситуации ухудшения физического состояния. Многие специалисты сходятся во мнении, что гармоничный тип отношения к болезни – это наиболее удачный способ сосуществования человека и болезни [3, 4].

Анализ результатов эмпирического исследования по группам респондентов показал, что преобладающими реакциями на ситуацию болезни у респондентов с травмой позвоночника являются эргопатический (у 17,5% женщин) и смешанный (типы 17,5% – мужчин и 17,5% – у женщин) типы. Эргопатический тип отличается сверхответственной позицией, касающейся работы, при которой человек может не думать и не вспоминать об имеющихся ограничениях здоровья, и которая может иметь большую степень выраженности, чем до ситуации болезни. Также отмечается избирательность к медицинскому обследованию и лечению, которую определяет стремление, несмотря на тяжесть заболевания, сохранить статус работающего или занятого человека. В умеренном проявлении эргопатический и анозогнозический типы способствуют успешному процессу совладания с болезнью и, как следствие, адаптивному поведению в ситуации инвалидности.

Выявляющийся у 8,75% респондентов анозогнозический (эйфорический) тип (у 10% мужчин и 7,5% женщин) также можно охарактеризовать активным удалением мыслей о болезни и возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного состояния здоровья. При этом типе наблюдается определенная склонность расценивать проявления болезни как незначительные или ситуативные изменения самочувствия. В связи с этим нередко отмечается отказ от медицинского обследования, лечения и последующего наблюдения у профильных специалистов. При данном типе отношения к болезни, когда пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению, не желание сотрудничать в реабилитационном процессе, приобретает доминирующий характер, это негативно сказывается как на самом течении болезни и физическом состоянии, так и на психоэмоциональном состоянии больного.

При анализе профиля шкальных оценок людей с травмой ОДА также был выявлен смешанный тип отношения к болезни (21,3% респондентов), в котором сочетаются: эргопатический и анозогнозический типы («уход» в любой вид деятельности, при которой человек может не думать и не вспо-

минать об имеющихся ограничениях здоровья в сочетании с активным уходом от мыслей о болезни и ее последствиях); эргопатический и ипохондрический («уход» в деятельность, но с сохранением повышенного внимания к субъективным болезненным ощущениям); неврастенический и дисфорический (поведение по типу раздражительной слабости, сопровождающееся вспышками раздражения в сочетании с гневливо-мрачным озлобленным настроением) [3, 4]. Стоит отметить, что при смешанном типе отношения к болезни человек будет реализовывать каждый из диагностированных типов не полностью, а лишь частично. Процентное соотношение в группах лиц с травмой позвоночника по смешанному типу следующее: 25% – в группе мужчин и 17,5% – в группе женщин с травмой ОДА.

При диффузном типе не представляется возможным однозначно определить тип отношения к болезни. Проявление той или иной реакции на болезнь в составе диффузного типа, видимо, связано с неопределенностью восприятия как самой болезни, так и себя в ситуации болезни. В частности, полученные эмпирические данные показывают, что люди с приобретенной травмой позвоночника находятся в большей степени в ситуации неопределенности относительно имеющейся болезни, чем люди с детским церебральным параличом [4].

В ходе исследования нами был также проведен корреляционный анализ взаимосвязи типа отношения к болезни с мотивационной структурой личности в группах мужчин и женщин с травмами ОДА. Результаты корреляционного анализа взаимосвязи типа отношения к болезни с мотивационной структурой личности в группах мужчин представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты корреляционного анализа типа отношения к болезни с мотивационной структурой личности в группах мужчин с травмами ОДА

Типы отношения к болезни	Мотивационная структура личности					
	ПЖ	К	СС	О	ОА	ОП
1	2	3	4	5	6	7
Гармоничный			0,429**		0,352*	
Эргопатический			0,491**			
Анозогнозически					0,426**	
Тревожный	0,397*					
Ипохондрический	0,480**	0,395*				
Меланхолический	0,428**					
Апатический					-0,376*	
Сенситивный				-0,391*		
Эгоцентрический		0,364*	0,398*	0,483**		

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4	5	6	7
Паранойяльный						
Дисфорический						-0,356*

Примечание: *- при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$. ПЖ - поддержание жизнеобеспечения, К – комфорт, СС – социальный статус, О – общение, ОА – общая активность, ОП – общественная полезность

Согласно результатам корреляционного анализа (таблица 2), в группе мужчин с травмами ОДА установлены прямые корреляционные связи гармоничного типа отношения к болезни и мотивов повышения социального статуса ($r=0,429$; $p < 0,01$), а также общей активности ($r=0,352$; $p < 0,05$). Следовательно, чем более адекватным является отношение мужчин, получивших травму ОДА, к своему заболеванию, тем в большей степени они стремятся к сохранению социального статуса, исходного образа жизни и уровня функционирования.

Прямая корреляционная связь между эргопатическим типом отношения к болезни и мотивом «социальный статус» ($r=0,491$; $p < 0,01$) указывает на то, что мужчины с травмами ОДА концентрируются на профессиональной деятельности с целью сохранения и повышения своего социального статуса.

В первой группе установлена прямая корреляционная связь анозогнозического типа отношения к болезни и мотива общей активности ($r=0,423$; $p < 0,01$), т.е. мужчины, игнорирующие последствия травмы ОДА, ориентированы на сохранение исходного уровня активности и функционирования, ведение полноценного образа жизни.

Тревожный тип отношения к болезни в группе мужчин имеет прямую корреляционную связь с мотивом поддержания жизнеобеспечения ($r=0,397$; $p < 0,05$), т.е. с повышением уровня тревоги и беспокойства в отношении своего заболевания мотивы мужчин с травмами ОДА концентрируются вокруг поддержания жизнеобеспечения.

Исходя из прямых корреляционных связей между ипохондрическим типом отношения к болезни и мотивами поддержания жизнеобеспечения ($r=0,48$; $p < 0,01$), комфорта ($r=0,395$; $p < 0,05$), у мужчин, предрасположенных к чрезмерной концентрации на последствиях травмы, ОДА, ярко выражены мотивы поддержания обеспечения и достижения комфорта. Это позволяет предположить, что данная категория испытуемых склонна к осознанному либо бессознательному поиску вторичных выгод от заболевания.

Существует прямая корреляционная связь между меланхолическим типом отношения к болезни и поддержанием жизнеобеспечения ($r=0,428$; $p < 0,01$). Соответственно, неверие в выздоровление у мужчин с

травмами ОДА сочетается с преобладанием мотивов поддержания жизнеобеспечения.

Установлено наличие обратной корреляционной связи между апатическим типом отношения к болезни и мотивом общей активности ($r = -0,376$; $p < 0,05$). Соответственно, безразличие к исходу заболевания у мужчин с травмами опорно-двигательного аппарата сопряжено с пассивностью, инертностью, безынициативностью.

Выявлена обратная корреляционная связь между сенситивным типом отношения к болезни и общением ($r = -0,391$; $p < 0,05$), которая указывает на то, что чрезмерная эмоциональная чувствительность, опасения отвержения со стороны окружающих из-за заболевания у мужчин с травмами ОДА сочетается с избеганием общения и социального взаимодействия.

Эгоцентрический тип отношения к болезни в первой группе имеет прямые корреляционные связи с показателями по шкалам комфорта ($r = 0,364$; $p < 0,05$), социального статуса ($r = 0,398$; $p < 0,05$) и общения ($r = 0,484$; $p < 0,01$). Установленные связи свидетельствуют о том, что мужчины данной группы, обладающие эгоцентрическим типом отношения к болезни, нацелены на достижение комфорта, повышение социального статуса и активное социальное взаимодействие.

Обратная корреляционная связь между дисфорическим типом отношения к болезни и мотивом общественной полезности ($r = -0,398$; $p < 0,05$) свидетельствует, что чем больше мужчинам с травмами ОДА свойственны проявления мрачного, озлобленного настроения, тем меньше они мотивированы к участию в реабилитационном процессе и общественно полезной деятельности.

Таким образом, знание внешних и внутренних факторов, способствующих повышению мотивации лиц с травмами ОДА и оптимизируя их отношение к болезни, можно значительно повысить эффект социально-психологической реабилитации, так как, являясь четкими мишенями для психокоррекции, эти факторы позволяют дифференцировать и индивидуализировать работу с данной категорией инвалидов.

Литература

1. Хохлова, О.И. Реабилитационный потенциал личности и функциональная независимость лиц с травматической болезнью спинного мозга // Политравма / polytrauma. – 2020. – № 3. – С.100-107.
2. Медицинская реабилитация: учеб. пособие / В. Я. Латышева, В.Б.Смышчёр. – Минск: Выш. шк., 2020. – 351 с.
3. Ткач, М.Г. Исследование типа отношения к болезни у людей с нарушением опорно-двигательного аппарата / М.Г. Ткач // Психологический Vademesum: Психологическая феноменология в образовательной среде: мультидисциплинарный подход: сб. науч. ст. / под ред. С.Л. Богомаза, В.А. Каратерзи, С.Ф. Пашковича. – Витебск, 2019. – С.263-267.
4. Kulagina IYu, Sinkevich LV. Rehabilitation potential of person with various chronic diseases. Cultural and Historical Psychology – 2015. – Vol. 11, № 1. – P.50-60.

5. Bickenbach J, Officer A, Shakespeare T, von Groote P. International perspectives on spinal cord injury. World Health Organization. 2013. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94190>.

6. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol. – 2019. – Vol. 18, №5. – P.459-480.

Динамика психологического состояния пациентов с травматической болезнью спинного мозга по окончании курса медико-социальной реабилитации

Верш В.А., Хохлова О.И.

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Новокузнецк, Российская Федерация

Травматическая болезнь спинного мозга (далее – ТБСМ) представляет собой совокупность обратимых или необратимых изменений, наступающих вследствие острого повреждения спинного мозга. Это негативно сказывается на повседневной жизни пострадавшего, а также членов его семьи [1]. Под отягощающее действие попадет физическая и психосоциальная сфера пострадавшего [2].

Психосоциальная дезадаптация и слабость физического состояния отрицательно влияют на понимание пациентом своих собственных действий в процессе выздоровления (оценка реабилитационного потенциала) и в целом на результат реабилитации [3]. Так, например, некоторые авторы считают, что коррекцию физических и психологических нарушений при ТБСМ необходимо осуществлять параллельно. Исходя из этого, проблема коррекции физических и психологических нарушений при ТБСМ актуальна и по настоящее время.

Цель: рассмотреть динамику психологического состояния инвалидов с травматической болезнью спинного мозга по окончании курса комплексной медико-социальной реабилитации.

Материал и методы. Оценка динамики психологического состояния после коррекционного воздействия проводилась у 47 пациентов с ТБСМ, находившихся на реабилитации в нейрохирургическом отделении ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период 2021-2022 гг. Из них мужчины составили 36 (76,6%) человек, женщины – 11 (23,4%). Средний возраст – $37,5 \pm 11,61$ лет. Длительность посттравматического периода: от 1 месяца до 2 лет. Основной симптомокомплекс: параплегия – у 36 (76,6%) пациентов, тетраплегия – у 11 (23,4%).

В 46,8% случаев позвоночно-спинномозговая травма была получена в результате дорожно-транспортного происшествия, в 38,3% – в результате падения с высоты, в 4,2% – вследствие ныряния на мелководье; в 10,7% – вследствие удара тяжелого предмета.

Более половины (51,2%) пациентов имели среднее профессиональное образование, 18,8% – высшее, 3,8% – неоконченное высшее, 26,2% – среднее или неполное среднее. Были женаты/замужем и проживали с супругами 53,8% инвалидов, проживали с родителями – 30%, со взрослыми детьми – 8,8%, проживали самостоятельно – 7,4%.

Показатель нервно-психической дезадаптации у обследуемых определяли при помощи теста И.Н. Гурвича [4], состоящего из 26 утверждений/жалоб; уровень депрессии, тревоги и стресса – по шкале DASS-21 (the Depression Anxiety Stress Scales) [5], состоящей из 21 пункта (по 7 пунктов на каждую подшкалу). Реабилитационный потенциал личности определяли с помощью опросника И. Ю. Кулагиной, Л. В. Сенкевич (2011 г.) [6], состоящего из пяти шкал – внутренней картины болезни и мотивационного, эмоционального, самооценочного, коммуникативного компонентов.

Комплексная индивидуальная программа реабилитации для каждого пациента с ТБСМ формировалась как сочетание элементов определённых модулей, которые проводились последовательно или одновременно, в зависимости от индивидуальных особенностей и потребностей (таблица 1).

Таблица 1 – Модули комплексной реабилитации пациентов с травматической болезнью спинного мозга

№ п/п	Модули	Направление и методы воздействия
1	2	3
1	Медицинская реабилитация (восстановительное лечение, лечебная физкультура)	Частичное или полное восстановление специализированных произвольных движений; привлечение неспецифических и резервных двигательных систем; повышение мышечной силы. Используются различные методы лечебной физкультуры, физиотерапия.
2	Консервативное и хирургическое лечение	Лечение и профилактика осложнений; снижение значимости лимитирующих реабилитацию факторов при помощи хирургического вмешательства.
3	Социально-бытовая адаптация	Обучение навыкам самообслуживания, безопасного ведения домашнего хозяйства, в том числе с помощью вспомогательных средств.

Продолжение таблицы 1

1	2	3
4	Социально-средовая адаптация	Обучение пользованию вспомогательными средствами для сидения, стояния и перемещения (корсеты, фиксирующие аппараты, трости, костыли, кресла-коляски).
5	Психологическая реабилитация	Уменьшение симптомов психоэмоциональных расстройств; формирование адекватных поведенческих стереотипов. Методы психокоррекционного воздействия: рациональная, когнитивно-поведенческая психотерапия; тренировка способов саморегуляции.
6	Информационно-просветительский	Обеспечение осведомленности инвалидов и членов их семей по различным аспектам инвалидности, реабилитации, ухода.

Выбор мероприятий основного и дополнительного модулей зависел от цели госпитализации и источника финансирования, что определялось на амбулаторном этапе, а также от результатов входящего тестирования, консультаций специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды и назначенных дополнительных обследований.

Процедура оценки психологического состояния выполнялась при первичном поступлении пациента в реабилитационное учреждение и повторно по окончании курса реабилитации.

В качестве инструмента обработки полученных результатов использовался пакет программ IBM SPSS Statistics, версия 26,0. Количественные данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (25%-75%). Для выявления изменений анализируемых количественных параметров использовали непараметрический парный критерий Вилкоксона. При $p < 0,05$ динамику показателей считали статистически значимой.

Результаты исследования. При первичной диагностике, до начала курса реабилитации и коррекционного воздействия по результатам методики нервно-психической адаптации И.Н. Гурвича у 41,3% пациентов отмечались признаки нервно-психической дезадаптации. Одновременно у данных пациентов проявлялись симптомы депрессии (4,3%), тревоги (4,3%), стресса (6,5%) или сочетания данных состояний: тревога-стресс – 13%; депрессия-стресс – 6,5%; депрессия-тревога-стресс – 6,5%. По окончании курса реабилитации, при повторной диагностике, отмечалось снижение данных показателей до нормальных значений (таблица 2).

Таблица 2 – Динамика показателей психологического состояния пациентов с травматической болезнью спинного мозга по окончании курса реабилитации

Показатели	В начале курса реабилитации	Min; Max	В конце курса реабилитации	Min; Max	Статистика
Показатель нервно-психической дезадаптации по тесту И. Н. Гурвича, балл DASS-21:	34 (28,5 – 46,5)	21; 65	25 (17,5 – 36,0)	2; 53	W = 81, p = 0,001
Депрессия, балл	1,5 (0,75 – 3,25)	0; 14	1 (0 – 2,75)	0; 3	W = 13, p = 0,073
Тревога, балл	1 (0 – 3,25)	0; 12	0 (0 – 0)	0; 3	W = 2, p = 0,071
Стресс, балл	5,5 (4 – 9)	0; 17	1 (0 – 3,75)	0; 7	W = 5, p = 0,004

Примечание: DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 Items) – шкала депрессии, тревоги, стресса; Min – минимальное значение показателя; Max – максимальное значение показателя; W – статистика критерия знаковых рангов Вилкоксона; p – значимость критерия.

Анализируя результаты первичной диагностики по методике «Реабилитационный потенциал личности», установлено, что среднее значение общего уровня реабилитационного потенциала наблюдалось у 53,1% пациентов с ТБСМ, выше среднего значения – у 40,6 % пациентов с ТБСМ. Данная величина обусловлена выраженным коммуникативным компонентом (выше 60%) у 93,75% пациентов. При этом низкий уровень самооценочного компонента отмечался у 26,2 %, показатель внутренний картины болезни – у 31 % пациентов с ТБСМ. Уровень эмоционального компонента (ниже 40 %) наблюдался у 25 %, мотивационного – у 12,5 %. По завершению курса реабилитации выявлено повышение общего уровня реабилитационного потенциала и всех сопутствующих компонентов (таблица 3).

Таблица 3 – Динамика показателей реабилитационного потенциала пациентов с травматической болезнью спинного мозга

Показатель	n	В начале курса реабилитации	В конце курса реабилитации	W; p-значение
1	2	3	4	5
ВКБ	22	40 (35,0 – 46,2)	45 (35,0 – 51,3)	118,5; p = 0,148
МК	12	42 (41,7 – 50,0)	58,3 (27,1 – 58,3)	42,5; p = 0,782
ЭК	13	50 (37,5 – 50,0)	50 (37,5 – 68,8)	51; p = 0,102

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5
СОК	16	44 (27,7 – 50,0)	62,5 (40,6 – 62,5)	91,5; p = 0,013
ОУРП	8	47,1 (40,4 – 48,2)	58,9 (48,2 – 62,1)	34; p = 0,024

Примечание: ВКБ – внутренняя картина болезни; МК – мотивационный компонент; ЭК – эмоциональный компонент; СОК – самооценочный компонент; ОУРП – общий уровень реабилитационного потенциала личности; n – количество участников исследования с низким уровнем соответствующего показателя; W – статистика критерия Вилкоксона.

Таким образом, по окончании курса реабилитации отмечалось снижение показателей тревоги, депрессии, стресса и повышение нервно-психической адаптации. Также у большинства пациентов наблюдалось уменьшение значимости коммуникативного компонента реабилитационного потенциала личности и увеличение самооценочного, мотивационного, эмоционального компонента и внутренней картины болезни. При этом у пациентов с исходно низким значением общего уровня реабилитационного потенциала личности к концу курса реабилитации наблюдалось значимое повышение.

Вывод. По результатам проведенного исследования установлено, что комплексная медико-социальная коррекция нарушений психологического состояния пациентов с травматической болезнью спинного мозга, основанная на сбалансированном удовлетворении медицинских, социальных и психологических потребностей пациента с использованием различных методов реабилитации способствует повышению эффективности реабилитации, в том числе за счет уменьшения нервно-психического напряжения, привлечения личностных ресурсов, повышения комплаентности. В свою очередь, повышение уровня самостоятельности инвалида сопровождается уменьшением степени обремененности членов его семьи, что благоприятно влияет на психологическое состояние как пациента, так и членов его семьи.

Литература

1. Lynch, J. The impact of spinal cord injury on the quality of life of primary family caregivers: a literature review / J. Lynch, R. Cahalan // Spinal Cord. – 2017. – Vol. 55, № 11. – С.964-978.
2. Prospective study of the occurrence of psychological disorders and comorbidities after spinal cord injury / A. Craig, K. Nicholson Perry, R. Guest et al. // Arch Phys Med Rehabil. – 2015. – Vol. 96, № 8. – С.1426-1434.
3. The influence of depression on physical complications in spinal cord injury: Behavioral mechanisms and health-care implications / H. Krueger, V.K. Noonan, D. Williams et al. // Spinal Cord. – 2013. – Vol. 51, № 4. – С.260-266.

4. Гурвич, И.Н. Тест нервно-психической адаптации / И.Н. Гурвич // Вестник гипнологии и психотерапии. – 1992. – № 3. – С.46-53.

5. Русскоязычная версия DASS-21 [Electronic resource]. – URL: <http://www2.psy.unsw.edu.au/groups/dass/Russian/DASS21Russian.pdf> (дата обращения 17.05.2023).

6. Кулагина, И.Ю. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях / И.Ю. Кулагина, Л.В. Сенкевич // Культурно-историческая психология. – 2015. – Т. 11, № 1. – С.50-60.

Оценка эффективности дифференцированной программы медицинской реабилитации у пациентов после реваскуляризации миокарда в сочетании с хронической вертеброгенной болью в нижней части спины

Галиновская Н.В., Кобылко Л.А.,
Николаева Н.В., Табанькова Ю.В.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (далее – ССЗ) не только являются причиной преждевременной смертности и инвалидизации населения, но и оказывают значительное отягощающее воздействие на системы здравоохранения и социальной защиты. Неотъемлемым компонентом лечебно-реабилитационного процесса пациентов после реваскуляризации миокарда является кардиологическая реабилитация [1]. В Республике Беларусь разработаны Национальные рекомендации по проведению медицинской реабилитации (далее – МР) и Клинический протокол с перечнем необходимых реабилитационных мероприятий [2, 3]. МР предполагает персонализированный подход к составлению индивидуального плана реабилитации пациента (далее – ИПРП), основанный на имеющихся функциональных нарушениях (далее – ФН) и ограничениях жизнедеятельности (далее – ОЖ) [2, 3].

Немаловажной проблемой, с которой сталкивается врач-реабилитолог при составлении ИПРП пациента перенесшего реваскуляризацию миокарда, является коморбидность [4]. Сочетание болевого синдрома в области грудной клетки, у пациентов после реваскуляризации, с болью в нижней части спины, не считаются значимым [2, 3, 4]. Однако при анализе публикаций, среди наиболее частых дезадаптирующих синдромов, скелетно-мышечные проявления занимают первое место, что существенно

затрудняет применение физической составляющей реабилитационных мероприятий.

Цель исследования. Оценка эффективности результатов МР у пациентов после реваскуляризации миокарда в сочетании с хронической вертеброгенной болью в нижней части спины (далее – ХВБ), проводимой с учетом ведущих дезадаптирующих болевых синдромов.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное продолжительное рандомизированное исследование 90 пациентов с хроническим коронарным синдромом (далее – ХКН). 80 из которых была выполнена операция реваскуляризации миокарда (по поводу хронической ишемической болезни сердца, острого коронарного синдрома с подъемом и без подъема сегмента ST), страдающих ХВБ. 10 пациентов с ХКН, не подверглись хирургическому вмешательству. Пациентам группы исследования проводилась поздняя МР в срок от 6-ти месяцев до 1 года. Средний возраст пациентов после реваскуляризации миокарда составил 62 [56;67] лет. Мужчины – 61% (n=55), женщины – 39% (n=35). В группе пациентов без проведения реваскуляризации миокарда средний возраст составил 65 [62;68] года. 50% приходилось на (n=5) лиц мужского пола, столько же – на женщин.

Для оценки состояния пациентов до и после курса МР использовалась: визуально-аналоговая и цифровая шкала оценки степени выраженности болевого синдрома кардиогенного и вертеброгенного генеза, анкетные методы обследования (опросник для выявления признаков вегетативных изменений А.М.Вейна, стандартизированный опросник Спилбергера-Ханина, опросник оценки качества жизни SF-36 «Оценка качества жизни» [5].

Набор функциональных проб для определения ФН и ОЖ у пациентов после реваскуляризации миокарда в сочетании с НППМПД: вегетативные пробы, тест шестиминутной ходьбы; мера углов подвижности поясничного отдела позвоночника (боковая ротация, сгибание, разгибание позвоночника, боковые наклоны) для оценки болевого и рефлекторно-тонического синдрома, неврологический осмотр для оценки степени выраженности очагового неврологического дефицита.

Согласно составленной программе МР все пациенты по степени выраженности болевого синдрома кардиогенного и вертеброгенного генеза подразделялись на четыре стартовые категории, наиболее часто встречающиеся среди обследованного контингента: обоюдо легкий болевой синдром, легкий кардиогенный / умеренный вертеброгенный болевой синдром, умеренный кардиогенный / легкий вертеброгенный болевой синдром, умеренный болевой синдром.

Результаты исследования. Применение сформированного комплекса медицинских услуг у пациентов с ХКН в сочетании с ХВБ было оценено

посредством пилотного когортного исследования. Основной группой стала когорта пациентов с обоюдо легким болевым синдромом и применением разработанного комплекса медицинских услуг. Сравнительную группу составили пациенты с той же степени выраженности болевого синдрома, включенных в исследования ранее. Средний возраст основной группы (9 чел.) составил 59 [51,5;65] лет, сравнительной (15 чел.) – 56,5 [52;64]. В обеих группах была только одна женщина.

Как указывалось нами ранее, эффективность реабилитационных мероприятий на санаторно-курортном этапе не достигала должной ни в одной из образованных подгрупп. Распределение болевого синдрома при поступлении и выписке пациентов представлено в таблице.

Как следует из таблицы, степень выраженности обоих синдромов существенно уменьшилась после проведения реабилитационных мероприятий. Однако оценить количественно значимость этих изменений сложно ввиду небольшой численности групп.

Таблица – Динамика выраженности болевых синдромов в группе с разработанным комплексом медицинских услуг (основная) и при случайном выборе (контрольная) у пациентов после реваскуляризации миокарда с ХВБ

Группа	Группа сравнения		Основная группа	
	до МР	после МР	после МР	после МР
кардиогенный болевой синдром	ФК 0 – 14%	ФК 0 – 22%	ФК 0 – 78%	ФК 0 – 53%
	ФК I – 73%	ФК I – 78%	ФК I – 22%	ФК I – 47%
	ФК II – 13%	ФК II – 0%	ФК II – 0%	ФК II – 0%
вертеброгенный болевой синдром	ФК 0 – 0 %	ФК 0 – 0%	ФК 0 – 67%	ФК 0 – 93%
	ФК I – 87%	ФК I – 100%	ФК I – 33%	ФК I – 7%
	ФК II – 13%	ФК II – 0%	ФК II – 0%	ФК II – 0%

Для более объективной оценки нами была выполнена сравнительная эффективность степени выраженности болевых синдромов по шкале ВАШ в цифровом (рисунок 1) и аналоговом варианте (рисунок 2).

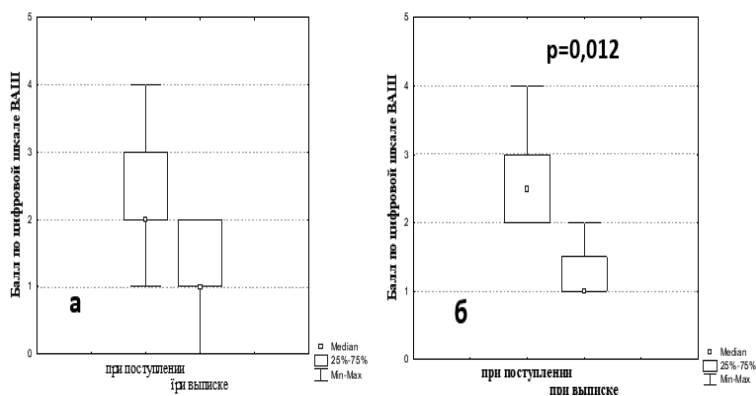


Рисунок 1А – Выраженность кардиогенного болевого синдрома по цифровой шкале ВАШ до и после лечения в группе сравнения (а) и основной группе (б)

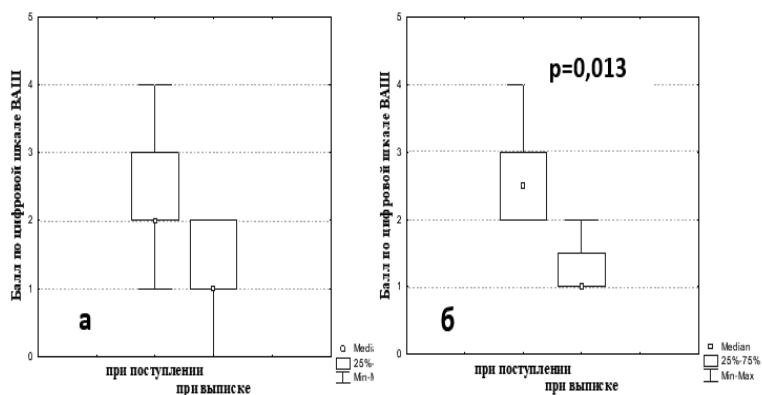


Рисунок 1Б – степень выраженности вертеброгенного болевого синдрома по цифровой шкале ВАШ до и после лечения в группе сравнения (а) и основной группе (б) реваскуляризированных пациентов с ХВБ

Как следует из приведенных рисунков, значимых различий в случае случайного выбора доктором процедур для включения их в ИПМРП выявлено не было, при имеющейся тенденции к уменьшению болевого синдро-

ма. Применение же сформированного комплекса реабилитационных мероприятий показало увеличение эффективности.

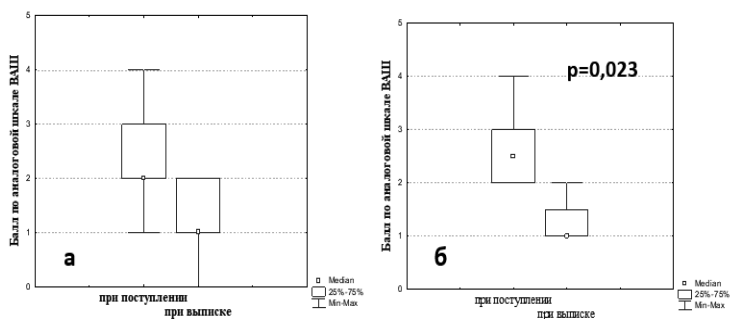


Рисунок 2А – степень выраженности кардиогенного болевого синдрома по аналоговой шкале ВАШ до и после лечения в группе сравнения (а) и основной группе (б) реваскуляризированных пациентов с ХВБ

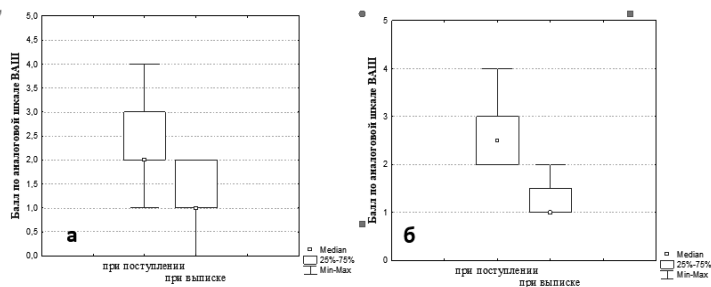


Рисунок 2Б – степень выраженности вертеброгенного болевого синдрома по аналоговой шкале ВАШ до и после лечения в группе сравнения (а) и основной группе (б) реваскуляризированных пациентов с ХВБ

Как видно из представленных изображений, введение в процесс МР упорядоченного перечня медицинских услуг повышает эффективность санаторно-курортного лечения за счет патогенетически обоснованного компонента.

Выводы. Применение дифференцированной программы медицинской реабилитации на санаторно-курортном этапе позволяет увеличить ее эффективность для обеих модальностей болевого синдрома и улучшить

качество жизни пациентов. Таким образом, не вкладывая дополнительных денежных средств, оптимизация процесса позволяет добиться экономического эффекта.

Литература

1. Мрочек, А.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в Республике Беларусь : анализ ситуации и стратегия контроля /А.Г. Мрочек, А.А.Гракович, И.Д. Козлов [и др.]. – Минск: Беларус. наука, 2011. – 341 с.
2. Суджаева, С.Г. Реабилитация больных кардиологического и кардиохирургического профиля (кардиологическая реабилитация): Национальные рекомендации / С.Г.Суджаева [и др.]. – Минск, 2010 – 238 с.
3. Смышчёр, В.Б. Протоколы медицинской реабилитации больных и инвалидов в стационарных и амбулаторно-поликлинических отделениях медицинской реабилитации: Инструкция по применению / В.Б. Смышчёр [и др.]. – Минск, 2005. – 410 с.
4. Смышчёр, В.Б. Программы медицинской реабилитации для больных с основной инвалидизирующей патологией в отделениях медицинской реабилитации санаториев / В.Б. Смышчёр [и др.] // Минск, 2004. – 109 с.
5. Столяренко, Л. Д. Основы психологии: учеб. пособие / Л. Д. Столяренко. – Ростов-н /Д: Феникс, 2005. – 672 с.

Дорожная карта проведения медицинской реабилитации детей с низкорослостью

Дорошенко И.Т., Голикова В.В.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Наиболее актуальный подход на современном этапе развития медицинской реабилитации детей – это использование для описания имеющихся нарушенных функций органов и систем организма, ограничений жизнедеятельности Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ) [1].

Последние исследования демонстрируют огромные возможности оценки состояния здоровья с использованием МКФ у детей с различными заболеваниями и состояниями, в том числе для целей медицинской реабилитации. Также следует учитывать, что возможности МКФ не ограничиваются описанием здоровья людей с инвалидностью. У детей она применима для описания также и единичных отклонений в физическом развитии: нарушения роста, сохранения массы тела, полового развития и иных состояний.

Цель исследования: сформировать дорожную карту проведения ме-

дицинской реабилитации детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низким ростом, на основе международных подходов к проведению реабилитации у лиц с ограничениями жизнедеятельности.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 150 детей-инвалидов с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, в возрасте от 2 до 18 лет и 150 детей не инвалидов с низкорослостью вследствие конституциональной или семейной задержки роста, задержки внутриутробного развития, низкорослостью неуточненного генеза, с сочетанием указанных патологий.

Всем детям было проведено комплексное клинико-экспертное исследование нарушений функций органов и систем организма и ограничений жизнедеятельности, в том числе с позиции МКФ, а также осуществлялась оценка нуждаемости в мероприятиях медицинской реабилитации, оценка реабилитационных возможностей и реабилитационного потенциала (далее – РП). Оценка РП предварительно проводилась по существующим на момент исследования критериям.

В ходе исследования применялась стандартизированная система кодирования МКФ в соответствии с 4-мя разделами классификации: «Функции организма» (bxxx – код домена с позиции МКФ), «Структуры организма» (sxxx), «Активность и участие» (dxxx), «Факторы окружающей среды» (exxx). Ранжирование проблем по разделу «Функции организма», затруднений по разделу «Активность и участие» осуществлялось в зависимости от степени выраженности проблемы (затруднения), где xxx.0 – характеризовало отсутствие или незначительную выраженность (0-4%); xxx.1 – легкую (5-24%); xxx.2 – умеренную (25-49%); xxx.3 – тяжелую (50-95%); 4 – абсолютную или полное отсутствие (96-100%).

Результаты и их обсуждение. Совокупность потенциальных возможностей, прогноз эффективности медицинской реабилитации, максимальная возможность восстановления (компенсации) нарушенных функций органов и систем организма и минимизация или полное устранение имеющихся ограничений жизнедеятельности (вероятность достижения намеченных целей медицинской реабилитации в определенный отрезок времени) для каждого конкретного ребенка определяется уровнем РП.

Для объективной и научно-обоснованной оценки РП у детей-инвалидов с низкорослостью нами была разработана формула расчета реабилитационных возможностей. Предварительно были определены различные нарушения функций и затруднения активности и участия с позиции МКФ, степень выраженности которых значимо влияла ($r \geq 0,50$, $p < 0,05$) на уровень РП детей-инвалидов с низкорослостью, на основе чего были сформированы блоки заинтересованных категорий домена «Активность и участие», влияющих на уровень РП у детей-инвалидов с низкорослостью (рисунок 1) с учетом возраста, и выделен показатель степени выраженности нарушений функций роста (b560), которые вошли в уравнение расчета

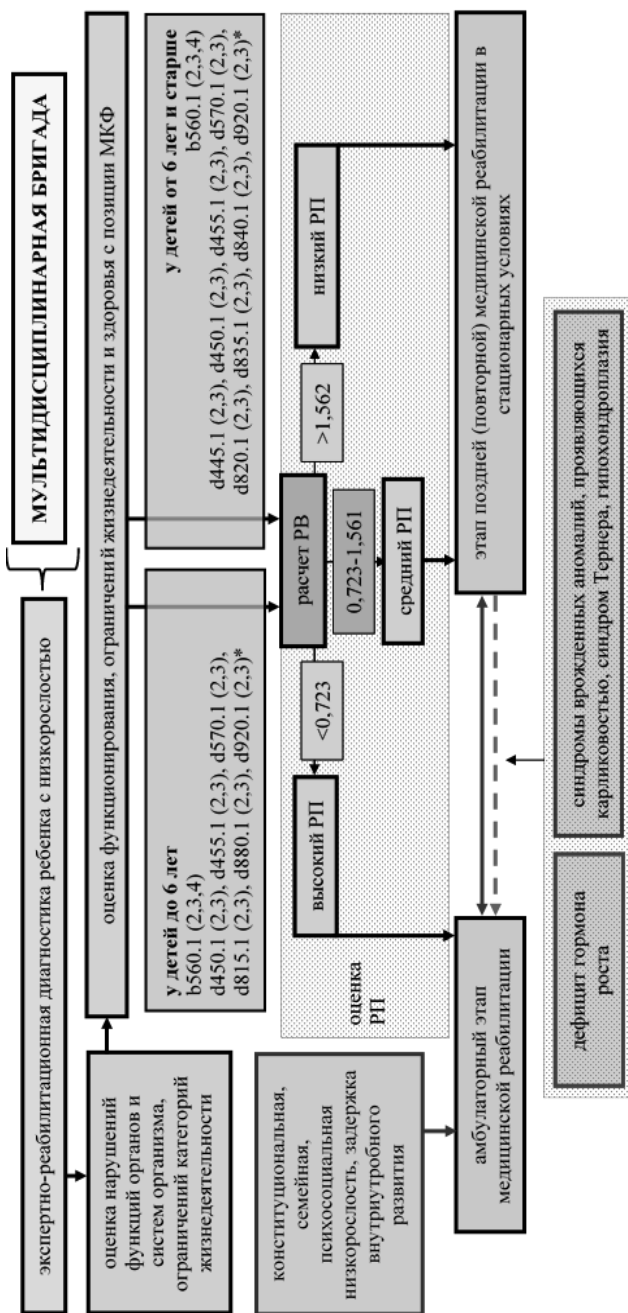
реабилитационных возможностей ($R^2=0,761$, скорректированный $R^2=0,753$) для детей с низкорослостью [7].

Блоки заинтересованных категорий домена «Активность и участие»		
для детей в возрасте до 6 лет		для детей в возрасте от 6 лет и старше
категория домена	домен	категория домена
d450 ходьба ($r=0,65$, $p<0,05$) d455 передвижение способами, отличающимися от ходьбы ($r=0,75$, $p<0,01$)	d4	d445 использование кисти руки ($r=0,70$, $p<0,05$) d450 ходьба ($r=0,81$, $p<0,001$) d455 передвижение способами, отличающимися от ходьбы ($r=0,73$, $p<0,01$)
d570 забота о своем здоровье ($r=0,64$, $p<0,001$)	d5	d570 забота о своем здоровье ($r=0,72$, $p<0,001$)
d815 дошкольное образование ($r=0,55$, $p<0,001$) d880 занятия игрой ($r=0,74$, $p<0,001$)	d8	d820 школьное образование ($r=0,81$, $p<0,001$) d835 школьная жизнь и общественная деятельность ($r=0,60$, $p<0,001$) d840 ученичество ($r=0,77$, $p<0,01$)
d920 развлечения и досуг ($r=0,76$, $p<0,001$)	d9	d920 развлечения и досуг ($r=0,70$, $p<0,001$)

Рисунок 1 – Блоки заинтересованных категорий домена «Активность и участие», оказывающих влияние на РП детей-инвалидов с низкорослостью с учетом возрастного периода

Созданное уравнение позволяло проводить оценку РП с использованием международных подходов, учитывая возраст ребенка, степень выраженности имеющихся нарушений функций роста (b560.x) и затруднений выполнения активности и вовлечения в участие с позиции МКФ (dxxx.x), на основе сформированных блоков заинтересованных категорий домена: высокий РП определяется при реабилитационных возможностях ниже 0,723 баллов, средний – от 0,723 до 1,562 баллов, низкий – выше 1,562 баллов [7].

Всем детям-инвалидам с низкорослостью была проведена оценка РП на основе разработанных критериев и анализ нуждаемости в мероприятиях медицинской реабилитации. Нуждаемость определялась с учетом комплексного и мультидисциплинарного подхода к проведению экспертно-реабилитационной диагностики, формированию цели медицинской реабилитации и оценке имеющихся нарушений функций и затруднений активности и участия.



Примечание: → – лица с синдромами врожденных аномалий, проявляющихся карликовостью, синдромом Тернера, гипохондроплазией; – – – лица с средним и низким РП при дефиците гормона роста; * – определители .1 (2,3,4) после категорий доменов обозначают степень выраженности нарушения указанных функций (bxxx) или затруднений активности и участия (dxxx), где 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 – тяжелые, 4 абсолютные

Рисунок 2 – Дорожная карта проведения медицинской реабилитации детей с низкорослостью в зависимости от РП и нозологии

Детям с низким РП требовался больший объем мероприятий медицинской реабилитации, чем детям со средним и высоким РП, а детям со средним РП – больший объем мероприятий медицинской реабилитации, чем детям с высоким РП ($r=0,29$, $p<0,001$). Кроме того, детям с более низким РП чаще требовалось проведение таких мероприятий, как психотерапия и диетотерапия. Таким образом, определенный РП (высокий, средний и низкий) непосредственно влиял на объем ($p<0,001$) и виды ($p<0,05$) мероприятий медицинской реабилитации, в которых нуждались дети-инвалиды с низкорослостью вследствие синдромов и заболеваний, как на амбулаторном этапе медицинской реабилитации, так и на этапе поздней (повторной) медицинской реабилитации в стационарных условиях.

По результатам проведенного исследования была сформирована дорожная карта проведения медицинской реабилитации пациентов в возрасте до 18 лет с низкорослостью, которая представлена на рисунке 2.

Выводы. Уровень РП непосредственно влиял на объем и виды мероприятий медицинской реабилитации. По результатам проведенного исследования была сформирована дорожная карта медицинской реабилитации детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низким ростом, на основе международных подходов к проведению реабилитации у лиц с ограничениями жизнедеятельности.

Литература

1. Смычэк, В.Б. Медицинская реабилитация: история становления, современное состояние, перспективы развития / В.Б. Смычэк // Физ. и реабилитац. медицина. – 2020. – Т. 2, № 2. – С.7- 17.
2. Об утверждении Национального плана действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов на 2017–2025 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 13 июня 2017 г., № 451 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.
3. International classification of functioning, disability and health: children & youth version: ICF-CY [Electronic resource] / World Health Org. – Geneva : WHO, 2007. – 351 p. – Mode of access: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789241547321_eng.pdf. – Date of access: 06.03.2023.
4. Смычэк, В.Б. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки состояния здоровья детей: теория, инструмент, практика / В.Б. Смычэк, В.В. Голикова, А.В. Копыток. – Минск: Колорград, 2021. – 350 с.
5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в практике детского реабилитолога: учеб. пособие / Т.Т. Батышева [и др.]. – М.: Нац. ассоц. дет. реабилитологов: РУДН, 2020. – 104 с.
6. О порядке организации и проведения медицинской реабилитации пациентов в возрасте до 18 лет [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31 янв. 2018 г., № 65 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.
7. Дорошенко, И. Т. Оценка реабилитационного потенциала у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью / И.Т. Дорошенко, В.В. Голикова // БГМУ в авангарде медицинской науки и практики: рец. ежегод. сб. науч. тр. / Белорус. гос. мед. ун-т; под ред. С. П. Рубниковича, В. А. Филонюка. – Минск, 2021. – Вып. 11. – С.338-344.

Социальная реабилитация детей с низкорослостью

Дрошенко И.Т., Голикова В.В.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,

г. Минск, Республика Беларусь

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

г. Минск, Республика Беларусь

Наиболее актуальными аспектами реабилитации в детском возрасте являются медицинская реабилитация, социальная реабилитация и профессиональная ориентация как аспект профессиональной реабилитации. Важным мероприятием социальной реабилитации детей-инвалидов является социально-педагогическая поддержка, которая, в частности, направлена на включение их в социальную среду, и психологическая помощь [1]. Основу социальной среды любого ребенка составляют семейная и образовательная среда.

Цель исследования: сформировать мероприятия социальной реабилитации детей-инвалидов вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью, с учетом реабилитационного потенциала.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 150 детей-инвалидов с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, в возрасте от 2 до 18 лет. Всем детям было проведено комплексное клинико-экспертное исследование нарушений функций органов и систем организма и ограничений жизнедеятельности, в том числе с позиции Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, а также осуществлялась оценка нуждаемости в мероприятиях социальной реабилитации, оценка реабилитационных возможностей и реабилитационного потенциала. Оценка реабилитационного потенциала проводилась по разработанным ранее критериям на основе уравнения расчета реабилитационных возможностей в баллах ($R^2=0,761$, скорректированный $R^2=0,753$): высокий реабилитационный потенциал определялся при реабилитационных возможностях ниже 0,723 баллов, средний – от 0,723 до 1,562 баллов, низкий – выше 1,562 баллов [2].

Результаты и обсуждение. Воздействие семейной среды на ребенка с низкорослостью отражается в индивидуальных установках семьи и ближайших родственников (e410 – код с позиции Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья), которые формируют комплаентность к длительной и, в некоторых случаях, многокомпонентной заместительной гормональной терапии, указанные установки являлись облегчающим фактором окружающей среды у 22,0% (ДИ: 16,1-29,3) детей-инвалидов с низкорослостью, а сама заместительная гормональная терапия и необходимость приема иных сильнодействующих

лекарственных средств (e1101 – ЛС) – у 61,3% (ДИ: 53,4-68,8), что обуславливало нуждаемость детей с низкорослостью и их законных представителей в психологической поддержке.

Образовательная среда включает в себя образовательную инфраструктуру (классы и группы для обучения и воспитания), взаимодействие в ходе образовательного процесса (с педагогами, сверстниками и др.) и методологическое обеспечение (образовательные программы). Образовательная среда направлена на разностороннее развитие личности воспитанника или учащегося при организации образовательного процесса в учреждении образования, она не только обеспечивает реализацию образовательной программы, но и включает создание специальных условий для получения образования в соответствии с состоянием здоровья ребенка и его познавательными возможностями и способностями с учетом возрастных и индивидуальных особенностей, направлена на развитие творчества, досуга, физической культуры и спорта [3]. В ходе исследования всем организованным детям-инвалидам (116 чел.; 77,3%, ДИ: 70,0-83,3) проводилась оценка образовательной среды.

В специально созданных условиях для получения образования в виде обучения по образовательным программам специального образования нуждались 3,5% (ДИ: 1,4-8,5%) из 116 организованных детей, в 50,0% (ДИ: 15,0-85,0) случаев – на уровне общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью. Работники сферы образования (e360 – работники других профессиональных сфер) позволяли снизить имеющиеся затруднения в получении дошкольного (d815), школьного (d820) и профессионального (d840) образования у 24,7% (ДИ: 18,5-32,1) детей.

В создании специальных условий для получения образования в учебных помещениях за счет оснащения мебелью (партами, стульями и др.), которая соответствует антропометрическим данным (либо различным приспособлениям), нуждались 19,8% (ДИ: 13,6-28,0) организованных детей (116 чел.). Отсутствие адаптивной образовательной среды (для воспитания и обучения), соответствующей антропометрическим параметрам ребенка, приводило к возникновению барьеров окружающей среды у 15,3% (ДИ: 10,4-22,0) детей (e1150).

Был проведен анализ взаимосвязи между уровнем реабилитационного потенциала ребенка с низкорослостью и нуждаемостью в мероприятиях социально-педагогической поддержки, в ходе которого было определено, что со снижением реабилитационного потенциала нуждаемость детей в социально-педагогической поддержке возрастает ($\chi^2=20,7$, $df=2$, $p<0,001$, $\phi_c=0,37$).

Оценка нуждаемости в технических средствах социальной реабилитации позволила установить, что указанные средства социальной реабилитации требовались только 3,3% (ДИ: 1,4-7,6) детей, из них 80,0% (ДИ: 37,5-96,4%) нуждались в очковой коррекции.

На основании проведенного исследования был сформирован перечень мероприятий социальной реабилитации детей с низкорослостью с учетом реабилитационного потенциала, который представлен в таблице.

Таблица – Мероприятия социальной реабилитации для детей-инвалидов с низкорослостью с учетом реабилитационного потенциала

Показатель		Социальная реабилитация				
		Социально-педагогическая поддержка		Психологическая помощь	Развитие творчества, досуга, физической культуры и спорта	Технические средства социальной реабилитации
1		2		3	4	5
Уровень реабилитационного потенциала	Низкий	Формирование адаптивного поведения, регуляция психоэмоционального состояния, коррекция нарушений развития, предупреждение и коррекция нарушений поведения, организация социального контроля за условиями воспитания и проживания.	Оснащение образовательной среды мебелью (партами, стульями и др.) либо иными приспособлениями, которые соответствуют антропометрическим параметрам.	Оказание психологической помощи индивидуально и/или в составе группы.	Создание условий, способствующих развитию и занятию творчеством в учреждениях образования (основного, специального, дополнительного), на дому.	Обеспечение технических средствами социальной реабилитации в соответствии с потребностями детей-инвалидов с учетом имеющихся сопутствующих или ассоциированных заболеваний.
	Средний			Оказание психологической помощи индивидуально и/или в составе группы.		
	Высокий		-	Оказание психологической помощи в составе группы.		
Взаимосвязанные факторы окружающей среды с позиции МКФ		е360 работники других профессиональных сфер	е1150 изделия и технологии для личного использования при повседневной жизни	е355 профессиональные медицинские работники е360 работники других профессиональных сфер е410 индивидуальные установки семьи и ближайших родственников	е1150 изделия и технологии для личного использования при повседневной жизни	е1150 изделия и технологии для личного использования при повседневной жизни

Заключение. Таким образом, был сформирован перечень мероприятий социальной реабилитации детей-инвалидов с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, с учетом реабилитационного потенциала, который вошел в дальнейшем в комплексную технологию реабилитации данных лиц.

Литература

1. О правах инвалидов и их социальной интеграции [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 30 июня 2022 г., № 183-З // Пех. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.
2. Дорошенко, И.Т. Оценка реабилитационного потенциала у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью / И.Т. Дорошенко, В.В. Голикова // БГМУ в авангарде медицинской науки и практики : рец. ежегод. сб. науч. тр. / Белорус. гос. мед. ун-т ; под ред. С. П. Рубниковича, В. А. Филонюка. – Минск, 2021. – Вып. 11. – С.338-344.
3. Об изменении кодекса Республики Беларусь об образовании [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 14 янв. 2022 г., № 154-З // Пех. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

Алгоритм консультирования для профессиональной ориентации детей с низкорослостью, достигших 14-летнего возраста

Дорошенко И.Т., Горустович Л.Н.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,
г. Минск, Республика Беларусь

Важный аспект успешной социализации и социальной интеграции в общество детей с низкорослостью – помощь в выборе профессии, показанной им по состоянию здоровья, а в дальнейшем – получение профессионального образования.

Цель исследования: сформировать алгоритм профессионального консультирования детей с заболеваниями и синдромами, проявляющимися низкорослостью.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 30 детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью в возрасте от 14 до 18 лет. Всем детям было проведено комплексное клинικο-экспертное исследование нарушений функций органов и систем организма и ограничений жизнедеятельности, в том числе с позиции Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

В ходе исследования было установлено, что детям-инвалидам с низкорослостью в возрасте 14-17 лет (13 чел.) с учетом имеющейся патологии, ассоциированной с низкорослостью, и сопутствующих заболеваний, нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности в большинстве случаев (92,3%, ДИ: 66,7-98,6) было противопоказано освоение специальностей, подразумевающих работы во вредных и/или опасных условиях труда. Кроме того, у 38,5% (ДИ: 17,7-64,5) детей-инвалидов при проведении профессиональной ориентации необходимо было исключить на прогнозируемом (будущем) рабочем месте такие показатели тяжести трудового процесса, как статическая и физическая динамическая нагрузка, подъем и перемещение тяжестей вручную. Следует отметить, что у всех детей не инвалидов, достигших 14-летнего возраста (17 чел.), не отмечалось противопоказаний к работам во вредных и/или опасных условиях труда на прогнозируемом рабочем месте в отличие от детей-инвалидов ($p^* < 0,001$, $\phi = 0,93$). У 11,8% (ДИ: 3,3-34,3) детей не инвалидов требовалось исключить некоторые показатели тяжести трудового процесса.

Результаты и обсуждение. Алгоритм профессионального консультирования детей с заболеваниями и синдромами, проявляющимися низкорослостью, состоял из следующих пунктов:

1. Оценка степени выраженности значимых для выбора профессии и получения профессионального образования нарушений функций и затруднений активности и возможности участия с позиции МКФ с учетом факторов окружающей среды, имеющихся у детей с низкорослостью (вследствие синдромов и заболеваний):

- b117 – интеллектуальные функции,
- b410 – функции сердца,
- b455 – функции толерантности к физической нагрузке,
- b540 – общие метаболические функции,
- b555 – функции эндокринных желез,
- b710 – функции подвижности суставов,
- b730 – функции мышечной силы,
- b735 – функции мышечного тонуса,
- b740 – функции мышечной выносливости,
- d160 – концентрация внимания,
- d250 – организация собственного поведения,
- d415 – поддержание положения тела,
- d430 – поднятие и перенос объектов,
- d440 – использование точных движений кисти,
- d445 – использование кисти руки,
- d450 – ходьба,
- d455 – передвижение способами, отличающимися от ходьбы,

d460 – передвижение в различных местах.

В соответствии со степенью выраженности нарушений или затруднений реализации домена, где bxxx – код МКФ-категорий домена, представленных в разделе «Функции организма», dxxx – код МКФ-категорий домена, представленных в разделе «Активность и участие», xxx – цифровое обозначение кода в классификации: если у ребенка отмечается легкое нарушение или легкое затруднение реализации в категории домена, то выставляется bxxx.1 и dxxx.1 соответственно; если умеренное, bxxx.2 и dxxx.2 соответственно; если тяжелое, bxxx.3 и dxxx.3; если абсолютное, то bxxx.4 и dxxx.4.

2. Формирование профессионально-консультативного заключения при проведении профессиональной ориентации детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью:

2.1. проведение профессиональной ориентации – собеседование с определением профессиональных намерений, склонностей и интересов: выясняются профессии и уровень образования (профессиональное техническое, среднее специальное, высшее образование), которые ребенок желает освоить, а также мотивы его выбора;

2.2 коррекция профессиональных намерений в соответствии с имеющимися у лица в возрасте 14 лет и старше склонностей и интересов методами профессиональной ориентации: путем предоставления информации, профессиональной пропаганды и профессиональной агитации с целью предоставления объективной характеристики избранных им профессий с возможностью профессионального становления, формирования будущей карьеры (с учетом состояния здоровья, имеющихся нарушений функций и ограничений категорий жизнедеятельности), востребованности профессии на рынке труда, экономической обеспеченности при правильно организованном профессиональном выборе;

2.3 подбор профессии к освоению на уровне профессионального технического, среднего специального, высшего образования и профессиональной подготовке;

2.4 проведение профессиональной диагностики с целью осуществления профессионального подбора (далее – профподбора) примерного перечня профессий, доступных по состоянию здоровья к обучению с учетом возможности последующего трудоустройства, определения нуждемости ребенка в организации специальных условий для получения образования и последующей занятости;

2.5 формирование профессиональных намерений на основе подобранного примерного перечня профессий с использованием методов профессиональной пропаганды, профессиональной агитации, результатов профессиональной диагностики;

2.6 профподбор с целью обеспечения последующей занятости ребенка:

2.6.1. подбор примерного перечня профессий с учетом состояния здоровья ребенка, имеющихся нарушений функций и ограничений жизнедеятельности, медицинских противопоказаний к обучению;

2.6.2. определение требований, предъявляемых к профессиям (составом работ, предусмотренным профессиональной принадлежностью), к состоянию нарушенной функции по данным профессиографических исследований с учетом эргономических характеристик оборудования, соблюдая принцип их соответствия антропометрическим показателям (рост стоя, рост сидя, длина верхних и нижних конечностей и др.): доступность рабочей поверхности органов управления оборудованием, возможность манипуляции ими и др.;

2.6.3. оценка показателей тяжести и напряженности трудового процесса, установление класса условий труда на будущем рабочем месте, оценка факторов и показателей производственной и учебно-производственной среды, оказывающих неблагоприятное влияние на нарушения функций у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью.

Нарушения функций и затруднения активности и участия с позиции МКФ у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, взаимосвязанные с показателями тяжести и напряженности трудового процесса:

перемещение в пространстве на рабочем месте – d450 ходьба, d455 передвижение способами, отличающимися от ходьбы, d460 передвижение в различных местах;

стереотипные рабочие движения – b710 функции подвижности суставов, d440 использование точных движений кисти, d445 использование кисти руки;

точные координированные движения кисти – d440 использование точных движений кисти, d445 использование кисти руки;

подъем и перемещение тяжестей вручную – b410 функции сердца, b455 толерантность к физической нагрузке, b710 функции подвижности суставов, b730 функции мышечной силы, b735 функции мышечного тонуса, b740 функции мышечной выносливости, d430 поднятие и перенос объектов;

неудобная, фиксированная и/или вынужденная рабочая поза – b455 функции толерантности к физической нагрузке, b730 функции мышечной силы, b735 функции мышечного тонуса, b740 функции мышечной выносливости, d415 поддержание положения тела, d430 поднятие и перенос объектов;

статическая и физическая (динамическая) нагрузка – b410 функции сердца, b455 функции толерантности к физической нагрузке, b730 функции мышечной силы, b735 функции мышечного тонуса, b740 функции мышечной выносливости, d415 поддержание положения тел, d430 поднятие и перенос объектов;

интеллектуальные, сенсорные, эмоциональные нагрузки – b117 интеллектуальные функции, d160 концентрация внимания, d250 организация собственного поведения.

Факторы и показатели производственной среды, оказывающие неблагоприятное влияние на нарушения функций сердца (b410) у детей с низкорослостью: производственная вибрация, производственный шум, повышенное атмосферное давление, повышенная температура воздуха, тепловое излучение; на нарушения функций эндокринных желез (b555) и общих метаболических функций (b540): химические вещества 1-го и/или 2-го класса опасности.

2.6.4. установление факта необходимости «большого напряжения» нарушенной функции организма при выполнении работ и в условиях производственной, учебно-производственной среды, предусмотренной профессиональной принадлежностью и рабочим местом у детей с низкорослостью;

2.6.5. прогнозирование доступности профессионального труда для детей с низкорослостью по окончании профобучения, профподготовки по медицинским показаниям к условиям труда;

2.7. формирование перечня специальностей и квалификаций, доступных к обучению ребенка, с указанием уровней профессионального образования с учетом необходимости (в случае определения необходимости) организации специальных условий для обучения, последующей занятости; выбор формы обучения и рекомендаций к уровню профессионального образования;

2.8. составление (формирование) консультативного заключения.

Заключение. Таким образом, был сформирован алгоритм профессионального консультирования детей с заболеваниями и синдромами, проявляющимися низкорослостью, который позволил улучшить качества жизни пациентов за счет индивидуального подхода при формировании индивидуальной программы реабилитации, абилитации ребенка-инвалида и выборе профессии и планировании профессиональной карьеры, что, в дальнейшем, внесет существенный вклад в гарантирование экономической самостоятельности пациента с низкорослостью вплоть до наступления пенсионного возраста и, как следствие, будет способствовать удовлетворению потребностей инвалидов, их самореализации, интеграции в общество и расширению рамок их независимости.

Реабилитационный диагноз и его значение в медицинской реабилитации

Емельянов Г.А., Святская Е.Ф., Жукова Т.В., Сикорская И.С.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Безусловно, основной задачей медицинской реабилитации является максимально возможное и полноценное восстановление функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата, а также предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, т. е. осуществление мер вторичной профилактики.

Успешность проводимых реабилитационных мероприятий, да и в целом, медицинской реабилитации во многом зависит от правильности определения целей и задач медицинской реабилитации, реабилитационного потенциала и прогноза, соответствующего формированию программы реабилитации и ее выполнения.

Таким инструментом в настоящее время является Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ), которая позволяет смещать фокус от причины заболевания к его последствиям, производить оценку различных уровней здоровья по универсальной «шкале» здоровья и инвалидности.

Для врачей-клиницистов (-реабилитологов) одним из важнейших критериев в использовании МКФ, является возможность формирования реабилитационного диагноза.

В основу реабилитационного диагноза положен не только нозологический подход отражающий критерии оценки функциональных последствий заболевания (травмы), но и функционирование, т.е. реабилитационный диагноз сочетает в себе и постановку клинического (нозологического) диагноза (МКБ-10) и определение функциональной недостаточности, включающей в себя описание возникших повреждений – клинко-функциональных и морфологических расстройств (чувствительности, двигательных, функциональные дефициты, выраженную дыхательную, сердечную, эндокринную недостаточность) и последовавших за этим нарушений бытовых и профессиональных навыков, ограничений участия в значимых для индивида событий частной и общественной жизни, влияние факторов окружающей среды, облегчающих или осложняющих выполнение основных функций. К примеру, реабилитационный диагноз больного, перенесшего мозговой инсульт может звучать так: «Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии, острый период, отсутствие восстановления нару-

шенных функций. Выраженный вялый правосторонний гемипарез, достигающий в кисти и стопе степени пlegии; умеренные боли в правом плечевом суставе при активных движениях; умеренно выраженное снижение поверхностной и глубокой чувствительности в правых конечностях. Выраженная тревожная депрессия. Низкий уровень бытовой и социальной активности (необходима посторонняя помощь при передвижении, приеме пищи, одевании, пользовании туалетом; значительное снижение круга общения и интересов)».

Реабилитационный диагноз формируется специалистами мультидисциплинарной бригады при поступлении на медицинскую реабилитацию и корректируется, при необходимости, в процессе ее проведения.

Таким образом, реабилитационный диагноз в отличие от клинического диагноза позволяет оценить все составляющие здоровья, поскольку непреложным принципом его формирования является мультидисциплинарный подход, что является ключевым моментом в определении всего спектра целей (краткосрочных и долговременных), а также для определения реабилитационного потенциала (медицински обоснованной вероятности достижения намеченных целей реабилитации в заданный отрезок времени с учетом характера заболевания и его течения, индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей пациента, то есть наличия достаточного реабилитационного потенциала) и прогноза, составления программы реабилитации для пациентов и индивидуальной программы реабилитации для пред- и инвалидов, оценки эффективности проведенной реабилитации и дальнейших рекомендаций при выписке. В значительной мере определяет последовательность этапов, интенсивность и длительность проведения реабилитационных мероприятий.

И, в заключение, реабилитационный диагноз должен быть понятен не столько врачам мультидисциплинарной бригады, сколько специалистам и не специалистам, вовлеченным в реабилитационный процесс.

Физическая активность для пациентов с артериальной гипертензией

Жукова Т.В., Емельянов Г.А., Святская Е.Ф., Сикорская И.С.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Артериальная гипертензия (далее – АГ) – это состояние, широко распространенное в мире. Эссенциальная артериальная гипертензия составляет 90-95% случаев АГ. Важность этой медико-социальной проблемы

обусловлена не только высокой распространенностью, но и инвалидизацией населения, а также большим количеством осложнений. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире по причине повышенного артериального давления умирают 9,5 млн человек. В связи с этим одной из глобальных целей ВОЗ в борьбе с неинфекционными заболеваниями является снижение повышенного артериального давления на 25% к 2025 г. Доказано в процессе многолетних наблюдений, что у лиц с высоким артериальным давлением (АД) в 3-4 раза чаще развивается ишемическая болезнь сердца и в 7 раз чаще острое нарушение мозгового кровообращения. Таким образом, вопросы лечения и реабилитации АГ являются актуальными для здравоохранения.

Одним из условий коррекции образа жизни при артериальной гипертензии является адекватная физическая активность. Пациентам следует рекомендовать умеренные или активные аэробные нагрузки. Интенсивность может выражаться в абсолютных или в относительных значениях.

Абсолютная интенсивность – это количество энергии, затрачиваемой за минуту активности, она оценивается по потреблению кислорода за единицу времени (мл/мин или л/мин) или с помощью метаболического эквивалента (далее – МЕТ).

МЕТ оценивается как расход энергии во время отдыха в сидячем положении. Считается, что 1 МЕТ соответствует 3,5 мл O_2 /кг/мин. Однако, измерение аэробной нагрузки в абсолютных значениях не учитывает отдельные факторы, такие как вес тела, пол и уровень физической подготовки. Так, для лиц более старшего возраста интенсивность в 6 METs может быть максимальной, в то время как более молодой человек, работающий с такой же абсолютной интенсивностью 6 METs, может упражняться умеренно.

Относительная интенсивность – это уровень усилий, необходимых для выполнения деятельности. Менее физически подготовленные люди, как правило, используют больше усилий, чем более подготовленные, для выполнения той же деятельности. Относительная интенсивность определяется с помощью индивидуального уровня кардиореспираторного состояния (VO_{2max}) или в процентах от реальной или предполагаемой максимальной ЧСС (% максЧСС), которая составляет «220 – возраст». Относительная интенсивность также может выражаться в виде показателя индивидуального темпа усилий – насколько тяжело человеку во время выполнения нагрузки (субъективно воспринимаемая напряженность) или по частоте дыхания (так называемый «тест разговора»).

Интенсивность легкая METs 1,1-2,9: ходьба <4,7 км/ч, легкая работа по дому, % макс ЧСС 50-63.

Интенсивность умеренная METs 3-5,9: быстрая ходьба (4,8-6,5 км/ч), медленная езда на велосипеде (15 км/ч), малярные работы/декорирование, работа пылесосом, садоводство (кошение газона), гольф, теннис (парный), бальные танцы, аквааэробика. % макс ЧСС 64-76; «тест разговора» – дыхание учащенное, но пациент может говорить полными предложениями.

Интенсивная METs ≥ 6 : Быстрая ходьба на беговой дорожке, бег трусцой или обычный бег, езда на велосипеде >15 км/ч, интенсивное садоводство (копание земли, работа мотыгой), плавание по дорожкам, теннис (одиночный); % макс ЧСС 77-93; «тест разговора» – дыхание очень тяжелое, пациенту некомфортно говорить.

Рекомендовано заниматься умеренной физической нагрузкой не менее 30 мин/день 5 дней в неделю (т.е. 150 мин/нед.) или интенсивной нагрузкой не менее 15 мин/день 5 дней в неделю (т.е. 75 мин/нед.), или комбинировать оба вида нагрузки в виде сеансов длительностью не менее 10 мин. Более короткие тренировки (например, по 10 мин) также могут быть приемлемыми, особенно у крайне нетренированных лиц. Для контроля липидов или массы тела предлагаются более длительные упражнения – по 40 и 60-90 мин/день, соответственно.

Для пациентов находящихся на медикаментозной терапии важно учитывать возможное искажение реакции ЧСС и обратиться к другим параметрам относительной интенсивности. Относительная мера интенсивности является более подходящей для пожилых и нетренированных лиц.

Адекватный режим тренировки для пациентов с АГ 1 ст. – 60-75% ЧСС; АГ 2 ст. – 40-65% максимального для возрастной группы.

При выборе физических нагрузок определяют режим, интенсивность, частоту и постепенность физических нагрузок. При этом следует обращать внимание на развитие, характер течения заболевания, профиль факторов риска, наличие поражения органов-мишеней, поведенческие особенности и личные цели и желания.

Выполнение физической нагрузки пациенты должны осуществлять в присутствии медицинского персонала с контролем АД, пульса.

Изменения функциональных показателей при адекватной физической нагрузке должны возвращаться к исходному уровню в течение 2-3 мин (максимально – 5 мин) после окончания нагрузки.

Лечебная физкультура при АГ дает существенный положительный результат. Однако при выполнении физических упражнений, предусмотренных комплексом, следует учитывать: перед началом занятий проконсультироваться с врачом, чтобы определить интенсивность занятий и допустимую нагрузку, обязательно вести дневник самоконтроля, если самочувствие будет ухудшаться, нужно прекратить занятия, внимательно относиться к своему организму, учитывать его потребности, получать наслаждение от занятий физической культурой.

ЛФК имеет и ряд противопоказаний, среди которых следует выделить: общие противопоказания, повышение артериального давления или его значительное снижение, состояние после гипертонического криза, развитие приступа стенокардии, резкая слабость, появление одышки.

Методика ЛФК зависит от стадии заболевания, преобладания различных ее проявлений. Общие требования к методике заключается в сочетании упражнений на общее развитие со специальными упражнениями. Специальные включают в себя: дыхательные, на расслабление различных групп мышц, упражнения для вестибулярного аппарата. Общеразвивающие упражнения способствуют снижению артериального давления, а дыхательные и на расслабление позволяют снизить тонус артерий.

Выделяют специальный комплекс упражнений на расслабление мышечных групп, координацию, развитие равновесия, дыхательные динамические упражнения и упражнения с дозированным усилением динамического характера. Пациентам с АГ следует избегать упражнений, предусматривающих большую амплитуду движения для туловища и головы, а также быстро и резко выполняемых упражнений, для которых характерно длительное статическое усилие.

Использование международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки нуждаемости инвалидов с нарушениями психических функций в сопровождаемом проживании

Ишутина И.С., Ходаковский М.Д., Шабанова О.А., Павлова С.В.,
Сокуров А.В., Аверочкина Э.Н.

ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов
им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты
Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

В 2018 Комитет по правам инвалидов ООН выразил обеспокоенность о значительном количестве инвалидов с нарушениями психических функций, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания [1]. В связи с этим правительство Российской Федерации утвердило Концепцию комплексной реабилитации инвалидов, где особое внимание уделено развитию стационарзамещающих технологий, в том числе сопровождаемому проживанию. Однако в Российской Федерации отсутствует единая шкала оценки нуждаемости инвалидов в сопровождаемом проживании.

Современная реабилитация инвалидов руководствуется биопсихосоциальным подходом, который включает в себя не только медицинскую помощь, но и социальную адаптацию человека с ограниченными возможностями. В связи с этим реабилитационную помощь на современном этапе выполняет мультидисциплинарная команда, которая может состоять из медицинских работников, психологов, специалистов в сфере образования и культуры, социальных работников [2].

Для описания выраженности нарушений психических функций существует большое количество оценочных инструментов (например, шкала PANSS для шизофрении или шкала Бека для депрессии). Однако они имеют большую ценность для диагностики или контроля лечения. Для оценки реабилитационных мероприятий в Великобритании был разработан опросник LSP – 16, однако в его основе лежит только наблюдение за инвалидом. К тому же, он официально не переведен на русский язык, что затрудняет его использование.

Таким образом, при разработке критериев нуждаемости в сопровождаемом проживании нужно руководствоваться следующими принципами: универсальность для каждого специалиста мультидисциплинарной команды, возможность оценки не только медицинского состояния исследуемого, но и исполнения повседневных обязанностей, участие инвалида с нарушениями психических функций и его ближайшего окружения в оценке нуждаемости.

В 2001 году Всемирная организация здравоохранения утвердило международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ) [2]. В ее основе лежит оценка составляющих здоровья, а не последствий болезни, что позволяет ее использовать при любых этиологических формах заболеваний. Ее составляющие представлены на рисунке.

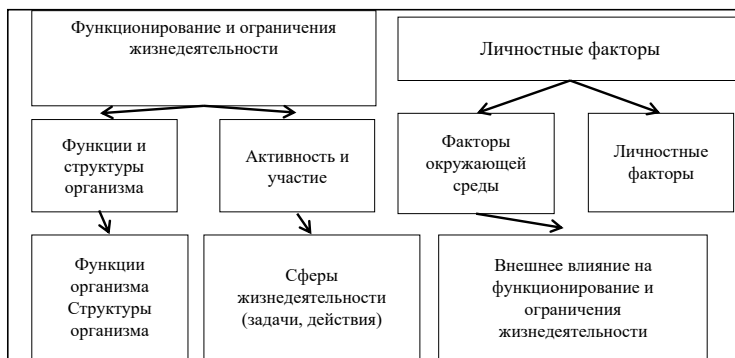


Рисунок – Составляющие международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

Личностные факторы не классифицируются МКФ, но они могут влиять на оценку других составляющих. Например, перед исследованием нуждемости необходимо узнать о желании инвалида проживать самостоятельно, в условиях сопровождаемого проживания, в семье, в психоневрологическом интернате.

Остальные три составляющие МКФ оцениваются с помощью единой шкалы от 0 до 4, где 0 – отсутствие каких либо проблем (нарушений, ограничений, препятствий), а 4 – абсолютные проблемы (нарушений, ограничений, препятствий). Таким образом, каждый специалист мультидисциплинарной бригады может оценить составляющие здоровья инвалида с нарушениями психических функций в понятной для всех форме.

МКФ состоит из составляющих, которые в свою очередь включают в себя домены, а внутри каждого домена – категории, которые являются единицами классификации. Для оценки той или иной категории можно использовать следующие методы: наблюдение, эксперимент (демонстрации навыков), беседа с исследуемым и его ближайшим окружением. Для помощи в оценивании категорий могут применяться уточняющие вопросы и ответы. Пример оценки категорий МКФ для определения нуждемости в сопровождаемом проживании представлены в таблице.

Таблица – Примеры использования категорий МКФ для оценки нуждемости в сопровождаемом проживании

Категории МКФ	Оценка проблемы (нарушений, ограничений, препятствий)
1	2
Функции организма	
Умственные функции	
b11420 Ориентированность в собственной личности Вопросы: Назовите ваши фамилию, имя, отчество. Сколько вам лет? Где вы сейчас живете? Где вы учились? Какое у вас образование? Кто вы по профессии? Чем вы сейчас занимаетесь?	0 – Верно называет свои ФИО, верно и без затруднений сообщает другие личные данные.
	1 – Верно называет свои ФИО, для получения других личных данных требуются дополнительные вопросы и некоторая настойчивость интервьюера.
	2 – Верно называет свои ФИО, но путается в других личных данных или отвечает неуверенно. При корректирующих вопросах и подсказках исправляется.
	3 – Может назвать только имя и фамилию, или отзывается на свое имя и фамилию.
	4 – Не может сообщить данную информацию.

Продолжение таблицы

1	2
Активность и участие	
Обучение и применение знаний	
d140 Усвоение навыков чтения	0 – Правильно читает.
Интервьюер показывает респонденту изображения вывесок.	1 – Читает правильно, но медленно.
Вопрос: Что здесь написано?	2 – Читает по слогам, или при организующей помощи интервьюера.
	3 – Может прочитать (назвать) отдельные буквы.
	4 – Не умеет и/или не может читать.
Самообслуживание	
d510 Мытье	0 – Регулярно и самостоятельно.
Вопросы: Как обычно начинается ваш день? Есть ли у вас возможность принять душ или ванну? Вы пользуетесь душем или ванной самостоятельно или вам кто-то помогает? Вы можете ими пользоваться в любое время? Как часто вы принимаете душ или ванну?	1 – Самостоятельно, но требуются напоминания и контроль.
	2 – Самостоятельно, но иногда требуется ситуационная помощь.
	3 – При принятии душа или ванной требуется помощь банщиков (санитаров, родственников).
	4 – Гигиенические нужды полностью обслуживаются родственниками или персоналом.
Межличностные взаимодействия	
d7100 Уважение и сердечность в отношениях	0 – Понимает и учитывает нужды других людей (задает вопросы о самочувствии, предлагает помощь, оставляет в покое раздраженного человека и т.п.);
Вопросы: Насколько хорошо понимает нужды других людей? Спрашивает ли других людей об их самочувствии? Понимает ли, когда другой человек голоден, устал, занят, раздражен, не хочет общаться, нуждается в помощи? Как это отражается на его поведении?	1 – Понимает нужды других людей, но не всегда учитывает в своем поведении, при получении замечаний корректирует свое поведение;
	2 – Понимает нужды других людей, но не учитывает в своем поведении, необходимы настойчивые разъяснения и требования;
	3 – Может понять нужды других людей на уровне простых сообщений или основных эмоций;
	4 – Не понимает нужды, потребности, эмоциональное состояние других людей в силу имеющихся особенностей или нарушений.

Для установления нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании предлагается оценивать способность инвалида самостоятельно действовать во всех жизненных ситуациях при его жизнеустройстве (далее – автономия инвалида) с учетом имеющихся у него ограничений жизнедеятельности и нарушений функций организма человека.

Учитывая взаимосвязь доменов и категорий друг с другом, результаты оценки нуждаемости можно представить в качестве единой шкалы МКФ, где 0 – отсутствие нарушений автономий лица, сопровождаемое проживание не нужно, 1 – незначительные нарушения

автономии лица, сопровождаемое проживание не нужно, 2 – умеренные нарушения автономии лица, имеется нуждаемость в сопровождаемом проживании в группах, 3 – выраженные нарушения автономии лица, имеется нуждаемость в сопровождаемом проживании в малых группах, 4 – значительно выраженные нарушения автономии лица, имеется нуждаемость в индивидуальном сопровождаемом проживании.

Таким образом, МКФ является универсальной классификацией, которую можно взять за основу опросника оценки нуждаемости инвалидов с нарушениями психических функций в сопровождаемом проживании.

Литература

1. Заключительные замечания по первоначальному докладу Российской Федерации о ходе выполнения Конвенции о правах инвалидов. ООН, 2018г [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/handicapped/272> . - Дата доступа: 30.04.2023.
2. Козлова, Н.В., Использование МКФ в реабилитации: клинический случай / Н.В. Козлова, Т.Е. Левицкая, Е.А. Цехмейструк, И.В. Атаманова // Сибирский психологический журнал. - 2020. - №78. – С.145-155.
3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 г.): проект. — СПб: Человек, 2017. — 262 с.

Потребность детей, впервые признанных инвалидами, в медицинской реабилитации, абилитации

Копыток А.В., Воронец О.А., Зуева А.В.,
Луцинская С.И., Анисович С.В.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,
г. Минск, Республика Беларусь

Международным сообществом отмечается неуклонный рост показателей инвалидности населения. При этом, особую озабоченность вызывает распространенность детской инвалидности. Согласно новому докладу ЮНИСЕФ об инвалидности (10 ноября 2021 г.), число детей с инвалидностью во всем мире оценивается почти в 240 миллионов [1, 2].

Основой политики каждого государства в отношении инвалидов по созданию равных возможностей является их реабилитация. Как подчеркивается в материалах Всемирной организации здравоохранения, реабилитация не ограничивается узкими рамками восстановления отдельных психических и физических функций. Она предполагает комплекс мер, обеспечивающих возможность для инвалидов вернуться либо максимально приблизиться к полноценной общественной жизни. Организация реабилитации и абилитации людей с инвалидностью в т.ч. детей с инвалидностью, должна быть основана на персонифицированном сочетании оптимально подходя-

щих реабилитационных услуг и мероприятий.

Медицинская реабилитация (далее – МР) является важной составляющей многогранного единого процесса реабилитации, так как она стоит у истоков реабилитации и начинается с применения медицинских мероприятий, от успешности которых зависят возможности реализации других аспектов реабилитации.

Кроме того, четкое представление о потребности населения в МР имеет большое значение для ее развития и планирования [3].

С учетом вышеизложенного актуальным представляется оценка потребности детей, впервые признанных инвалидами (далее – ВПИ), в мероприятиях медицинской реабилитации, абилитации.

Цель исследования: изучить потребность детей ВПИ в мероприятиях медицинской реабилитации, абилитации.

Материалы и методы исследования. Для оценки потребности в медицинской реабилитации, абилитации сформирована выборочная совокупность, в которую вошли 4 626 детей ВПИ, на которых была составлена индивидуальная программа реабилитации, абилитации (далее – ИПРА) ребенка-инвалида по результатам освидетельствования в медико-реабилитационных экспертных комиссиях.

Обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel.

Результаты исследования. В соответствии с Законом Республики Беларусь «О правах инвалидов и их социальной интеграции» медицинская реабилитация инвалидов включает комплекс медицинских услуг, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных в результате заболевания функций органов или систем организма инвалида и осуществляется в соответствии с ИПРА инвалида [4].

ИПРА ребенка-инвалида состоит из трех разделов [5]:

- раздел I Программа медицинской реабилитации, абилитации;
- раздел II Программа профессиональной и трудовой реабилитации;
- раздел III Программа социальной реабилитации.

МРЭК определяет нуждаемость в мероприятиях медицинской реабилитации, абилитации, профессиональной и трудовой реабилитации, социальной реабилитации, сроки их проведения и исполнителей.

Анализ ИПРА детей-инвалидов показал, что среди детей ВПИ установлена наибольшая потребность в мероприятиях медицинской реабилитации, абилитации. Программа медицинской реабилитации, абилитации (далее – ПМРА) была составлена для 96,0% (95ДИ:95,4-96,6) детей.

Статистически значимых различий в потребности детей ВПИ в медицинской реабилитации, абилитации в зависимости от пола не выявлено. ПМРА была составлена у 96,6% девочек и у 95,6% мальчиков. Дети ВПИ,

проживающие в селе достоверно чаще ($p < 0,001$) нуждались в мероприятиях медицинской реабилитации, абилитации по сравнению с жителями города. ПМРА составлялась в 99,6% и 95,3% случаев соответственно (рисунок 1).

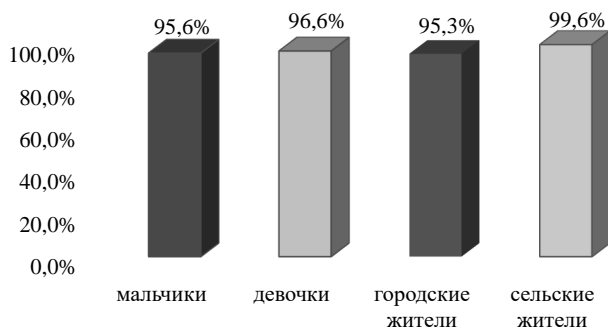


Рисунок 1 – Потребность детей ВПИ в медицинской реабилитации, абилитации в зависимости от пола и места жительства (%)

Высокие показатели потребности в медицинской реабилитации, абилитации отмечены среди детей всех возрастных групп. Однако при этом ПМРА при первичном освидетельствовании детей в возрасте 0-4 года и в возрасте 10-14 лет составлялась в 96,8% случаев, что достоверно ($p < 0,01$) превышает аналогичный показатель в других возрастных группах. Среди детей ВПИ в возрасте 5-9 лет, потребность в мероприятиях медицинской реабилитации, абилитации испытывали 94,6% освидетельствованных детей, в возрасте 15-17 лет – 95,8% (рисунок 2).

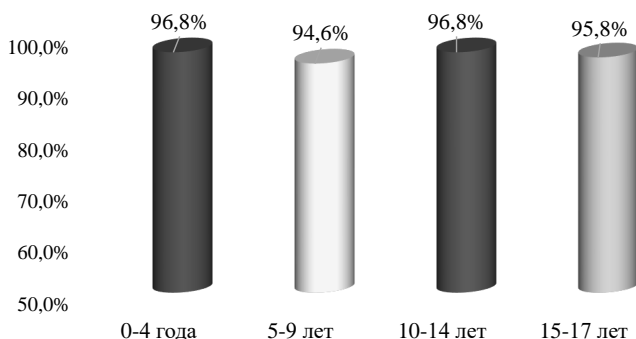


Рисунок 2 – Потребность детей ВПИ в медицинской реабилитации, абилитации в зависимости от возраста (%)

Среди мероприятий медицинской реабилитации, абилитации детей ВПИ наиболее востребованным было предоставление комплекса услуг медицинской реабилитации, абилитации. 99,9% разработанных ПМРА включали заключение о нуждаемости детей в данном комплексе услуг. Заключение о нуждаемости в обеспечении техническими средствами социальной реабилитации, выдаваемых государственными организациями здравоохранения, и индивидуальной программе раннего вмешательства содержали 11,5% и 11,2% разработанных ПМРА соответственно.

Предоставление комплекса услуг медицинской реабилитации, абилитации было наиболее востребованным и занимало первое место в структуре мероприятий, включенных в ПМРА детей независимо от степени утраты здоровья (далее – СУЗ). Так, среди детей ВПИ с установленной СУЗ 2 и СУЗ 4 в 100,0% случаев было вынесено заключение о нуждаемости детей в предоставлении данного комплекса услуг, среди детей с СУЗ 1 и СУЗ 3 – в 99,9% случаев. Второе место в структуре мероприятий, включенных в ПМРА среди детей с СУЗ 1 занимало обеспечение техническими средствами социальной реабилитации, выдаваемых государственными организациями здравоохранения (22,6% случаев), третье – формирование индивидуальной программ раннего вмешательства (5,5%).

В отличие от детей с самой легкой СУЗ 1, в ПМРА детей с более тяжелыми СУЗ чаще определялась потребность в формировании индивидуальной программы раннего вмешательства. Среди детей с СУЗ 2 индивидуальная программа раннего вмешательства внесена в ПМРА в 9,1% случаев, среди детей с СУЗ 3 – в 17,3% случаев, среди детей с СУЗ 4 – в 25,6% случаев. Нуждаемость в обеспечении техническими средствами социальной реабилитации, выдаваемых государственными организациями здравоохранения, составляла 4,9% случаев от сформированных ПМРА детям с СУЗ 1, 7,3% – для детей с СУЗ 3 и 3,7% – для детей с СУЗ 4.

Анализ нуждаемости детей ВПИ в реабилитации с учетом инвалидирующего заболевания показал, что потребность в медицинской реабилитации, абилитации была высокой среди всех детей ВПИ в независимости от класса заболевания, приведшего к инвалидности. Программа медицинской реабилитации, абилитации разрабатывалась в 100,0% случаях освидетельствования детей с инфекционными и паразитарными болезнями, болезнями крови, болезнями уха, болезнями мочеполовой системы (таблица). Также очень высокие показатели нуждаемости регистрировались среди детей, у которых инвалидность наступила вследствие болезней эндокринной системы (99,3%), болезней нервной системы (99,2%), болезней органов пищеварения (99,1%), болезней костно-мышечной системы (99,8%) и врожденных аномалий (99,2%).

Таблица – Потребность детей ВПИ в реабилитации с учетом класса инвалидизирующего заболевания

Классы заболеваний	абс. число	%
1	2	3
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)	7	100,0
Новообразования (C00-D48)	297	98,7
Болезни крови (D50-D89)	69	100,0
Болезни эндокринной системы (E00-E90)	576	99,3
Психические расстройства (F00-F99)	1173	88,5
Болезни нервной системы (G00-G99)	586	99,2
Болезни глаза (H00-H59)	100	94,3
Болезни уха (H60-H95)	104	100,0
Болезни системы кровообращения (I00-I99)	49	96,1
Болезни органов дыхания (J00-J99)	23	95,8
Болезни органов пищеварения (K00-K93)	116	99,1
Болезни костно-мышечной системы (M00-M99)	414	99,8
Болезни мочеполовой системы (N00-N99)	55	100,0
Врожденные аномалии (Q00-Q99)	778	99,2
Травмы (S00-T98)	52	94,5
Другое	42	100,0
Всего	4441	96,0

Выводы. Результаты исследования показали, что мероприятия медицинской реабилитации, абилитации являются самыми рекомендуемыми и востребованными у детей ВПИ. Программы медицинской реабилитации, абилитации были составлены в 96,0%.

Высокие показатели нуждаемости в медицинской реабилитации, абилитации отмечены среди всех категорий детей: мальчиков и девочек, городских и сельских жителей, а также детей всех возрастных групп. При этом, дети ВПИ, проживающие на селе чаще ($p < 0,001$) нуждались в мероприятиях медицинской реабилитации, абилитации по сравнению с жителями города (99,6% и 95,3% случаев соответственно). Более высокая потребность в медицинской реабилитации, абилитации ($p < 0,01$) регистрировалась среди детей ВПИ в возрасте 0-4 года и 10-14 лет (96,8%), по сравнению с другими возрастными группами: 5-9 лет (94,6%) и 15-17 лет (95,8%).

Среди мероприятий медицинской реабилитации, абилитации детей ВПИ наиболее востребованным было предоставление комплекса услуг ме-

дицинской реабилитации, абилитации (95,9%), на втором и третьем местах – обеспечение техническими средствами социальной реабилитации государственными организациями здравоохранения (11,5%) и индивидуальная программа раннего вмешательства (11,2%).

Литература

1. Всемирный доклад об инвалидности Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/ru. – Дата доступа: 31.01.2022.
2. Suggested citation: United Nations Children's Fund, Seen, Counted, Included: Using data to shed light on the well-being of children with disabilities, UNICEF, New York, 2021. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://data.unicef.org/resources/children-with-disabili>. – Дата доступа: 02.02.2022.
3. Прилипко, Н.С. Повозрастные показатели частоты случаев госпитализации для проведения медицинской реабилитации взрослого населения России / Н.С. Прилипко, М.Н. Бантьева // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2015. – 14 (3). – С.46-50.
4. О правах инвалидов и их социальной интеграции: Закон Респ. Беларусь, 30 июня 2022 г., №183-З // Национальный реестр правовых актов. – 2022. – 2/2903.
5. О формах индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида, ребенка-инвалида: пост. Министерства Здравоохранения Респ. Беларусь, 10 августа 2021 г., №96 // Нац. правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – 2021. – 8/37244.

Потребность детей-инвалидов в профессиональной и трудовой реабилитации

Копыток А.В., Воронец О.А., Лушинская С.И., Зуева А.В.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,
г. Минск, Республика Беларусь

Серьезной проблемой современного общества остается проблема инвалидности. Каждое государство стремится к обеспечению равных возможностей для лиц с инвалидностью и здоровых граждан. Основой политики нашего государства в отношении инвалидов по «созданию равных возможностей» является их реабилитация, на которой строится обеспечение достойного качества жизни инвалидов.

Важнейшей составной частью единого реабилитационного процесса является профессиональная и трудовая реабилитация. Согласно статьи 24 Закона Республики Беларусь «О правах инвалидов и их социальной интеграции»:

профессиональная реабилитация инвалидов – это комплекс мероприятий, обеспечивающих полное или частичное восстановление нару-

шенных и (или) утраченных профессиональных знаний, умений и навыков инвалидов;

трудовая реабилитация инвалидов – это комплекс мероприятий, направленных на обеспечение инвалидам возможности получения и (или) сохранения подходящей для них работы, включающий содействие в трудоустройстве, адаптацию к трудовой деятельности, трудоустройство инвалидов [1].

Целью профессиональной и трудовой реабилитации является приобретение инвалидом профессии и такого уровня профессиональной подготовки, которые позволили бы ему быть конкурентоспособным на свободном рынке труда и обеспечили рациональное трудоустройство в соответствии с приобретенными профессиональными навыками и психофизиологическими возможностями. По отношению к детям-инвалидам профессиональную реабилитацию рассматривают как процесс поэтапного формирования у них будущей профессиональной успешности, сущность которого заключается в формировании профессиональной пригодности [2, 3].

С учетом вышеизложенного актуальной представляется оценка потребности детей, впервые признанных инвалидами (далее – ВПИ), в мероприятиях профессиональной и трудовой реабилитации.

Цель исследования: изучить потребность детей ВПИ в профессиональной и трудовой реабилитации.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования явились индивидуальные программы реабилитации, абилитации (далее – ИПРА) ребенка-инвалида, сформированные по результатам медико-социальной экспертизы медико-реабилитационными экспертными комиссиями (далее – МРЭК). Выборочная совокупность составила 4 626 детей, впервые признанных инвалидами в 2022 г.

В ходе исследования использовались методы: документированный; выкопировка данных из документов; аналитический; статистический. Обработка результатов проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel.

Результаты исследования. Основным механизмом осуществления реабилитационных мероприятий, установленных государством, является ИПРА ребенка-инвалида, выдаваемая МРЭК по результатам медико-социальной экспертизы [1]. Утвержденная форма ИПРА ребенка-инвалида содержит Раздел II Программа профессиональной и трудовой реабилитации [4], включающий следующие мероприятия:

- освоение содержания образовательных программ;
- создание специальных условий при получении образования;
- содействие в трудоустройстве;
- адаптация к трудовой деятельности;

формирование готовности к профессиональному самоопределению и трудовой деятельности.

Анализ разработанных МРЭК ИПРА ребенка-инвалида показал, что потребность в профессиональной и трудовой реабилитации испытывали 60,3% (95ДИ:58,9-61,7) детей ВПИ. Нуждаемость мальчиков и девочек в профессиональной и трудовой реабилитации практически была одинаковой и составляла 60,2% и 60,4%. В тоже время потребность в профессиональной и трудовой реабилитации была выше ($p < 0,05$) среди городских жителей и составила 61,0%, тогда как среди сельский жителей данный показатель составил 57,0%.

С увеличением возраста освидетельствованных детей возрастает потребность в профессиональной и трудовой реабилитации. Наиболее часто программа профессиональной и трудовой реабилитации (далее – ППИТР) составлялась для детей, признанных инвалидами в возрасте 15-17 лет – 79,2% случаев. Меньше всего в данном виде реабилитации нуждались дети ВПИ в возрасте от 0-4 года. Программа профессиональной и трудовой реабилитации была составлена в 41,7% (рисунок 1).

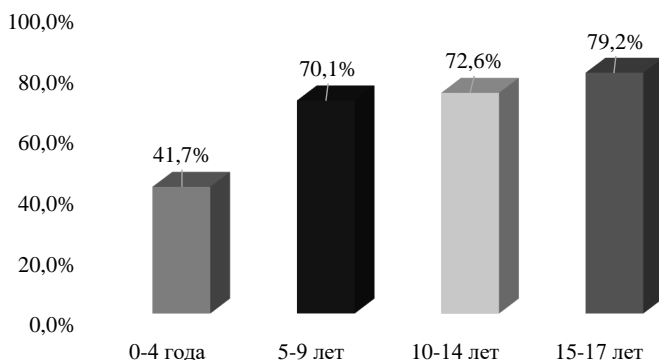


Рисунок 1 – Потребность детей ВПИ в профессиональной и трудовой реабилитации в зависимости от возраста (%)

Среди мероприятий профессиональной и трудовой реабилитации детей ВПИ наиболее востребованным было освоение содержания образовательных программ. 99,5% разработанных ППИТР включали заключение о нуждаемости детей в данном мероприятии. Заключение о нуждаемости в создании специальных условий при получении образования содержали 15,7% программ, заключение о нуждаемости в формировании готовности к профессиональному самоопределению и трудовой деятель-

ности – 5,3%. Содействие в трудоустройстве включалось в программу профессиональной и трудовой реабилитации в редких случаях – 1,1% (рисунок 2).

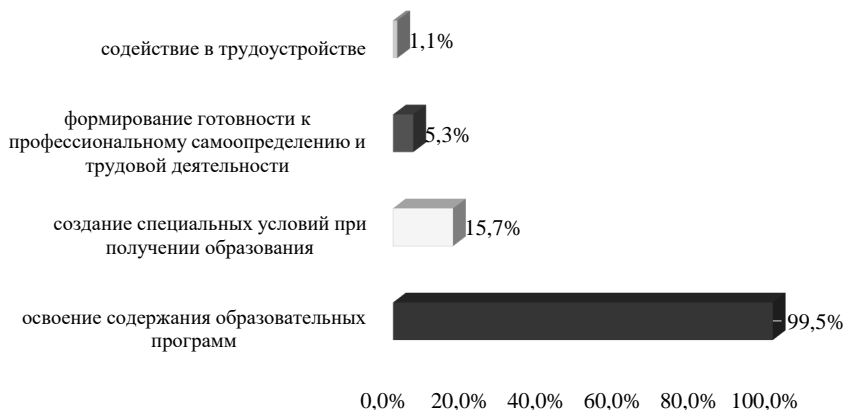


Рисунок 2 – Потребность детей ВПИ в мероприятиях профессиональной и трудовой реабилитации (%)

Среди всех мероприятий профессиональной и трудовой реабилитации освоение содержания образовательных программ было наиболее необходимым среди детей-инвалидов всех СУЗ. Из общего числа разработанных программ профессиональной и трудовой реабилитации для детей-инвалидов СУЗ 1 99,3% содержали данное мероприятие, среди ППиТР детей с СУЗ 2 – 99,4%, среди ППиТР детей с СУЗ 3 – 99,8%, среди ППиТР детей с СУЗ 4 – 99,5%. На втором месте по востребованности отмечено создание специальных условий при получении образования. Наиболее часто данное мероприятие отмечалось в ППиТР детей-инвалидов с установленной СУЗ 3 и СУЗ 4 – в 23,7% и 20,8% случаев соответственно. Заключение о нуждаемости в создании специальных условий при получении образования детей с СУЗ 1 и СУЗ 2 вынесено в 8,1% и 18,0% случаев. Потребность в формировании готовности к профессиональному самоопределению и трудовой деятельности отмечалась у детей-инвалидов нечасто: среди детей с СУЗ 1 – в 7,3% случаев, среди детей с СУЗ 2 – в 4,2% случаев, среди детей с СУЗ 3 – в 4,0% случаев, среди детей – в 3,5% случаев (таблица 1).

Таблица 1 – Потребность детей ВПИ в мероприятиях профессиональной и трудовой реабилитации с учетом СУЗ

Наименование показателя	Ребенок-инвалид СУЗ 1		Ребенок-инвалид СУЗ 2		Ребенок-инвалид СУЗ 3		Ребенок-инвалид СУЗ 4		Всего	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Разработано программ профессиональной и трудовой реабилитации – всего	1049	100,0	957	100,0	582	100,0	202	100,0	2790	100,0
из них с заключениями о нуждаемости в: освоении содержания образовательных программ	1042	99,3	951	99,4	581	99,8	201	99,5	2775	99,5
создании специальных условий при получении образования	85	8,1	172	18,0	138	23,7	42	20,8	437	15,7
содействию в трудоустройстве	11	1,0	19	2,0	0	0,0	0	0,0	30	1,1
формировании готовности к профессиональному самоопределению и трудовой деятельности	77	7,3	40	4,2	23	4,0	7	3,5	147	5,3

Анализ нуждаемости детей ВПИ в мероприятиях профессиональной и трудовой реабилитации с учетом инвалидизирующего заболевания показал, что самые высокие показатели отмечены среди детей ВПИ вследствие болезней органов пищеварения (76,1%), болезней органов дыхания (75,0%), болезней костно-мышечной системы (75,5%), болезней мочеполовой системы (74,5%), инфекционных и паразитарных болезней (71,4%). Реже других нуждались дети ВПИ вследствие врожденных аномалий (37,6%) и травм (40,0%) (таблица 2).

Таблица 2 – Потребность детей ВПИ в профессиональной и трудовой реабилитации с учетом класса инвалидизирующего заболевания

Классы заболеваний	абс.	%
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)	5	71,4
Новообразования (C00-D48)	160	53,2
Болезни крови (D50-D89)	44	63,8
Болезни эндокринной системы (E00-E90)	404	69,7
Психические расстройства (F00-F99)	909	68,6
Болезни нервной системы (G00-G99)	332	56,2
Болезни глаза (H00-H59)	59	55,7
Болезни уха (H60-H95)	58	55,8
Болезни системы кровообращения (I00-I99)	31	60,8
Болезни органов дыхания (J00-J99)	18	75,0
Болезни органов пищеварения (K00-K93)	89	76,1
Болезни костно-мышечной системы (M00-M99)	313	75,4
Болезни мочеполовой системы (N00-N99)	41	74,5
Врожденные аномалии (Q00-Q99)	295	37,6
Травмы (S00-T98)	22	40,0
Другое	10	23,8
Всего	2790	60,3

Выводы. Анализ ИПРА ребенка-инвалида показал, что достаточно много детей ВПИ нуждались в профессиональной и трудовой реабилитации – 60,3% (60,2% мальчики и 60,4% девочки). Потребность в профессиональной и трудовой реабилитации среди городских жителей выше по срав-

нению с сельскими жителями – 61,0% против 57,0% ($p < 0,05$). С увеличением возраста освидетельствованных детей возрастает потребность в профессиональной и трудовой реабилитации.

У детей ВПИ ведущее место среди мероприятий профессиональной и трудовой реабилитации занимало освоение содержания образовательных программ – 99,5%. 15,7% детей нуждались в создании специальных условий при получении образования, 5,3% – в формировании готовности к профессиональному самоопределению и трудовой деятельности.

Литература

1. О правах инвалидов и их социальной интеграции: Закон Респ. Беларусь, 30 июня 2022 г., №183-З // Национальный реестр правовых актов. – 2022. – 2/2903.

2. Селебинко, Л.В. Возможности и ограничения профессиональной реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в обеспечении их занятости / Л.В. Селебинко, Е.В. Кривцова // Вестник науки». – 2021. – № 5 (38) Т.4. – С.55-60

3. Васильева, Л.П. Профессиональная реабилитация: профориентация и отбор на профессиональное обучение лиц с ограниченными возможностями / Л.П. Васильева, К.Э. Зборовский. – Минск: ГИУСТ БГУ, 2012. – 124 с.

4. О формах индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида, ребенка-инвалида: пост. Министерства Здравоохранения Респ. Беларусь, 10 августа 2021 г., №96 // Нац. правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – 2021. – 8/37244.

Организационно-правовые аспекты формирования и выполнения индивидуальных программ реабилитации, абилитации ребенка-инвалида

Копыток А.В., Зуева А.В., Воронец О.А.,
Лукияничик А.П., Анисович С.В.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,
г. Минск, Республика Беларусь

В современном мире среди актуальных социально-медицинских проблем детского населения первостепенное значение имеет детская инвалидность, влияющая на качество здоровья населения страны и будущее здоровье нации.

Особую обеспокоенность вызывает значительное увеличение числа детей-инвалидов. В зависимости от болезни или характера отклонения в развитии выделяют различные категории таких детей: слепые и слабовидящие, умственно отсталые, с нарушениями речи, опорно-двигательного аппарата и др. Дети, имеющие столь значительные проблемы физического, психического, интеллектуального развития, становятся субъектами специ-

ального законодательства и в зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности, обусловленных стойкими нарушениями функций органов и систем организма, возникших в результате заболеваний, а также клинико-трудового прогноза, наличия анатомического дефекта по перечню, устанавливаемому Министерством здравоохранения Республики Беларусь детям в возрасте до восемнадцати лет устанавливается категория «ребенок-инвалид» с определением первой, второй, третьей или четвертой степени утраты здоровья [1, 2].

В Республике Беларусь по состоянию на 01.12.2022 пенсию в органах по труду, занятости и социальной защите получало 37 257 чел. в возрасте до 18 лет, что составляет 2,0% от всего детского населения республики. Уровень детской инвалидности вырос за последние 10 лет на 42,8% – с 142,7 на 10 тыс. детского населения в начале 2014 г. до 203,84 на 10 тыс. детского населения в начале 2023 г. При этом около 4 тыс. детей ежегодно признаются инвалидами впервые [3].

Основой политики каждого государства в отношении инвалидов, в т.ч. и детей-инвалидов, по созданию равных возможностей является их реабилитация, цель которой – восстановление социального статуса, трудоспособности и повышение качества жизни [4]. Проблема медико-социальной реабилитации является одной из 45 научных программ, разрабатываемых в рамках Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ). В настоящее время программы медико-социальной реабилитации больных и инвалидов, предложенные ВОЗ, реализуются в 70 странах мира [5].

Как подчеркивается в материалах ВОЗ, реабилитация не ограничивается узкими рамками восстановления отдельных психических и физических функций. Она предполагает комплекс мер, обеспечивающих возможность для инвалидов вернуться либо максимально приблизиться к полноценной общественной жизни. Конечной целью реабилитации инвалидов является социальная интеграция, обеспечение их активного участия в основных направлениях деятельности и жизни общества, «включенность» в социальные структуры, связанные с различными сферами жизнедеятельности человека – учебной, трудовой и др. и предназначенные для здоровых [4].

В настоящее время государственная политика в отношении детей-инвалидов направлена на развитие в стране системы комплексной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов и регламентируется, как международным законодательством, так и законодательством Республики Беларусь. Так, 28 сентября 2015 года Президент Республики Беларусь Александр Лукашенко в здании Генеральной ассамблеи ООН подписал Конвенцию о правах инвалидов.

Конвенцией ООН о правах инвалидов, принятой Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г., устанавливаются международные обязательства государств-участников в области реабилитации инвалидов, предусматривающие осуществление мер по предоставлению инвалидам

возможностей для достижения и сохранения максимальной независимости, реализации физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни общества, – путем организации, укрепления и расширения комплексных реабилитационных услуг и программ [6]. Реализация заложенных в Конвенции принципов имеет отражение в белорусском законодательстве.

Основополагающим документом, определяющим политику Республики Беларусь в сфере реабилитации инвалидов, в т.ч. детей-инвалидов, является Закон Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. №183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции» [7]. В соответствии со статьей 1 Закона Республики Беларусь «О правах инвалидов и их социальной интеграции» реабилитация инвалида – комплекс мер, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций органов или систем организма, способностей, навыков к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности и их поддержание. Абилизация инвалида – комплекс мер, направленных на формирование, развитие и поддержание отсутствовавших ранее у инвалида функций органов или систем организма, способностей, навыков к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности [7].

Основным механизмом реализации права детей-инвалидов на реабилитацию и абилитацию в настоящее время является разрабатываемая и выдаваемая медико-реабилитационными экспертными комиссиями (далее – МРЭК) по результатам медико-социальной экспертизы индивидуальная программа реабилитации, абилитации ребенка-инвалида (далее – ИПРА) [7, 8]. Принят ряд нормативных правовых актов, касающихся вопросов разработки, межведомственном взаимодействии по формированию и выполнению индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида, ребенка-инвалида [9, 10].

Так, в 2021 г. впервые в республике была разработана и утверждена Форма индивидуальной программы реабилитации, абилитации ребенка-инвалида включающая [9]:

- общие данные об инвалиде;

- информацию об условиях и характере труда, определяющую необходимость в исключении воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов (факторов производственной среды и факторов трудового процесса), вида выполняемых работ, а также требования к созданию необходимых условий для труда инвалида, организации специальных условий для получения инвалидом образования;

- раздел медицинской реабилитации, медицинской абилитации, содержащий такие мероприятия как предоставление комплекса услуг медицинской реабилитации, абилитации, обеспечение техническими средствами социальной реабилитации государственными организациями здраво-

охранения, формирование индивидуальной программы раннего вмешательства;

раздел профессиональной и трудовой реабилитации, содержащий такие мероприятия как освоение содержания образовательных программ, создание специальных условий при получении образования, содействие в трудоустройстве, адаптации к трудовой деятельности, формирование готовности к профессиональному самоопределению и трудовой деятельности;

раздел социальной реабилитации, содержащий такие мероприятия как социальная адаптация, психологическая помощь, постоянная посторонняя помощь, постоянный уход других лиц, социальное обслуживание, обеспечение подгузниками (впитывающими трусиками), впитывающими простынями (пеленками), урологическими прокладками (вкладышами), содействие в занятиях физической культурой, спортом, содействие в занятиях творчеством, досугом, обеспечение техническими средствами социальной реабилитации органами по труду, занятости и социальной защите, ранняя комплексная помощь, формирование социально-бытовых навыков и умений, навыков безопасной жизнедеятельности.

Обеспечение инвалидов, детей-инвалидов техническими средствами социальной реабилитации осуществляется в соответствии с Государственным реестром (перечнем) технических средств социальной реабилитации, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 11 декабря 2007 г. № 1722 «О Государственном реестре (перечне) технических средств социальной реабилитации и порядке обеспечения ими отдельных категорий граждан» [11].

При разработке ИПРА ребенка-инвалида МРЭК при необходимости привлекаются с правом совещательного голоса врачи-специалисты, специалисты по социальной работе, представители структурных подразделений областных (Минского городского) исполнительных комитетов, городских, районных исполнительных комитетов, местных администраций районов в городах, осуществляющих государственно-властные полномочия в сферах образования, труда, занятости и социальной защиты, главных управлений по здравоохранению областных исполнительных комитетов, Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета [1].

МРЭК определяет нуждаемость в медицинской реабилитации, медицинской абилитации, профессиональной реабилитации, профессиональной абилитации, трудовой реабилитации, социальной реабилитации, социальной абилитации, а также мероприятия по реабилитации, абилитации, сроки их проведения и исполнителей по каждому разделу. Конкретные мероприятия по реабилитации, абилитации, их формы и объемы с учетом индивидуальных особенностей инвалида, порядок проведения и ответственные за

их проведение определяются исполнителями, указанными в соответствующих разделах ИПРА [7].

ИПРА ребенка-инвалида составляется как при первичном, так и при повторном освидетельствовании. При этом, специалисты МРЭК в рамках своей компетенции информируют ребенка-инвалида (его законного представителя) о его правах, предоставляемых Законом Республики Беларусь «О правах инвалидов и их социальной интеграции». Инвалид или его законный представитель имеет право в письменной форме отказаться от выполнения разделов ИПРА ребенка-инвалида или ее отдельных мероприятий. Такой отказ освобождает государственные органы, а также иные организации и индивидуальных предпринимателей, занимающихся реабилитацией, абилитацией инвалидов, в т.ч. детей-инвалидов, либо применяющих труд инвалидов, от ответственности за обеспечение исполнения соответствующих разделов или отдельных мероприятий [7].

Для обеспечения межведомственного взаимодействия разработано и утверждено Положение о порядке межведомственного взаимодействия государственных органов и иных организаций по формированию и выполнению ИПРА инвалидов [10]. В соответствии с данным Положением МРЭК не позднее трех рабочих дней с даты выдачи инвалиду (его законному представителю) ИПРА с согласия инвалида (его законного представителя) копии ИПРА ребенка-инвалида направляются исполнителям.

Исполнители, в течение трех рабочих дней с даты поступления копии ИПРА ребенка-инвалида, определяют конкретные мероприятия по реабилитации, абилитации, предусмотренные в ИПРА инвалида, их формы и объемы с учетом индивидуальных особенностей ребенка-инвалида, порядок их проведения, а также лиц, ответственных за выполнение ИПРА ребенка-инвалида. В последующем Исполнители не позднее 30 календарных дней до окончания срока действия ИПРА ребенка-инвалида направляют согласно компетенции в МРЭК данные о результатах выполнения ИПРА ребенка-инвалида, включая сведения о выполнении (невыполнении) каждого мероприятия и (или) оказанной услуге по реабилитации, абилитации, общую оценку выполнения соответствующего(их) раздела(ов) (выполнен полностью, частично, не выполнен) ИПРА ребенка-инвалида [10].

Результаты выполнения ИПРА по каждому разделу (раздел медицинской реабилитации, раздел профессиональной и трудовой реабилитации, раздел социальной реабилитации) по градациям: выполнен полностью, выполнен частично, не выполнен отражаются в Акте освидетельствования пациента медико-реабилитационной комиссии (приложение 3 к Инструкции о порядке освидетельствования (переосвидетельствования) пациентов (инвалидов) при проведении медико-социальной экспертизы) [2]. При этом следует отметить, что подобного рода информация позволяет провести только количественную оценку показателей, не затрагивая при

этом качество реализации ИПРА ребенка-инвалида (не предоставляется возможность оценить комплексность предоставления реабилитационных мероприятий и услуг, достигнутые результаты реабилитации).

Таким образом, обширный перечень нормативных правовых актов, регламентирующих формирование и выполнение ИПРА ребенка-инвалида, свидетельствует об устойчивой тенденции на законодательном уровне формирования подхода и принятия мер по совершенствованию системы комплексной реабилитации детей с инвалидностью, их интеграции в общество, полного участия во всех сферах жизнедеятельности.

Литература

1. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-ХП (с изм. и доп.) // Пех. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.
2. О вопросах проведения медико-социальной экспертизы: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 9 июня 2021 г., № 77 // Пех. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.
3. Информационно-статистический сборник по медицинской экспертизе и реабилитации в Республике Беларусь: в 2 ч.: инфор.-стат. сб. / РНПЦ МЭ и Р.; Сост.: В.Б. Смычек, А.В. Копыток, С.И. Лушинская. – Мн., 2023. – Ч. 1: Показатели инвалидности в Республике Беларусь 2022 год. – 115 с.
4. Всемирный доклад об инвалидности Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/ru. – Дата доступа: 31.01.2022.
5. Davies, P. Keeping the customer satisfied / P. Davies // Hlth Soc. Serv. J. – 2010. – №96 (4983). – P.102-103.
6. Конвенция о правах инвалидов [Электронный ресурс]: принята резолюцией 61/106 Генер. Ассамблеи от 13 дек. 2006 г. / Орг. Объед. Наций.– Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml. – Дата доступа: 21.08.2022.
7. О правах инвалидов и их социальной интеграции: Закон Респ. Беларусь, 30 июня 2022 г., №183-3 // Пех. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.
8. О медико-реабилитационных экспертных комиссиях и медицинских экспертизах: пост. Совета Министров Респ. Беларусь, 3 июня 2021 г., №304 // Пех. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.
9. О формах индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида, ребенка-инвалида [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 авг. 2021 г., №96 // Пех. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.
10. О межведомственном взаимодействии по формированию и выполнению индивидуальных программ реабилитации, абилитации инвалидов: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 7 октября 2022 г., № 672 // Пех. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.
11. О Государственном реестре (перечне) технических средств социальной реабилитации и порядке обеспечения ими отдельных категорий граждан [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 11 дек. 2007 г., № 1722 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

Биопсихосоциодуховный подход к реабилитации лиц, проживающих в психоневрологическом доме-интернате для престарелых и инвалидов

Корзун В.А., Корзун А.С., Карнильчик И.А.,
Емельянцева Т.А., Лакутин А.А.

УЗ «Борисовская центральная районная больница»,
г. Борисов, Республика Беларусь
РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Биопсихосоциальная модель (далее – БПСМ), предложенная в 1977 году американским патологоанатомом и психиатром Джорджем Либманом Энгелем (George L. Engel, 1913-1999), как необходимая медицинская модель для объяснения психических расстройств [1], описывает, как три фактора – биологический, психологический и социальный – играют роль в сохранении здоровья и формировании психических и поведенческих расстройств. БПСМ, основанная на результатах исследований Энгеля Д.Л. язвенного колита, депрессии и психогенной боли, ставшая вызовом для биомедицины и биомедицинской модели, подчеркивает неразрывную взаимосвязь факторов, которые связаны с тремя аспектами жизни человека – телесным, ментальным и социальным [2, 3]. БПСМ не является конкурентом или антитезой биомедицинской модели, а позволяет расширить биологические границы за пределы простого описания функционирования органов и систем [4]. Когда БПСМ применяется к здоровью, она демонстрирует важность поддержания хорошего самочувствия во всех аспектах нашей жизни. Если один из аспектов жизни нарушается, то это может иметь прямое негативное влияние, как на остальные стороны жизни индивида, так и на здоровье в целом, исходя из представления о том, что человек страдает в целом, а не его отдельные органы и системы [3].

Имея ряд ограничений, биопсихосоциальный подход приобрел значительное влияние в сфере научных исследований, медицинской практики и образования, а также лег в основу многих международных стратегий здравоохранения [5]. С позиции биопсихосоциального подхода в настоящее время рассматриваются многие хронические заболевания, включая сердечно-сосудистую патологию, диабет, онкологические болезни [6]. Хотя с момента внедрения в практику прошло более 45 лет, большинство ученых и практикующих врачей в области психиатрии по-прежнему воспринимают БПСМ как «иерархическую структуру биологической, психологической и социальной систем и простые взаимодействия между этими системами» [7, 8].

Психиатрия в повседневной практике имеет особенности по сравнению с другими медицинскими дисциплинами из-за сложности и полимор-

физма проявлений психических и поведенческих расстройств, их тесной связи с психосоциальными факторами, отсутствия явных патогномичных элементов и стигматизации лиц с психическими и поведенческими расстройствами. По указанным причинам БПСМ особенно применима в психиатрии и наркологии, но не следует упускать из виду возможность ее применения и при соматических заболеваниях [2].

БПСМ в полной мере может использоваться в определении биологических, психологических и социальных факторов, влияющих на развитие и течение психических и поведенческих расстройств у лиц, проживающих в психоневрологическом доме-интернате для престарелых и инвалидов (ПНДИ). БПСМ рассматривает взаимодействие с генетической предрасположенностью, личностью, стрессовыми событиями и, в целом, с социальным контекстом проживающего. При этом психосоциальные факторы могут совместно определять уязвимость лиц, проживающих в ПНДИ, тяжесть и течение психических и поведенческих расстройств. Факторы внешней среды повышают вероятность клинического проявления расстройства, играют роль в моменте возникновения, могут защитить уязвимую личность от манифестации или обострения расстройства.

Нет сомнений в том, что БПСМ психических и поведенческих расстройств установила более чуткий и сострадательный подход к оказанию медицинской [2] и социальной помощи, но данная модель не учитывает духовные факторы и потребности лиц, проживающих в ПНДИ. Индивидуально-ориентированная диагностика, основанная на БПСМ, связывает науку с гуманизмом и использует все возможные способы, чтобы специалисты, проживающие в ПНДИ и их семьи сотрудничали для более эффективного лечения и реабилитации.

Несмотря на то, что БПСМ представляет собой современный гуманистический и целостный взгляд на человека в науках о здоровье, в наше время многие исследователи считают, что БПСМ следует расширить, включив в нее и духовное измерение. Daniel P. Sulmasy (2002) выступал за расширение БПСМ, чтобы включить духовное, отмечая, что без духовной области мы не понимаем наших пациентов как целостных личностей. Его аргумент был особенно резонансным в паллиативной и хосписной помощи, учитывая, что духовные потребности могут проявляться более остро, когда медицинское лечение больше невозможно [9]. Искреннее и глубокое применение этого нового взгляда на человека внесло бы замечательные изменения в представления о здоровье, болезни, методах лечения и реабилитации. Но настоящий сдвиг парадигмы произойдет только тогда, когда духовное измерение человека будет полностью понято и включено в систему здравоохранения [10, 11]. На наш взгляд, реабилитация лиц, проживающих в ПНДИ, должна быть всеобщей, доступной, междисциплинарной, персонифицированной и интегральной (полной).

Цель настоящей статьи – обосновать необходимость внедрения в практику биопсихосоциодуховного подхода к реабилитации лиц, проживающих в ПНДИ, с целью дальнейшего совершенствования процесса охраны здоровья и реабилитации указанной категории граждан.

Духовные потребности лиц, проживающих в ПНДИ, являются неотъемлемой частью их общего благополучия и качества жизни. Важно учитывать, что духовные потребности могут быть индивидуальными для каждого проживающего, и подход к их удовлетворению должен быть гибким и индивидуализированным. Это означает, что реабилитационные программы должны быть адаптивными, чтобы учитывать различные духовные предпочтения и верования каждого проживающего.

К духовным потребностям лиц, проживающих в ПНДИ, относятся:

1. Вероисповедание и религиозные обряды: обеспечение возможности для проживающих практиковать свою религию и участвовать в религиозных обрядах с учетом их вероисповедания и предпочтений.

2. Духовное общение: организация встреч с духовными наставниками и представителями различных религиозных общин, чтобы поддерживать духовный диалог и обмен мнениями.

3. Медитация и молитва: включение медитативных и молитвенных практик в программу реабилитации, чтобы помочь проживающим сосредоточиться на своем духовном благополучии и внутреннем мире.

4. Духовное чтение и образование: предоставление доступа к религиозной и духовной литературе, средствам массовой информации, организация духовных семинаров и обучающих программ для расширения знаний и горизонтов проживающих.

5. Духовные группы поддержки: создание групп поддержки с участием проживающих, персонала, священнослужителей и волонтеров, для обмена опытом, обсуждения духовных вопросов и взаимопомощи.

6. Духовная арт-терапия: использование творческих методов, таких как рисование, музыка или написание рассказов и стихов, для выражения и исследования духовных переживаний и идей.

Религиозность, духовность и личные убеждения являются важными параметрами жизни индивида и поэтому заслуживают большего внимания при лечении психических и поведенческих расстройств [12]. Удовлетворение духовных потребностей может способствовать улучшению эмоционального состояния, поддержанию надежды и смысла жизни, снижению стресса и чувства одиночества и социальной изоляции, что часто наблюдается у проживающих домов-интернатов.

Биопсихосоциодуховный подход в реабилитации лиц, проживающих в ПНДИ, объединяет элементы биологического, психологического, социального и духовного благополучия лиц с целью охраны здоровья, реабилитации и улучшения их функционирования. В настоящее время реабилитация рассматривается с позиций мультидисциплинарного и междотраслевого

управления функциональным здоровьем проживающих. В основе методологии постановки целей и задач реабилитации для конкретного проживающего должна лежать Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Научный теоретический фундамент для практической организации биопсихосоциодуховного подхода в реабилитации лиц, проживающих в ПНДИ, может включать следующие ключевые аспекты:

1. Целостность и индивидуальность: рассмотрение каждого проживающего как уникальную личность, обладающую своими физическими, психическими, социальными и духовными потребностями, которые должны быть учтены в процессе реабилитации. Важно считать отношения персонала с проживающими ПНДИ социально равноправными.

2. Междисциплинарный подход: постоянное тесное взаимодействие специалистов различных областей, таких как врачи, медицинские сестры, психолог, логопед, инструктор по трудовой терапии, инструктор-методист физической реабилитации, эрготерапевт, культорганизатор, специалист по социальной работе, юрист, священнослужитель и др. для разработки и реализации программ реабилитации.

3. Профилактика и раннее вмешательство: осуществление профилактических мер, включая образовательные программы и раннее выявление «мишеней» для вмешательства с целью своевременного предоставления поддержки и ухода.

4. Ориентация на ресурсы и потенциал: развитие положительных аспектов здоровья и благополучия проживающих, акцент внимания на их силах, способностях и интересах, вместо упора на ограничения и имеющиеся недостатки.

5. Индивидуализированные и гибкие программы реабилитации: разработка индивидуальных планов реабилитации, учитывающих уникальные потребности каждого проживающего, и адаптация программ в зависимости от изменения обстоятельств и прогресса/регресса в состоянии с учетом условий проживания в ПНДИ.

6. Вовлечение проживающих в процесс реабилитации: участие лиц в планировании и реализации программ реабилитации, обеспечение возможности выбора и контроля над своим здоровьем и благополучием.

7. Обучение и поддержка персонала: регулярное обучение и повышение квалификации медицинского и немедицинского персонала ПНДИ, освоение принципов биопсихосоциодуховного подхода и передовых методов реабилитации для эффективной работы с проживающими.

8. Социокультурная адаптация: учет культурных, социальных и религиозных потребностей проживающих и адаптация реабилитационных программ с учетом их духовных ценностей и предпочтений.

9. Сотрудничество с семьями и обществом: взаимодействие с семьями проживающих и волонтерами для обеспечения физической, психологи-

ческой, социальной и духовной поддержки, обмена информацией и ресурсами, совместного участия в процессе реабилитации. Психосоциальное сотрудничество, проживающих и их родственников с применением биопсихосоциальной модели, играющее важную роль в охране здоровья и реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами, может быть реализовано через Интернет в рамках телеконсультирования.

10. Оценка и мониторинг результатов: регулярное проведение исследований и оценки эффективности реабилитационных программ с целью выявления областей для улучшения и развития новых подходов на основе опыта и современных достижений науки и практики.

Несомненно, что в настоящее время применение биопсихосоциального подхода в реабилитации лиц, проживающих в ПНДИ, остается наименее изученным аспектом БПСМ в психиатрии и может быть подвергнуто критике. Данный подход требует научного и практического подтверждения своей эффективности с позиции доказательной медицины в будущем.

Таким образом, включение духовного аспекта в комплексную реабилитацию лиц, проживающих в ПНДИ, может существенно улучшить состояние здоровья и функционирование проживающих, помочь им преодолеть трудности, связанные с их заболеванием и средой проживания. Осознание и уважение духовных потребностей является важным шагом на пути к созданию гуманной, эффективной и интегрированной системы ухода и реабилитации для этой уязвимой группы населения. Основываясь на научно-теоретическом фундаменте, необходимо разработать и внедрить эффективные практики и стратегии для реализации биопсихосоциального подхода к реабилитации лиц, проживающих в ПНДИ. Данный подход позволит совершенствовать процесс охраны здоровья указанной категории лиц, улучшить качество реабилитационных услуг, обеспечить комплексное воздействие на все сферы жизни проживающих и способствовать улучшению их функционирования, психологической адаптации, социодуховному благополучию.

Литература

1. Engel, G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine / G.L. Engel // Science. – 1977. – N196 (4286). – P.129-136.
2. Papadimitriou, G.N. The «Biopsychosocial Model»: 40 years of application in Psychiatry / G.N. Papadimitriou // Psychiatriki. – 2017. – N28. – P.107-110.
3. Tripathi, A. Biopsychosocial model in contemporary psychiatry: Current validity and future prospects / A. Tripathi, A. Das, S.K. Kar // Indian J Psychol Med. – 2019. – N41. – P.582-585.
4. Незнанов, Н.Г. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований / Н.Г. Незнанов, Г.В. Рукавишников, Е.Д. Касьянов [и др.]. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2020. – №2. – С.3-15.

5. Henningsen, P. Still modern? Developing the bio-psychosocial model for the 21st century / P. Henningsen // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2015. – N79 (5). – P.362-633.

6. Tyrka, A.R. Childhood adversity and epigenetic modulation of the leukocyte glucocorticoid receptor: preliminary findings in healthy adults / A.R. Tyrka, L.H. Price, C. Marsit [et al.]. // *PLoS One*. – 2012. – N7 (1). – P.301-348.

7. Холмогорова, А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств / А.Б. Холмогорова // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2002. – №12 (3). – С.97-104.

8. Richter, D. Chronic mental illness and the limits of the biopsychosocial model / D. Richter // *Med Health Care Philos.* – 1999. – N2 (1). – P.21-30.

9. Sulmasy, D.P. A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life / D.P. Sulmasy // *The Gerontologist*. – 2002. – N42 (3). – P.24-33.

10. Saad, M. Are We Ready for a True Biopsychosocial-Spiritual Model? The Many Meanings of «Spiritual» / M. Saad, R. de Medeiros, A.C. Mosini // *Medicines (Basel)*. – 2017. – N4 (4). – P.79.

11. Van Denend, J. The Body, the Mind, and the Spirit: Including the Spiritual Domain in Mental Health Care / J. Van Denend, K. Ford, P. Berg [et al.]. // *Journal of Religion and Health*. – 2022. – N61. – P.3571-3588.

12. Agorastos, A. Influence of religious aspects and personal beliefs on psychological behavior: focus on anxiety disorders / A. Agorastos, C. Demiralay, C.G. Huber // *Psychol Res Behav Manag*. – 2014. – N7. – P.93-101.

Основные направления реабилитации лиц с когнитивными расстройствами в психоневрологическом доме-интернате для престарелых и инвалидов

Корзун В.А., Емельянцева Т.А., Лакутин А.А.

УЗ «Борисовская центральная районная больница»,
г. Борисов, Республика Беларусь
РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,
г. Минск, Республика Беларусь

Когнитивные расстройства (далее – КР) являются ведущими причинами нарушения функционирования у пожилых людей, являясь существенным экономическим бременем для системы общественного здравоохранения [1, 2]. КР – самая распространенная когорта расстройств у лиц, проживающих в психоневрологическом доме-интернате для престарелых и инвалидов (далее – ПНДИ) [3]. КР наиболее распространены у пожилых людей, что связано со снижением активности и участия в повседневной жизни [4]. КР можно определить как любое расстройство, которое ухудшает когнитивные функции человека до такой степени, что нормальное функционирование в обществе невозможно без лечения и посторонней помощи. Деменция диагностируется, когда когнитивные нарушения настолько серьезны, что ставят под угрозу социальное и профессиональное функциониро-

вание, а также независимость в выполнении повседневных действий [5]. Следует отметить, что КР и деменция может развиваться у лиц, длительно проживающих в ПНДИ, на фоне иных психических и поведенческих расстройств, таких как шизофрения, умственная отсталость, расстройства личности и др., при этом многие проживающие не имеют официального диагноза деменции, что влияет на характер и качество оказания медицинской помощи. Изучение данной патологии в связи с ее высокой распространенностью, склонностью к прогрессированию, отсутствием этиотропного лечения представляет одну из актуальных проблем научной и практической деятельности, носит междисциплинарный и межведомственный характер. На сегодняшний день проведено очень мало исследований по изучению вопросов реабилитации лиц с КР, проживающих в ПНДИ.

Цель настоящей статьи – обосновать необходимость и описать основные направления реабилитации лиц с КР, проживающих в ПНДИ.

Деменция – это прогрессирующее нейродегенеративное когнитивное расстройство, которое значительно нарушает независимость и затрагивает все аспекты повседневной жизни человека, такие как физические, психологические, социальные, экологические и духовные. Заболеваемость деменцией во всем мире стремительно растет. Исследования показывают, что распространенность деменции увеличивается с возрастом, удваиваясь каждые 5 лет, начиная с 65-летнего возраста [6]. Общая тенденция состоит в том, что люди живут дольше, поэтому независимо от причин деменции, ожидается, что число людей с деменцией увеличится до 74,7 млн к 2030 году и до 131,5 млн к 2050 году [7, 8]. По мнению Lozano R. et al. (2012) деменции являются самыми быстрорастущими заболеваниями с точки зрения причин преждевременной смерти, поднявшись с 49-го места в 1990 году до 17-го места в 2010 году [9]. В современной демографической и социально-экономической ситуации поддержка и социальная защита инвалидов, ветеранов, лиц пожилого возраста являются одной из приоритетных задач государственной политики многих стран [10]. Патогенетическая терапия КР в большинстве случаев не приводит к улучшению когнитивных функций проживающих, следовательно, возникает необходимость в разработке эффективной, экономически выгодной и безопасной реабилитационной помощи лицам с КР, проживающим в ПНДИ, с учетом клинических проявлений и индивидуальных личностных особенностей и условий проживания.

Всемирная Организация Здравоохранения (далее – ВОЗ) в своей стратегии «Реабилитация: ключ к здоровью в 21 веке. Реабилитация 2030: призыв к действию» (2017) определила реабилитационные мероприятия как набор вмешательств, направленных на оптимизацию функционирования и снижение инвалидности у людей с нарушениями здоровья при взаимодействии с окружающей средой [11]. ВОЗ сформирован ведущий прин-

цип реабилитации: доступность для всего населения на всех этапах жизненного пути [11, 12].

Учитывая современную ситуацию с распространенностью КР как в нашей стране, так и во всем мире, реабилитация данной категории лиц является одним из приоритетных направлений развития медицинской и социальной помощи. Предоставление качественной реабилитационной помощи – одна из наиболее важных и сложных задач в деятельности ПНДИ. В связи с этим необходимо иметь надлежащие рекомендации по реабилитации лиц с КР, проживающих в ПНДИ.

Реабилитация лиц с КР, проживающих в ПНДИ, направлена на восстановление или сохранение психических функций, таких как память, внимание, восприятие, речь, планирование, исполнительные функции и др., и адаптацию лиц к самостоятельной жизни. Вектор реабилитационных вмешательств объединяет элементы медицинского, психологического, социального, педагогического, профессионального воздействия. Реабилитационные мероприятия должны быть направлены на устранение формирующихся ограничений жизнедеятельности, с учетом влияния неблагоприятных условий как внутреннего (биологического), так и внешнего (социального) характера, с ориентацией на конечный медико-социальный результат – интеграцию индивидуума в общество [13]. Вмешательства должны быть адаптированы и осуществляться в контексте реальных условий проживания с учетом того, что каждый проживающий имеет уникальный жизненный опыт, предпочтения, мотивацию, силу и потребности. Следовательно, важным аспектом реабилитации в ПНДИ является индивидуальный подход к каждому проживающему. Учитывая разнообразие потребностей и возможностей, реабилитация должна быть ориентирована на конкретного проживающего и его личные цели (должна быть персонифицированной). Наличие психического расстройства и инвалидность являются лишь составными частями личности, которая представляет собой уникальную психосоциальную единицу и осуществляет свою жизненную роль в контексте средовых и личностных факторов. При этом необходимо учитывать физическое и психологическое состояние, социальный статус, уровень образования и интересы, чтобы помочь проживающему достичь максимального потенциала и наилучшего результата реабилитации.

Специфика клинических проявлений, стадия заболевания, на которой осуществляется реабилитация, ее виды и формы, ставят задачи необходимости анализа методов и способов реабилитационного воздействия, дифференцированного подхода [14]. Потребности в реабилитации различаются в зависимости от стадии и типа КР. У многих лиц с КР имеются симптомы в нескольких сферах, включая когнитивные и поведенческие симптомы, нарушения повседневной активности, гериатрические синдромы, в дополнение к сопутствующей соматической патологии. Проявление данных симптомов модифицируется различными факторами, включая личность и

социальный контекст. На стадиях легких и умеренных нарушений требуется профилактика и лечение поведенческих и психологических симптомов КР, при этом крайне важно рассматривать проживающего ПНДИ и смысл его поведения с целостной точки зрения. На начальных этапах необходимы правильный сон, физическая активность, методы релаксации, медикаментозное лечение, когнитивная стимуляция, когнитивная тренировка и когнитивная реабилитация, вмешательства проводятся с учетом сохраненных функций и компенсаторных стратегий.

Психотерапевтические методы, такие как когнитивно-поведенческая и когнитивно-ориентированная терапия (например, терапия воспоминаний, когнитивно-стимулирующая терапия, тренировка памяти), гуманистическая психотерапия, зоо-, арт-, арома-, музыка-, драматерапия, познавательные игры и др., могут быть использованы для работы с когнитивными, эмоциональными, психологическими и поведенческими симптомами КР. Такой подход помогает лицам справляться со стрессом, одиночеством, тревогой и депрессией, связанными с их состоянием, а также улучшает социальное функционирование и облегчает адаптацию к изменениям.

Когнитивная реабилитация – это компонент реабилитационного процесса, направленный на улучшение нарушенных когнитивных функций вследствие поражения центральной нервной системы. Когнитивная реабилитация включает в себя набор терапевтических методов, которые переучивают или облегчают проблемы, вызванные дефицитом внимания, зрительной обработки, речи, памяти, рассуждений, решения проблем и исполнительных функций, методов по закреплению или восстановлению ранее усвоенных моделей поведения или созданию новых компенсаторных механизмов для нарушенных когнитивных функций. Когнитивная реабилитация лиц с КР не всегда непосредственно направлена на тренировку или улучшение когнитивных функций, а осуществляется в рамках системного подхода для преодоления трудностей в повседневной жизни.

Вмешательства по когнитивной реабилитации подразделяют на когнитивную тренировку (КТ), индивидуальную когнитивную реабилитацию (ИКР) и когнитивную стимуляцию (КС). КТ использует восстановительные стратегии для улучшения когнитивных функций [15, 16]. КТ состоит из отработки когнитивных задач, направленных на улучшение или поддержание когнитивных функций в одной или нескольких когнитивных областях [15, 16]. Примеры КТ включают обучение прикладным стратегиям запоминания и мнемоническим техникам, таким как подсказки и метод локусов [17], а также повторяющиеся когнитивные упражнения, нацеленные на когнитивные способности, такие как поиск с интервалами и повторяющиеся задачи на внимание и память [17]. В отличие от КТ, ИКР не направлена конкретно на улучшение когнитивных функций. Вместо этого ИКР направлена на решение проблем с выполнением деятельности, которые возникают в результате снижения когнитивных функций [15, 18]. ИКР

фокусируется на определении целей для повышения эффективности повседневной деятельности, предоставляя индивидуальное вмешательство для каждого проживающего. Вмешательства часто включают предоставление компенсаторных и адаптивных стратегий для улучшения производительности в конкретных повседневных действиях. Примеры ИКР включают методы извлечения памяти, изменение активности или окружающей среды, а также безошибочное обучение [16, 18, 19]. КС – еще одна стратегия вмешательства, которая способствует вовлечению в повседневную деятельность, неспецифически стимулируя общее когнитивное и социальное функционирование [20]. Примеры КС включают такие виды деятельности, как участие в групповых обсуждениях, чтение, игра в шахматы, рисование и др. КС направлена на повышение когнитивных резервов и предотвращение снижения когнитивных функций [19, 21].

По мере развития КР ухудшаются способности к инструментальной, а затем и к базовой деятельности в повседневной жизни. На стадиях умеренной и тяжелой деменции нагрузка на лиц, осуществляющих уход, значительно увеличивается. Поскольку жизнь с деменцией связана с прогрессирующей потерей независимости, а уход за лицами с деменцией сопряжен со стрессом, то проживающие и сотрудники ПНДИ нуждаются в психологической, эмоциональной и духовной поддержке, а обучение стратегиям коммуникации, преодоления трудностей и навыкам ухода может быть полезным как для лиц с КР, так и для тех, кто за ними ухаживает.

Физическая активность и регулярные физические упражнения, включая аэробные тренировки, силовые упражнения и разминку, могут способствовать улучшению кровообращения, обмена веществ и общего состояния организма, что в свою очередь положительно влияет на когнитивное функционирование.

Установлено, что у лиц с деменцией отмечается недостаточная физическая активность и сниженная мышечная сила, что связано с неблагоприятными событиями, такими как нарушения походки, риск падений, связанные с падением переломы, повышенная восприимчивость к травмам и другие сопутствующие заболевания. Кроме того, недавние исследования показали, что ходьба может рассматриваться как когнитивный процесс и что когнитивная дисфункция, такая как нарушение исполнительных функций, связана с нарушениями походки и последующими падениями у лиц с болезнью Альцгеймера [22]. Исходя из этого, физические упражнения были предложены в качестве эффективного вида вмешательства для улучшения физического здоровья и благополучия лиц с деменцией, основываясь на данных наблюдений, показывающих, что более высокие уровни физической активности и кардиореспираторного состояния тесно связаны с меньшей атрофией головного мозга, менее пагубным влиянием церебрального амилоида на когнитивные функции и снижением риска развития деменции [23-26]. Физическая реабилитация также может включать в себя

кинезитерапию, специальные упражнения для улучшения координации, равновесия и подвижности. Свободное передвижение на открытом воздухе является важным условием повседневной активности лиц, проживающих в ПНДИ. Сохранение функциональной независимости имеет решающее значение для улучшения качества жизни и снижения эмоциональной и физической нагрузки на ухаживающий персонал ПНДИ.

Социальная реабилитация направлена на улучшение социальной адаптации и интеграции лиц с КР в общество. Данное направление включает развитие коммуникативных навыков, формирование социальных связей, вовлечение в групповые занятия и общественные мероприятия, а также поддержание интереса к окружающему миру.

Физиотерапевтическое лечение, применяемое у лиц с КР, проживающих в ПНДИ, включает Д'арсанализацию шейно-воротниковой и волосистой зоны головы, микрополяризацию, транскраниальную электростимуляцию головного мозга, светотерапию, электросон, массаж, самомассаж и прикосновения, что может уменьшать эмоциональное и физическое напряжение, некоторые поведенческие и психологические симптомы КР, улучшить аппетит и сон.

Методы стимуляции головного мозга, включающие глубокую стимуляцию мозга, транскраниальную стимуляцию постоянным током, повторяющуюся транскраниальную магнитную стимуляцию, транскраниальную импульсную стимуляцию и прерывистую тета-импульсную стимуляцию, могут регулировать когнитивные функции при различных нервно-психических расстройствах [27].

Реабилитация должна приносить пользу всем сторонам процесса в результате повышения независимости, снижения психического напряжения в коллективе и улучшения качества жизни. Важной аспектом является целостный командный (мультидисциплинарный) подход. Команда должна комплексно оценить потребности каждого, чтобы решать медицинские, когнитивные, поведенческие, физические, социальные проблемы и удовлетворять духовные потребности. Все специалисты должны находиться в постоянном общении относительно текущих возможностей, целей, избранных методик и результатов реабилитации. Данное взаимодействие обеспечивает индивидуальный подход к каждому проживающему и координацию усилий всех специалистов для достижения наилучших результатов в реабилитации. Разработка и реализация индивидуальных программ реабилитации, адаптированных к специфическим потребностям и условиям проживания каждого гражданина, является неотъемлемой частью успешной реабилитации. Проживающий должен участвовать в составлении своего личного плана вмешательства по целям и проявлять инициативу, находясь в центре реабилитации на протяжении всего курса, что является фундаментальным требованием на всех этапах вмешательства. Цель реабилитации должна быть значимой в повседневной жизни и в тоже время потенци-

ально достижимой. Не рекомендуется возлагать большую нагрузку на лиц с КР. В ходе реабилитации эффективными являются многомерная оценка и подходы, основанные на концепциях МКФ, которая направлена на оценку каждого проживающего с точки зрения человека в целом, уделяя особое внимание аспектам здоровья и сильным сторонам, что позволяет определить ресурсы и здоровые компоненты функционирования. Реабилитация направлена на максимизацию остаточных функциональных возможностей каждого проживающего в ПНДИ с целью улучшения функционирования независимо от его уровня когнитивных нарушений [28].

Следует отметить, что эффективность реабилитации лиц с КР в ПНДИ может быть значительно повышена при использовании инновационных технологий, например, робототехники, виртуальной реальности, дистанционных технологий и технологий искусственного интеллекта, что может улучшить качество реабилитации и адаптации к жизни в условиях или за пределами ПНДИ. Онлайн-обучение может быть полезным инструментом для когнитивной реабилитации. Со временем электронные устройства, датчики и роботы должны быть интегрированы в окружающую среду ПНДИ, чтобы предоставить медицинскому персоналу более четкое представление о состоянии здоровья и активности проживающих в режиме реального времени и в реальных условиях.

Реализовав все направления, может быть достигнута основная цель реабилитации лиц с КР, проживающих в ПНДИ, которая состоит в том, чтобы позволить каждому проживающему достичь своего оптимального уровня функционирования, в отличие от традиционных восстановительных методов лечения в реабилитации, которые направлены на излечение/минимизацию нарушений или устранение основных патофизиологических или неврологических причин [28].

Таким образом, реабилитация лиц с КР, проживающих в ПНДИ, является одним из наиболее важных и сложных аспектов деятельности ПНДИ, направлена на компенсацию обусловленных расстройством ограничений и улучшение функционирования самих проживающих, а также ухаживающих за ними лиц. Реабилитация лиц с КР, проживающих в ПНДИ, включает медицинскую, психологическую и социальную реабилитацию, духовную поддержку, индивидуальный подход к каждому проживающему. Эффективные вмешательства для поддержания или улучшения показателей функционирования у лиц с КР, проживающих в ПНДИ, необходимы для снижения нагрузки на службы здравоохранения и социальной защиты.

Литература

1. Cantarero-Prieto, D. The economic cost of dementia: a systematic review. / D. Cantarero-Prieto, P.L. Leon, C. Blazquez-Fernandez et al. // *Dementia* (London). – 2020. – N19(8). – P.2637-2657.

2. Australian Institute of Health and Welfare. Dementia in Australia. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2020.

3. Деменция как новый социальный вызов : пособие для руководителей и специалистов / Программа поддержки Беларуси; НИИ труда Минтруда и соцзащиты. – Минск: Колорград, 2019. – 312 с.

4. Feger, D.M. Incident instrumental activities of daily living difficulty in older adults: which comes first? Findings from the advanced cognitive training for independent and vital elderly study. / D.M. Feger, S.L. Willis, K.R. Thomas et al. // *Front Neurol.* – 2020. – N 11. – P.550-577.

5. Hugo, J. Dementia and cognitive impairment: Epidemiology, diagnosis, and treatment. / J. Hugo, M. Ganguli // *Clinics in Geriatric Medicine.* – 2014. – N 30. – P.421-442.

6. Nitrini, R. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. / R. Nitrini, C.M. Bottino, C. Albalá et al. // *Int Psychogeriatr.* – 2009. – N 21(4). – P.622-630.

7. Prince, M. World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. / M. Prince, A. Wimo, M. Guerchet et al. // [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf. Дата доступа: 28.04.2023.

8. Wu, Y-T. The changing prevalence and incidence of dementia over time – current evidence. / Y-T. Wu, A.S. Beiser, M.M. Breteler et al. // *Nature Reviews Neurology.* – 2017. – N 13(6). – P.327-339.

9. Lozano, R. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. / R. Lozano, M. Naghavi, K. Foreman et al. // *Lancet.* – 2012. – N 380(9859). – P.2095-2128.

10. Ставропольский, Ю. Социальная политика в Японии через призму проблемы старения / Ю. Ставропольский. // *Журнал исследований социальной политики.* – 2014. – №1. – С.125-133.

11. World Health Organization. Rehabilitation: key for health in the 21st century. Rehabilitation 2030: a call for action. 2017. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>. Дата доступа 24.04.2023.

12. Stucki, G. Rehabilitation: the health strategy of the 21st century. / G. Stucki, J. Bickenbach, C. Gutenbrunner et al. // *J. Rehabil. Med.* – 2018. – Vol. 50. – P.309-316.

13. Лукьянова, И.Е. Научное обоснование современной реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности. : Автореф. дисс. ... доктора мед. наук. – М., 2009. – 50 с.

14. Бегметов, О.Х. Медико-социальные и организационно-методические аспекты реабилитации инвалидов вследствие психических заболеваний в условиях психоневрологического интерната и пути ее совершенствования. : Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 185 с.

15. Bahar-Fuchs, A. Cognitive training for people with mild to moderate dementia. / A. Bahar-Fuchs, A. Martyr, A.M.Y. Goh et al. // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2019. – N 3. – P.1-275.

16. Bahar-Fuchs, A. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. / A. Bahar-Fuchs, L. Clare, B. Woods // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2013. – N 6. – P.1-81.

17. Mowszowski, L. Early intervention for cognitive decline: can cognitive training be used as a selective prevention technique? / L. Mowszowski, J. Batchelor, S.L. Naismith // *Int Psychogeriatr.* – 2010. – N 22(4). – P.537-548.

18. Clare, L. Rehabilitation for people living with dementia: a practical framework of positive support. / L. Clare // *PLoS Med.* – 2017. – N 14(3). – P. e1002245.

19. Simon, S.S. Cognitive intervention in amnesic mild cognitive impairment: a systematic review. / S.S. Simon, J.E. Yokomizo, C.M. Bottino // *Neurosci Biobehav Rev.* – 2012. – N 36(4). – P.1163-1178.

20. Woods, B. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. / B. Woods, E. Aguirre, A.E. Spector et al. // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2012. – N 2. – P.1-69.
21. Kelly, M.E. The impact of cognitive training and mental stimulation on cognitive and everyday functioning of healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. / M.E. Kelly, D. Loughrey, B.A. Lawlor et al. // *Ageing Res Rev.* – 2014. – N 15. – P.28-43.
22. Sheridan, P.L. The role of higher-level cognitive function in gait: executive dysfunction contributes to fall risk in Alzheimer's disease. / P.L. Sheridan, J.M. Hausdorff // *Dement Geriatr Cogn Disord.* – 2007. – N 24(2). – P.125-137.
23. Burns, J.M. Cardiorespiratory fitness and brain atrophy in early Alzheimer disease. / J.M. Burns, B.B. Cronk, H.S. Anderson et al. // *Neurology.* – 2008. – N 71(3). – P.210-216.
24. Tolppanen, A.M. Leisure-time physical activity from mid- to late life, body mass index, and risk of dementia. / A.M. Tolppanen, A. Solomon, J. Kulmala et al. // *Alzheimers Dement.* – 2015. – N 11(4). – P.434-443.
25. Larson, E.B. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. / E.B. Larson, L. Wang, J.D. Bowen et al. // *Ann Intern Med.* – 2006. – N 144(2). – P.73-81.
26. Schultz, S.A. Cardiorespiratory fitness attenuates the influence of amyloid on cognition. / S.A. Schultz, E.A. Boots, R.P. Almeida et al. // *J Int Neuropsychol Soc.* – 2015. – N 21(10). – P.841-850.
27. Li, X. Non-drug Therapies for Alzheimer's Disease: A Review. / X. Li, M. Ji, H. Zhang et al. // *Neurol Ther.* – 2023. – N 12. – P. 39-72.
28. Gitlin, L.N. Improving quality of life in individuals with Dementia: the role of nonpharmacologic approaches in rehabilitation. In: Stone J., ed. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Buffalo, NY: Center for International Rehabilitation Research Information & Exchange (CIRRIE), 2010. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://sphhp.buffalo.edu/rehabilitation-science/research-and-facilities/fundedresearch-archive/center-for-international-rehab-research-infoexchange.html>.) Дата доступа: 30.04.2023.

Медицинская реабилитация детей с идиопатическим сколиозом в Республике Беларусь

Лабунь А.И., Осипов Ю.В.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,
г. Минск, Республика Беларусь

Идиопатический сколиоз (далее – ИС) – заболевание опорно-двигательной системы человека, характеризующееся многоплоскостной деформацией позвоночного столба и грудной клетки. Морфологические изменения позвоночника и грудной клетки лишь демонстративное проявление сколиоза, а тяжелым его следствием является нарушение витальных функций органов и систем, приводящее к ранней инвалидизации детей. Инвалидность вследствие сколиоза составляет 8-9% в общей структуре первичной детской инвалидности.

Тяжелые последствия ИС, приводящие к ограничению жизнедеятельности,

тельности и, соответственно, выходу на инвалидность, особо остро ставят вопрос медицинской реабилитации (далее – МР) детей с данной патологией. При применении высокотехнологичной хирургической коррекции тяжелых и прогрессирующих форм сколиотической деформации позвоночника, консервативного лечения требуется использование соответствующих современным мировым стандартам технологий МР детей с идиопатическим сколиозом.

С учетом вышеизложенного актуальным представляется рассмотрение и анализ основных методов и технологий реабилитации детей с ИС в Республике Беларусь.

Лечение и МР детей с ИС на амбулаторном этапе до проведения корригирующего хирургического лечения осуществляется согласно Постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь 01.06.2017 №51 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения пациентов с деформациями позвоночника» (далее – Постановление МЗ РБ №51) [1]. Врач-травматолог-ортопед индивидуально для каждого пациента с ИС с учетом особенностей течения заболевания, степени тяжести деформации позвоночника, сопутствующей патологии, показаний и противопоказаний определяет необходимость использования корсетной технологии и соответствующей МР, включающей:

- профилактические мероприятия, проводимые с целью ограничения нагрузок по продольной оси на позвоночник: ограничение ношения тяжести; исключение бега, прыжков, подвижных игр, физических силовых видов спорта; освобождение от занятий физической культурой по образовательной программе учебных заведений;

- лечебную физическую культуру (далее – ЛФК), которая предусматривает активное использование физических ресурсов организма пациента и направлена на: воспитание самоконтроля правильной осанки и движений (культура физического поведения); укрепление мышц (формирование «мышечного» корсета туловища); развитие физических качеств; формирование навыков самокоррекции и/или стабилизации деформации позвоночника;

- дополнительную физкультурную нагрузку: плавание (освоение техники классических стилей); адаптивная физкультура;

- физиотерапевтическое лечение (далее – ФТЛ), которое проводится как вспомогательный метод с целью улучшения трофики мышц туловища и включает: массаж спины, электростимуляцию мышц спины, тепловые процедуры (парафиновые аппликации на спину);

- медикаментозное лечение, которое назначается при деформациях III-IV степени тяжести при наличии показаний;

- корсетное корригирующее лечение, которое назначается пациентам с прогрессирующими деформациями позвоночника и имеющих активную

ростковую костную пластичность позвоночника (тест Садофьевой на стадии S0-SIV на боковых рентгенограммах).

Корсетное корригирующее лечение является одним из основных методов лечения ИС и проводится под контролем врача ортопеда-травматолога. Общее время пребывания в строгом корсетном режиме составляет 20-21 час в сутки, включая сон.

Контрольные осмотры проводятся с интервалом от 4 до 6 месяцев. Плановая рентгенография позвоночника в условиях корсетного режима проводится с периодичностью раз в год. Замена корсета в процессе роста пациента проводится при наступившем изменении и несоответствии антропометрических параметров туловища по отношению к имеющемуся ортезу. Приемлемый срок эксплуатации одного ортезного изделия оценивается как 1-1,5 года. Период корсетного удержания по срокам составляет не менее 2 лет и зависит от исходного показателя роста и продолжается до окончания периода завершения костного роста позвоночника (тест Садофьевой на стадии SV на боковых рентгенограммах).

Период отмены корсета составляет от 6 до 12 месяцев и предусматривает постепенное увеличение времени безкорсетного пребывания. При полной отмене корсета выполняется контрольная рентгенография позвоночника без корсета в положении стоя в двух проекциях. В случаях, когда у пациента в условиях корсетного лечения искривление дуги деформации сохраняется или выходит на хирургические параметры, целесообразно вести период корсетного удержания до наступления стабилизации костного роста позвоночника, что рентгенологически характеризуется тестом Садофьевой на стадии SIV.

При отсутствии эффекта корсетного лечения, наличии показаний и отсутствии противопоказаний рекомендуется в согласованном порядке планировать проведение оперативного этапа лечения. Для оперативной коррекции ИС используются имплантируемые металлоконструкции типа CDI (Cotrel-Dubousset Instrumentation), которые позволяют осуществлять корригирующие манипуляции с позвоночником в трех плоскостях в зависимости от анатомических особенностей и параметров выраженности деформационного поражения. После проведения оперативного лечения МР детей с ИС на лечебно-реабилитационном этапе согласно Постановлению МЗ РБ №51 включает:

- ФТЛ: электростимуляция мышц нижних конечностей; массаж нижних конечностей (бедра, голени, стопы);

- ЛФК: дыхательная гимнастика с 2-3 дня после операции; активные движения в суставах конечностей с изометрическими и амплитудными; динамические упражнения для конечностей – с 2-3 дня после операции;

- после перевода в вертикальное положение (на второй неделе после операции) пациент осваивает двигательные навыки – учится вставать, ложиться, ходить, сидеть, контролировать равновесие и его баланс при

движении; назначаются изометрические и динамические упражнения для укрепления мышц конечностей в положении стоя.

При выписке пациента из стационара через врачебно-контрольную комиссию оформляется направление в протезно-ортопедическое учреждение для изготовления жесткого ортопедического корсета. После его изготовления пациент осматривается врачом-специалистом в учреждении, где проведено хирургическое лечение.

После завершения МР на лечебно-реабилитационном этапе в период 14 до 21 день после операции согласуется перевод пациента в ГУ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации» (далее – РКБМР) в рамках ранней медицинской реабилитации в стационарных условиях, согласно Приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.01.2018 №65 «О порядке организации и проведения медицинской реабилитации пациентов в возрасте до 18 лет» (далее – Приказ МЗ РБ №65) [2].

Ранняя МР в стационарных условиях детей с ИС в раннем восстановительном периоде проводится согласно Приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.02.2011 №172 «Об утверждении протоколов медицинской реабилитации детей» [3] и включает:

- мероприятия психотерапии;
- мероприятия физической реабилитации: ЛФК; двигательный режим; занятия на тренажерах общего типа; плавание; массаж; механотерапия.
- ФТЛ: теплолечение; грязелечение; электролечение; гидротерапия; бальнеотерапия; аэроионотерапия
- коррекцию при помощи технических средств;
- школа пациента со сколиозом.

По окончании ранней медицинской реабилитации в стационаре РКБМР пациент переходит на амбулаторный этап медицинской реабилитации по месту жительства, которая осуществляется 2 раза в год курсами по 14-18 дней и включает:

- мероприятия физической реабилитации: индивидуальная ЛФК, массаж, мануальная терапия, механотерапия, эрготерапия, физиотерапия, рефлексотерапия;
- мероприятия ортопедической коррекции;
- диетотерапия;
- школа для пациентов и их родителей.

В рамках позднего восстановительного периода после хирургического лечения, при наличии у пациента умеренных или выраженных нарушений статодинамической функции, болевого синдрома, 1-2 раза в год проводится курсы поздней (повторной) медицинской реабилитации в стационарных условиях продолжительностью от 18 до 21 дня.

Повторный осмотр врачом-специалистом в учреждении, где проведено хирургическое лечение назначается через 6 и 12 месяцев. При отсутствии осложнений через 1 год после операции врач-специалист может отменить ношение корсета. По необходимости корсетный режим продолжается с назначением дополнительного обследования в виде спирографии и электрофизиологического мониторинга функционального состояния спинного мозга. В дальнейшем осмотры врачом-специалистом проводятся 1 раз в год.

В Республике Беларусь дети с ИС при наличии показаний и отсутствии противопоказаний имеют право на получение дошкольного образования в санаторном детском саде и, при наличии диагноза юношеского идиопатического сколиоза (M41.1) 2-4-й степени с признаками прогрессирования (клинические и (или) рентгенологические любой локализации), на получение среднего образования на базе санаторных школ-интернатов, согласно Постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 июля 2022 г. №79 «Об установлении перечней медицинских показаний и медицинских противопоказаний для получения образования» [4].

В рамках дошкольного образования в санаторных детских садах установлены щадящие распорядки дня, проводятся профилактические осмотры врачами-педиатрами 3 раза в неделю, ежеквартально по итогам диагностики медико-психологический консилиум утверждает индивидуальные программы реабилитации, а также план лечебно-профилактической работы на учебный год. В отделении медицинской реабилитации проводятся сеансы ЛФК, ФТЛ, фитотерапия, 2 раза в год – курсы массажа, проводится работа с целью обеспечения психологической поддержки, мероприятия психолого-педагогической коррекции.

В рамках среднего образования в санаторных школах-интернатах для детей с ИС соблюдается ортопедический режим: режим разгрузки позвоночника, щадящий двигательный режим, корсетный режим. Осуществляется динамическое медицинское наблюдение за состоянием здоровья как по основному заболеванию, так и по сопутствующей соматической патологии. Во время медицинских осмотров оценивается степень тяжести и течение ИС, физическое развитие, степень биологической зрелости, группа здоровья, группа по физкультуре, показатели функционального состояния организма (жизненная емкость легких, экскурсия грудной клетки, динамометрия). Регулярно проводятся занятия ЛФК, курсы ФТЛ, массажа.

Таким образом, подводя итог вышесказанному следует отметить, что в Республике Беларусь принят ряд нормативно-правовых актов, регламентирующий порядок проведения лечения и медицинской реабилитации детей с идиопатическим сколиозом, установлен широкий перечень реабилитационных мероприятий. Однако, учитывая широкий спектр морфологических и функциональных нарушений во многих органах и системах, вызываемых данной патологией, высокую инвалидизацию детского населения и

применение новых технологий хирургического лечения подходы к медицинской реабилитации детей с ИС должны регулярно обновляться и актуализироваться с учетом мировых подходов и тенденций реабилитации.

Литература

1. Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения пациентов с деформациями позвоночника [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 01.06.2017 г., № 51 // Пех. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. Центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.
2. О порядке организации и проведения медицинской реабилитации пациентов в возрасте до 18 лет [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31.01.2018 г., № 65 // Пех. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. Центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.
3. Об утверждении протоколов медицинской реабилитации детей [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 18.02.2011 г., № 172 // Пех. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. Центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.
4. Об установлении перечней медицинских показаний и медицинских противопоказаний для получения образования [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 29.07.2022 г., № 79 // Пех. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. Центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

Оценка реабилитационного потенциала у пациентов с болезнями системы кровообращения в сочетании с онкологическими заболеваниями

Львова Н.Л., Васильченко Я.В., Тишкина Ю.Е., Боровой А.П.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,
г. Минск, Республика Беларусь

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

УЗ «4-я городская клиническая больница имени Н. Е. Савченко»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. На сегодняшний день онкологические заболевания и болезни системы кровообращения (далее – БСК) занимают ведущие места среди причин смерти и инвалидности в большинстве экономически развитых странах мира. Лечение и медицинская реабилитация пациентов с коморбидными заболеваниями (злокачественное новообразование и БСК) длительное, интенсивное и требует больших финансовых затрат.

Цель исследования. Оптимизировать проведение медицинской реабилитации пациентов с коморбидной патологией (онкологическое заболевание и болезни сердечно-сосудистой системы) путем разработки метода медицинской реабилитации данного контингента пациентов.

Материалы исследования. Проведено клинико-функциональное исследование 167 пациентов со злокачественными новообразованиями в сочетании с БСК, направлявшихся в ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» для прохождения курса медицинской реабилитации.

Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил $62,6 \pm 7,7$ лет. Наиболее представительной среди обследованных пациентов была группа 66 лет и старше, в которую вошло 56 (33,5%) пациентов. Среди обследованных пациентов было 97 (58,1%) мужчин, средний возраст которых составил $62,5 \pm 6,6$ года и 70 (41,9%) женщин, средний возраст которых составил $62,9 \pm 8,9$ лет.

На момент обследования 82 (49,1%) пациента были признаны инвалидами, в том числе: инвалидами 1 группы – 8 (4,8%) человек, инвалидами 2 группы – 44 (26,3%) человек, инвалидами 3 группы – 30 (18%). Инвалидность не установлена в 85 (50,9%) случаях.

У пациентов, включенных в исследование, наблюдались онкологические заболевания различных органов. Топическая характеристика выявленных онкологических заболеваний представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Топическая характеристика онкологических заболеваний у пациентов, включенных в исследование (n = 167)

Код заболевания по МКБ 10	Нозологическая форма	Число случаев	
		абс.	%
C 34	Злокачественное новообразование бронхов и легкого	65	38,9
C 16	Злокачественное новообразование желудка	21	12,6
C 18	Злокачественное новообразование ободочной кишки	3	1,8
C 19	Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения	37	22,2
C 50	Злокачественное новообразование молочной железы	41	24,5

У 38,9% пациентов, включенных в исследование, было выявлено злокачественное новообразование бронхов и легкого, у 24,5% – злокачественное новообразование молочной железы, злокачественное новообразование кишечника – у 24,0% пациентов, злокачественные новообразования желудка – у 12,6 % пациентов.

Распределение пациентов в зависимости от клинической группы онкологического диспансерного учета представлено на рисунке.

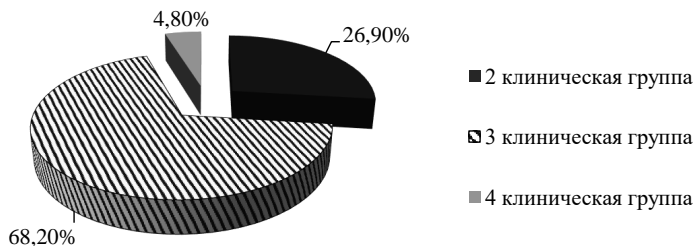


Рисунок – Распределение пациентов в зависимости от клинической группы онкологического диспансерного учета

Так у 8 (4,8%) пациентов была определена 4 клиническая группа онкологического диспансерного учета, в 45 (26,9%) случаях – 2 клиническая группа, а у 114 (68,2%) – 3 клиническая группа онкологического диспансерного учета. 1 клиническая группа онкологического диспансерного учета у пациентов, включенных в исследование, не определялась.

У пациентов, включенных в исследование, наблюдались наиболее распространенные в популяции БСК. Так клинические признаки недостаточности кровообращения (далее – НК) отмечались у 143 (85,6%), в том числе: 1 стадии (по классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко) отмечались у 107 (64,1%) человек, 2А стадии – у 30 (18%), 2Б стадии – у 6 (3,6%) человек.

Ишемическая болезнь сердца (далее – ИБС) была выявлена у 149 (89,2%) пациентов. Стабильная стенокардия напряжения (ССН) (по классификации Канадского кардиологического общества) встречалась у 74 (44,3%) человек, в том числе: ССН ФК 1 – у 59 (35,3%) человек, ССН ФК 2 – у 14 (8,4%) человек, ССН ФК 3 – у 1 (0,6%) человека. Артериальная гипертензия (далее – АГ) была отмечена у 136 (81,4%) человек, в том числе: АГ I степени – у 34 (20,3%), АГ II степени – у 95 (56,9%), АГ III степени – у 7 (4,2%). Кризовое течение АГ отмечено у 19 (11,4%) пациентов. Сочетание ИБС с АГ выявлено у 119 (71,3%) пациентов.

Методы исследования. Экспертно-реабилитационная диагностика включала проведение медицинского осмотра пациента, установление клинико-функционального диагноза основного и сопутствующих заболеваний, определение наличия и степени выраженности нарушений функций органов и систем организма пациента, степени выраженности ограничения базовых категорий жизнедеятельности, оценку реабилитационного потенциала, индексов коморбидности (Charlson, Kaplan-Feinstein, Index of Co-Existent Disease (ICED)).

Результаты исследования. Термин «коморбидность» наиболее часто используется для обозначения сочетанной патологии. Под коморбидностью обычно подразумевается наличие у пациента одновременно двух и более болезней. В настоящее время существует несколько общепризнанных методов «измерения» коморбидности. В нашем исследовании мы использовали следующие методы измерения коморбидности включающие оценку БСК и онкологической патологии:

- балльную оценку наличия сопутствующих заболеваний при расчёте индекса коморбидности Charlson;
- индекса Kaplan-Feinstein;
- индекс сосуществующих болезней ICED (Index of Co-Existent Disease).

У большинства пациентов, включенных в исследование, значение индекса Charlson составило от 5 до 6 баллов – 58 (42,3%). Меньше всего пациентов наблюдалось с баллами 11-12 и 13 и выше – по 5 (3,6%) и 1 (0,7%) соответственно. Среднее значение индекса Charlson у пациентов, включенных в исследование, составило $5,69 \pm 2,26$.

Значение индекса Kaplan-Feinstein составило от 5 до 6 баллов – 58 (49,1%). Меньше всего пациентов было с 10 баллами – 1 (0,8%). У 32 (27,1%) пациентов значение индекса составило 3-4 балла. 7-8 баллов было определено у 19 (16,1%). Среднее значение индекса Kaplan-Feinstein составило $4,87 \pm 1,63$.

Большая часть пациентов 74 (62,7%) имели общий балл по индексу ICED равный 2, 16 (13,5%) пациентов имели легкую степень тяжести общего состояния, что соответствует 1 баллу, а 18 (14,4%) пациентов – 3 балла. Средний балл по индексу ICED составил $2,10 \pm 0,6$.

Проведена оценка средних значений индексов коморбидности в зависимости от возраста пациентов. Результаты оценки представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты оценки индексов коморбидности в зависимости от возраста пациентов (n=167)

Возраст (лет)	Средние значения индексов коморбидности		
	Charlson	Kaplan-Feinstein	ICED
45–50	$3,2 \pm 1,3$	$4,3 \pm 1,5$	$1,7 \pm 0,6$
51–55	$4,6 \pm 1,2$	$4,6 \pm 1,5$	$2,1 \pm 0,6$
56–60	$4,9 \pm 1,8$	$5,0 \pm 1,7$	$2,1 \pm 0,6$
61–65	$5,5 \pm 1,9$	$4,9 \pm 1,7$	$2,1 \pm 0,8$
66 и старше	$7,2 \pm 2,4$	$5,4 \pm 1,5$	$2,0 \pm 0,8$

Максимальное среднее значение индекса коморбидности Charlson было отмечено у пациентов в возрастной группе от 66 и старше и состави-

ло $7,2 \pm 2,4$, минимальное значение в возрастной группе 45 – 50 лет – $3,2 \pm 1,3$, в группе 51-55 лет – $4,6 \pm 1,2$, 56-60 лет – $4,9 \pm 1,8$.

Максимальное среднее значение индекса коморбидности Kaplan-Feinstein было отмечено у пациентов в возрастной группе 66 лет и старше $5,4 \pm 1,5$, минимальное среднее значение также было в возрастной группе 45 - 50 лет – $4,3 \pm 1,5$. Таким образом, средние значения индексов Charlson и Kaplan-Feinstein увеличивались с возрастом.

Для анализа корреляционной зависимости использовались индекс Кендалла. Отмечена положительная корреляционная зависимость между возрастом пациентов и индексами коморбидности Charlson (τ 0,51, $p < 0,05$) и Kaplan-Feinstein (τ 0,46, $p < 0,05$).

Нами проведен анализ корреляционной зависимости между значениями индексов коморбидности Charlson, Kaplan-Feinstein, ICED и реабилитационным потенциалом пациентов, включенных в исследование, представленный в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты анализа корреляции между индексами коморбидности и реабилитационным потенциалом с использованием ранговой корреляции Кендалла.

Индекс	Величина τ a	Уровень значимости
Charlson	0,39	$p < 0,05$
Kaplan-Feinstein	0,39	$p < 0,05$
ICED	0,49	$p < 0,05$

Отмечена слабая положительная линейная корреляционная зависимость между реабилитационным потенциалом и индексами коморбидности Charlson, Kaplan-Feinstein, ICED.

Выводы. Отмечена положительная корреляционная зависимость между возрастом пациентов и индексами коморбидности Charlson (t 0,51, $p < 0,05$) и Kaplan-Feinstein (t 0,46, $p < 0,05$). Максимальное среднее значение индекса коморбидности Charlson было отмечено у пациентов в возрастной группе от 66 и старше и составило $7,2 \pm 2,4$ ($p < 0,05$) и $5,4 \pm 1,5$ ($p < 0,05$) у индекса Kaplan-Feinstein.

Отмечена положительная линейная корреляционная зависимость между реабилитационным потенциалом и индексами коморбидности Charlson (t 0,39, $p < 0,05$), Kaplan-Feinstein (t 0,39, $p < 0,05$), индексом ICED (t 0,49, $p < 0,05$). Индексы коморбидности Charlson, Kaplan-Feinstein, ICED можно использовать для комплексной оценки реабилитационного потенциала пациента с коморбидной патологией.

Медицинские аспекты оценки реабилитационного потенциала пациентов с инфарктом мозга и внутримозговым кровоизлиянием

Марьенко И.П., Усова Н.Н., Плешко И.В., Лихачев С.А.,
Можейко М.П., Борисенко А.В., Крамаренко А.Н.

РНПЦ неврологии и нейрохирургии, г. Минск, Республика Беларусь
УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Инфаркт мозга (далее – ИМ) и внутримозговое кровоизлияние (далее – ВМК) входят в основные причины заболеваемости, инвалидности и смертности в Республике Беларусь и мире, приводящие к двигательным и когнитивным нарушениям и являются актуальной медико-социальной проблемой. Частота ИМ колеблется от 1 до 4 случаев на 1000 населения в год и занимает третье место среди причин смерти и первое среди причин инвалидности в Республике Беларусь. Благодаря улучшению медицинской помощи и профилактическим мерам, смертность и возраст-зависимые случаи уменьшились в высокоразвитых странах, однако абсолютное число ИМ в возрастной популяции продолжает расти.

Около 80% пациентов после перенесенного ИМ становятся инвалидами и нуждаются в посторонней помощи. Организация помощи пациентам с ИМ и ВМК является серьёзной медико-социальной задачей и нуждается в дальнейшем совершенствовании [1, 2, 3]. Большое значение уделяется постинсультным осложнениям, приводящим к инвалидизации пациента. В результате произошедшего ИМ и ВМК у пациентов отмечается широкий спектр неврологических нарушений, требующих длительной медикаментозной терапии и медицинской реабилитации.

Координаторные нарушения после перенесенного ИМ или ВМК являются весомым фактором инвалидизации, и как правило, прогноз их функционального восстановления не является удовлетворительным, так как нарушения координации не поддаются медикаментозному лечению [4, 5, 6].

Координаторные нарушения при ИМ и ВМК могут быть обусловлены:

- поражением мозжечка, а также его афферентных и эфферентных связей,
- нарушением функции двигательного (кинестетического) анализатора (нарушение координации движений и мышечно-суставного чувства), наличием пареза конечности, поражением вестибулярного анализатора (центральный и периферический отделы), зрительно-пространственными нарушениями, когнитивным снижением и нарушением внимания, вторичными адаптационными реакциями

конечности, обусловленными изменением тонуса, мышечной атрофией, изменениями длины мягких тканей, контрактурой суставов, болевым синдромом. Выделяют следующие виды атаксии.

Мозжечковая атаксия появляется при поражении мозжечковых систем (мозжечка, фронто-понто-церебеллярных или дентато-таламического путей) и может быть статико-локомоторной и динамической [4, 7]. При поражении коры височно-затылочной или лобной области развивается так называемая корковая атаксия, которая проявляется шаткостью при ходьбе с отклонениями в сторону, противоположную корковому очагу, выраженной неустойчивостью при поворотах, постуральной неустойчивостью, а в ряде случаев невозможностью ходить и стоять при сохранении адекватной двигательной активности в положении лежа [7, 8]. Сенситивная атаксия, при которой происходит нарушение координации движений и мышечно-суставного чувства, обусловлена как поражением спинно-таламo-коркового пути, так и тоническими изменениями в конечностях. Нередко у пациентов отмечается сочетание нескольких типов атаксий.

Данные состояния сопровождаются изменениями динамического стереотипа пациентов. Нарушается синергическое распределение активности мышц различного назначения в поддержании позы и обеспечении различных движений, при этом выявляются различные виды постуральных дисфункций, изменения пространственного положения различных регионов позвоночника во фронтальной и сагиттальной плоскостях. Длительно сохраняясь, они способствуют развитию дистрофических изменений в мышцах, связках, капсулах сустава, межпозвонковых дисках, суставных поверхностях. В дальнейшем формируются структурные изменения, при развитии которых значительно замедляется центральная компенсация координаторных нарушений у пациентов с ИМ и ВМК.

В системе оценки здоровья и перспектив реабилитации в настоящее время используются такие критерии международной классификации функционирования аспектов здоровья (МКФ) [9] как:

активность и участие – возможность выполнять повседневные действия, присущие человеку во всем диапазоне жизненных потребностей.

факторы окружающей среды – способные облегчать или усложнять выполнение повседневных действий,

личностные факторы – отношение человека к себе и своим возможностям, влияющее на адаптацию и выполнение повседневных действий.

Под реабилитационным потенциалом (далее – РП) подразумеваются все ресурсы составляющих здоровье, имеющиеся в наличии и могущие быть использованными для достижения реабилитационной цели. РП – уровень максимально возможного восстановления функций и жизнедеятельности пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, возвращение способности к самообслуживанию, отдыху, досугу) в намеченный отрезок времени с учетом нозологических, эт-

нических, этиопатогенетических, средовых факторов, а также индивидуальных функциональных резервов и компенсаторных возможностей пациента при условии адекватной мотивированности по отношению к предстоящему реабилитационному лечению со стороны его самого [10]. РП может быть определен при наличии устойчивой начальной точки оценки – диагноза и стабильного состояния [10]. РП имеет медицинскую, психологическую, педагогическую, социальную составляющие, включает факторы окружающей среды.

Для каждого пациента следует определить категорию РП. РП пациента может принадлежать к одной из категорий: категория потенциала полного восстановления здоровья, категория потенциала частичного восстановления функционирования пациент, категория потенциала адаптации и компенсации пациента, категория потенциала адаптации среды окружения (паллиативная помощь, уход). Главный критерий качества проведенной реабилитации – достижение цели, установленной при поступлении пациента на этап реабилитации.

Цель. Разработать алгоритм оценки медицинской составляющей РП пациентов с ИМ и ВМК.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие пациенты с установленным диагнозом внутримозговое кровоизлияние (I61), инфаркт мозга (I63) вне зависимости от периода, последствия цереброваскулярных болезней (I69.1; I69.3), возраст старше 18 лет; согласие на участие в исследовании.

Для оценки тяжести координаторных нарушений вместе с неврологическим осмотром пациента использовалась оценка тяжести инсульта по шкале NIHSS, методики исследования функции равновесия: тест баланса Берга, оценка функции равновесия по данным вестибулометрии с функциональными тестами, по данным стабильности [11, 12].

Для оценки медицинской составляющей РП пациентов с болевым синдромом использовали шкалу депрессии Бека. Опросник PainDetect использовали для выявления нейропатической боли. Также оценку нейропатического компонента боли проводили по скрининговым шкалам DN4. Для оценки степени инвалидизации пациента и нарушения жизнедеятельности была использована модифицированная шкала Ренкина. Динамику функционального дефекта и степени нарушения жизнедеятельности оценивалась с помощью шкалы повседневной жизнедеятельности Бартела. Качество жизни оценивали по опроснику SF-36 [11, 12, 13].

Результаты. Было обследовано 49 пациентов, находящихся на реабилитационном лечении после ИМ или ВМК. Среди них женщин 14 (30%) и 35 (70%) мужчин. Средний возраст пациентов $60,3 \pm 12,6$ лет. ИМ был установлен в 42 случаях, 7 пациентов перенесли ВМК. Артериальная гипертензия встречалась в 39 (78%) случаях, ишемическая болезнь сердца 32 (66%), атеросклеротический кардиосклероз у 14 (28%) и являлись самыми распространенными сопутствующими заболеваниями у пациентов с ИМ и ВМК.

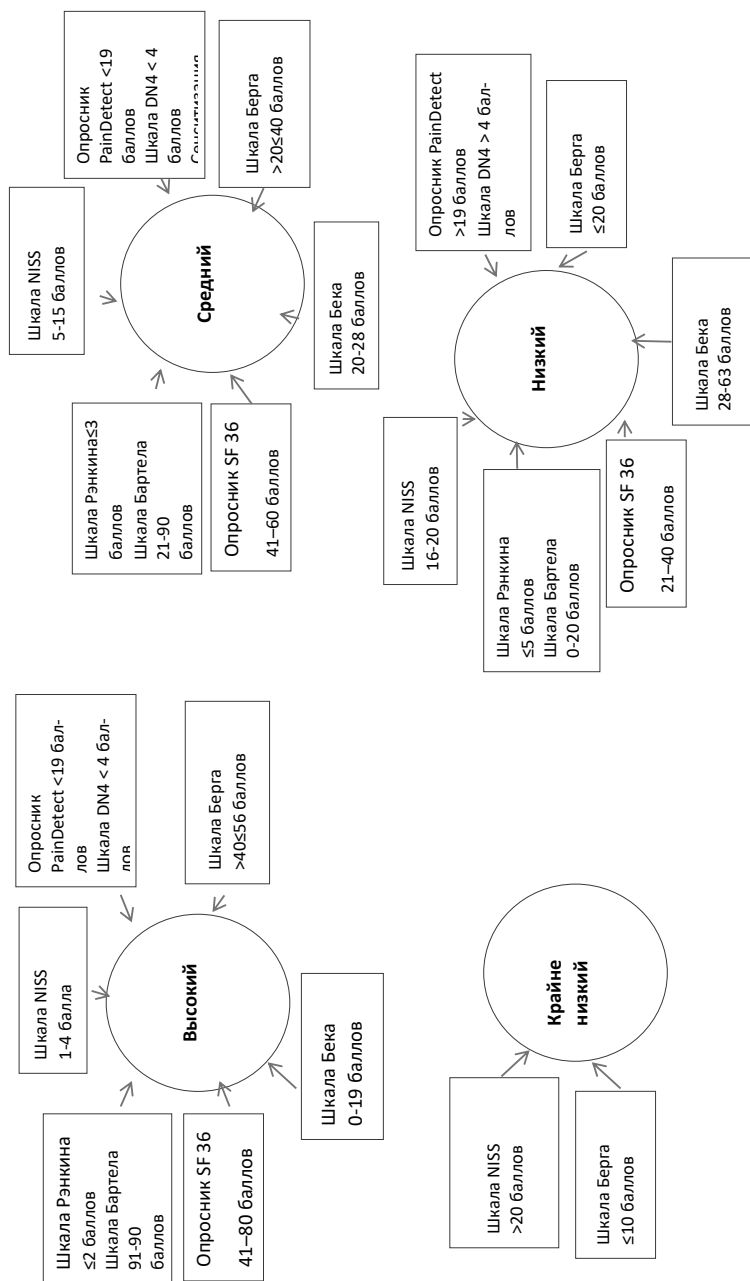


Рисунок 1 - Алгоритм определения реабилитационного потенциала у пациентов с инфарктом мозга и внутримозговым кровоизлиянием (медицинские аспекты)

Были выявлены особенности статокINETической устойчивости у пациентов с ИМ и ВМК: в тесте Ромберга с открытыми глазами выявлено значимое увеличение параметров скоростных показателей статокINETИзограммы, что отражает нарушения функции равновесия, самый низкий уровень качества функции равновесия отмечался в тесте Ромберга с закрытыми глазами ($p < 0,05$). По данным вестибулометрии спонтанный нистагм регистрировался не у всех пациентов. Однако, проба де Клейна в 70% и проба Вальсальвы в 58,3% случаях провоцировала нистагм ($p < 0,05$). Выявлены признаки 2-х сторонней вестибулярной гиперрефлексии при калорической стимуляции у большинства пациентов, а также асимметрия вестибулоокулярного рефлекса (ВОР), нарушение подавление ВОР фиксацией взора ($p < 0,05$). По шкале Берга функция равновесия составила 30 [22; 39] баллов. Оценка боли по шкале DN4 составила 3,0 [1,0; 4,0] баллов, при чем у 11 (22%) пациентов болевой синдром носил отчетливый нейропатический характер (балл DN4 выше 4). Выявлено отсутствие различий нейропатического компонента боли по шкале DN4 и по шкале PainDetect в группах с разной степенью ее интенсивности ($p = 0,004$). На основе анализа полученных результатов разработан алгоритм определения медицинских аспектов реабилитационного потенциала у пациентов с ИМ и ВМК (рисунок 1).

Выводы. Своевременное выявление нарушений у пациентов с ИМ и ВМК с оценкой вестибулярной функции, статокINETической устойчивости, а также результатов нейропсихологического тестирования позволит своевременно выявить болевой синдром и тип координаторных нарушений, степень их тяжести, установить медицинские аспекты РП с точностью до 90%, повысить эффективность медицинской реабилитации, что позволит рационально использовать противоболевые лекарственные средства, применить персонализированные реабилитационные мероприятия, предупредить стойкую утрату трудоспособности, сократить длительность пребывания в стационаре, повысить качество жизни и социальную адаптацию пациентов.

Литература

1. Community care coordination for stroke survivors: results of a complex intervention study / J. Deutschbein [et al.] // BMC Health Services Research. – 2020. – Vol. 20. – P.1143.
2. Community care coordination for stroke survivors: results of a complex intervention study / J. Deutschbein [et al.] // BMC Health Services Research. – 2020. – Vol. 20. – P.1143.
3. Карпечина, О. А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Инсульт проблема века / О.А. Карпечина [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by>
4. Левин, О.С. Постинсультные двигательные и когнитивные нарушения: клинические особенности и современные подходы к реабилитации / О. С. Левин, А. Н. Боголепова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2020. – Т.120, № 11. – С.99-107.
5. Interventions for coordination of walking following stroke: systematic review / K. L. Hollands [ET AL.] // Gait Posture. – 2012. – Vol. 35, iss. 3. – P.349-59.
6. Interventions for improving coordination of reach to grasp following stroke: Systematic Review // Systematic review protocol JBI Library of systematic reviews. – 2009. – Vol.7, iss.24. – P.1-21.

7. Clinical recommendations. diagnosis and treatment of balance disorders in diseases of the nervous system: ed. M. V. Zmergrad. – Moscow: medpress-inform, 2019. – 112 p.
8. Shtulman, D.R. Neurology: Handbook of practice. Doctor / D.R. Shtulman, O.S. Levin. – 4th ed., reprint. and additional. – М.: MEDpress-inform, 2005.
9. Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (краткая версия) / Всемирная Организация Здравоохранения. - 2001. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://apps.who.int/>
10. О порядке организации и проведения медицинской реабилитации, медицинской абилитации: приказ М-ва здравоохранения Республики Беларусь от 01.09.2022г. № 1141.
11. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument / K. Berg [et al.] // Physiotherapy Canada. – 1989. – Vol. 41. – P.304-311.
12. Репина, Л. А. Использование шкал клинической выраженности инсульта для определения реабилитационного прогноза / Л. А. Репина, Т. В. Романова, И. Е. Повременова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2018. – №1.
13. Зенков, Л. Р. Функциональная диагностика нервных болезней / Л. Р. Зенков, М. А. Ронкин. – М: МЕДпресс-информ, 2004. – 492 с.

Эффективность медицинской реабилитации пациентов после ревизионного эндопротезирования коленного сустава

Пашкевич Л.А., Разуванов А.И., Лукашевич А.А., Мохаммади М.Т.,
Эйсмонт О.Л., Шалатонина О.И., Кандыбо И.В., Малюк Б.В.

РНПЦ травматологии и ортопедии, г. Минск, Республика Беларусь
РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Одним из востребованных и высокоэффективных методов лечения заболеваний (например, остеоартроз) и последствий травм коленного сустава является эндопротезирование. По мере роста количества выполняемых артропластик коленного сустава растет количество ревизионных эндопротезирований [1]. Наиболее частыми основаниями для выполнения ревизионной артропластики являются инфекции и нестабильность конструкции [2, 3, 4].

В этом контексте медицинская реабилитация после ревизионного эндопротезирования коленного сустава играет важную роль в достижении оптимальных результатов и в восстановлении полноценной активности пациентов, а также качества их жизни. Исключительно важно для достижения желаемого медицинского эффекта выполнять мероприятия медицинской реабилитации под контролем нейробиографических данных, позволяющих, при необходимости, корректировать программу реабилитации пациента, а также производить оценку ее эффективности в целом.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности лечебно-реабилитационного этапа медицинской реабилитации пациентов после ревизионного эндопротезирования коленного сустава (далее – РеЭКС) на основе нейробиографических параметров.

Материалы и методы исследования. Для достижения цели исследования были изучены клинические, рентгенологические данные о пациентах, пролеченных в течение трех месяцев на стационарном этапе после РеЭКС.

Оценка клинико-функционального состояния пациентов предусматривала последовательное выполнение нескольких этапов [5].

Этап 1 – Определение исходных функциональных параметров у пациентов на этапе подготовки РеЭКС.

Для проведения данного этапа используется следующий перечень критериев:

электронейромиографические (далее – ЭНМГ) данные. При их оценке акцент делается на разнице показателя мышечной активности (МА, мкВ) одноименной группы мышц симптомной и асимптомной конечности;

реовазографические (далее – РВГ) данные. Анализируется разница показателя уровня кровенаполнения (УК, $\text{см}^3/\text{мин}/100\text{см}^3$) по сравнению с контролем симметричных сегментов симптомной и асимптомной конечности;

ультразвуковые доплерографические данные. Оцениваются атеросклеротические проявления в артериях нижних конечностей и проходимость магистральных глубоких и поверхностных вен.

Этап 2 – Определение клинико-функционального потенциала (КФПо) и клинико-функционального прогноза (далее – КФПр) на этапе проведения и после РеЭКС (8- 10 сутки).

Оценка КФПо, который характеризует способность пациента восстановить нарушенные функции и возможность осуществления активности, проводилась с учетом выраженности нарушений нервно-мышечной функции. Параметры оценки: изменение параметров МА и УК по сравнению с исходным уровнем с перспективой восстановления. При этом показателями, характеризующим исходный уровень функциональных возможностей, являются дооперационные значения МА (мкВ) и УК ($\text{см}^3/\text{мин}/100\text{см}^3$).

Оценка КФПр, который является выражением реально достижимой цели, включает в себя показатели МА, УК и патоморфологического состояния костных и мягких перипротезных тканей. Параметры оценки: изменение параметров МА и УК с достижением дооперационного уровня или нормативных значений, степень выраженности патоморфологических критериев.

Результаты. Медицинская реабилитация пациентам после РеЭКС осуществлялась в плановом порядке в рамках специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, основываясь на принципах этапности, непрерывности.

Мероприятия медицинской реабилитации первого этапа были выполнены пациентам в полном объеме согласно индивидуальному плану медицинской реабилитации. К ним относились: занятия ЛФК, вертикализация с дополнительной опорой, ходьба на короткие дистанции, криотера-

пия, механотерапия, низкочастотная магнитотерапия, воздействие поляризованным светом. Анализ медицинских карт стационарного пациента показал статистически значимое ($p < 0,05$) улучшение всех функциональных показателей. Были выявлены следующие качественные параметры, соответствующие максимальным показателям для 8-10 суток после оперативного вмешательства:

1. Мышечная активность характеризовалась следующими параметрами:

регресс по сравнению с дооперационным уровнем (снижение в мышцах бедра и голени до 48%);

значение скорости эфференного проведения на симптомной стороне n.tibialis и n.pertoneus 40-45 м/с.

2. Уровень кровенаполнения имел следующую качественную характеристику:

регресс по сравнению с дооперационным уровнем (снижение в области бедра симптомной конечности до 51%);

затруднение венозного оттока по венам подколенно-берцового сегмента, возможен тромбоз глубоких вен.

Все это соответствовало благоприятному клинико-функциональному прогнозу: снижение показателей МА и УК с перспективой восстановления или повышение параметров с достижением дооперационного или нормативного уровня; слабая или умеренная степень выраженности перипротезного остеолиза, низкая или умеренная степень распространенности и размер частиц продуктов износа компонентов протеза, нежно-волокнистая степень созревания грануляционной ткани.

Таким образом, результаты первого этапа медицинской реабилитации продемонстрировали тенденцию к восстановлению нарушенной статодинамической функции и, соответственно, эффективность подобранных мероприятий медицинской реабилитации.

Заключение. Оценка результатов мероприятий медицинской реабилитации доказала ее организационную целесообразность и клиническую эффективность. Взаимодействие мультидисциплинарной реабилитационной команды с участием врачей-травматологов-ортопедов, врачей-анестезиологов-реаниматологов повышает качество медицинской реабилитации, обеспечивает возможность одновременной коррекции сопутствующей патологии в условиях стационара. Для повышения комплаентности пациентов (приверженности к лечению, степени соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача, о необходимости реабилитации, правильного использования технических средств социальной реабилитации) необходима систематическая разъяснительная работа при оказании медицинской помощи. Мероприятия медицинской реабилитации первого этапа в послеоперационном периоде в стационарных условиях закрепляют и улучшают результат операции РеЭКС, вместе с тем

создавая хорошую базу для восстановления нарушенных функций для последующих этапов.

Литература

1. Schwartz, A. M. Projections and epidemiology of revision hip and knee arthroplasty in the United States to 2030 / A. M. Schwartz [et al.] //The Journal of arthroplasty. – 2020. – Т. 35. – №. 6. – С.79-85.
2. Belt, M. Reasons for revision are associated with rerevised total knee arthroplasties: an analysis of 8,978 index revisions in the Dutch Arthroplasty Register / M. Belt [et al.] //Acta Orthopaedica. – 2021. – Т. 92. – №. 5. – С.597-601.
3. Tarazi, J. M. The epidemiology of revision total knee arthroplasty / J. M. Tarazi [et al.] //The Journal of Knee Surgery. – 2021. – Т. 34. – №. 13. – С.1396-1401.
4. Lewis, P. L. Impact of patient and prosthesis characteristics on common reasons for total knee replacement revision: a registry study of 36,626 revision cases from Australia, Sweden, and USA / P. L. Lewis [et al.] //Acta Orthopaedica. – 2022. – Т. 93. – С.623-633.
5. Метод оценки статодинамической функции при ревизионном эндопротезировании коленного сустава : инструкция по применению № 145-1121 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 29.11.2021 г. / Респ. науч.-практ. центр мед. экспертизы и реабилитации ; сост.: Л. А. Пашкевич, О. И. Шалатонина, О. Л. Эйсмонт, М. Т. Мохаммади, Б. В. Малюк, И. В. Кандыбо, А. И. Разуванов. – Минск, 2021. – 10 с.

Оценка способности к речевым коммуникациям у пациентов с патологией кровообращения в вертебробазиллярном бассейне с позиций МКФ

Перкова В.Е.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,
г. Минск, Республика Беларусь

Проблема неврологических нарушений и их последствий, обусловленных патологией мозгового кровообращения, до настоящего времени сохраняет свою актуальность. Ежегодно в мире около 16 млн. человек впервые переносят инсульт. По данным Регистра НИИ неврологии РАМН, к концу острого периода инсульта афазия наблюдается у 35,9% пациентов, дизартрия – у 13,4%. Проведенные исследования показали, что основными категориями жизнедеятельности человека, которые ограничиваются вследствие атаксии, обусловленной нарушением мозгового кровообращения в вертебробазиллярном бассейне (далее – ВББ), являются: способность к самообслуживанию, способность к самостоятельному передвижению и способность к общению вследствие дизартрии.

Оценка способности к речевым коммуникациям (общению) у пациентов с патологией кровообращения в ВББ, при проведении медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации, вызвана необходимостью совершенствования качества предоставляемых медицинских услуг

реабилитационной помощи, улучшения качества экспертно-реабилитационной диагностики, решением социальных вопросов с учетом практической реализации положений «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (далее – МКФ) [1,2,3]. Наличие нарушения способности к речевым коммуникациям, приводят к ограничению функционирования индивида в привычной повседневной деятельности и его участия в обществе. Оказание комплексной помощи лицам с нарушением способности к речевым коммуникациям, возможно путем применения МКФ, основанной на интегральном подходе к оценке биологических, психологических и социальных аспектов функционирования человека [3,4]. Данная классификация была принята экспертами ВОЗ в 2001 году [5]. Основной задачей МКФ является оценка степени медико-социальной дезадаптации (или ее отсутствие) индивидуума в обществе и окружающей среде.

Цель исследования: разработать критерии оценки способности к речевым коммуникациям у пациентов с патологией кровообращения в ВББ с использованием доменов МКФ.

Материалы и методы. В ходе выполнения задания был проведено обследование 42 пациентов с патологией кровообращения в ВББ, которые прошли освидетельствование и консультированы в ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы реабилитации» по вопросам оценки степени выраженности функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности.

Среди обследованных пациентов было 32 (76,2%) мужчин и 10 (23,8%) женщин. Возрастное распределение пациентов показало, что большинство обследованных были представлены в возрасте от 51 до 60 лет – 17 чел. (40,4%): 12 мужчин (28,6%), 5 женщин (11,9%); далее по убыванию 41 – 50 лет (12 чел., 28,6%): 10 мужчин (23,8%), 2 женщины (4,8%); старше 60 лет (11 чел., 26,2%): 8 мужчин (19,0%), 3 женщины (7,1%); до 40 лет (2 чел, 4,8%): 2 мужчин (4,8%).

По продолжительности заболевания обследованные лица распределялись следующим образом: до одного года – 8 чел. (19,0%); от 1 года до 3-х лет – 15 чел. (35,7%); от 3-х до 10 лет – 13 чел. (31,0 %); более 10 лет – 6 чел. (14,3 %).

Анализ пациентов в зависимости от возраста и продолжительности заболевания показал, что наиболее часто вопросы медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) и реабилитации пациентов возникают в активном трудоспособном возрасте.

Двигательные нарушения у пациентов с нарушениями мозгового кровообращения (далее – НМК) проявлялись в виде атаксии различной степени выраженности (42 чел.; 100,0 %): у 16 чел. (38,0 %) была легкая, у 19 чел. (45,3%) – умеренная и у 7 пациентов (16,7%) имели место выраженные нарушения.

Результаты. Нарушения функций голоса и речи, из 42 обследован-

ных были выявлены у 15 чел. (35,7%), и представлены дизартрией, явившейся следствием поражения мозжечка. У 6 (14,3%) пациентов дизартрия оценивалась как легкая, у 9 (21,4%) диагностировались умеренные речевые нарушения. Способность к речевым коммуникациям (общению) одна из категорий жизнедеятельности, которая ограничивалась у обследованных пациентов.

Общение – это способность устанавливать и поддерживать контакты между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации. Параметрами оценки данной категории жизнедеятельности являются: темп, объем получения и передачи информации; способность распознавать и использовать речь (вербальную); способность к невербальной коммуникации; характеристика круга лиц, с которыми возможно поддержание контактов; способность инициировать и поддерживать социальное взаимодействие; нуждаемость в помощи других лиц в процессе общения; возможность и эффективность использования лекарственных средств и (или) ТССР для достижения соответствующего уровня общения и его дальнейшего развития.

Определены общие характеристики способности к общению по ФК:

ФК 0 (0% - 4%) отсутствие ограничений способности к общению или незначительное ограничение способности к общению с незначительным снижением темпа и объема получения и передачи информации;

ФК 1 (5% - 25%) легкое ограничение способности к общению: легкое снижение темпа и объема получения и передачи информации с использованием при необходимости ТССР; недостаточная разборчивость речи в сложной акустической ситуации (необычной обстановке, на фоне помех) при вербальном общении при обязательном использовании ТССР; затруднения в инициации и поддержании социального взаимодействия с незнакомыми (новыми) людьми при полной сохранности устоявшихся контактов;

ФК 2 (26% - 50%) умеренное ограничение способности к общению: умеренное снижение темпа и объема получения передачи информации с использованием при необходимости ТССР; общение с помощью слухового восприятия (вербально) с замедлением темпа речи и уменьшением объема получения и передачи информации; использование невербальных способов общения (жестовой и тактильной речи), в том числе помощь других лиц (сурдопереводчика); трудности в инициации и поддержании социального взаимодействия, за исключением близких родственников; речь труднодоступна или недоступна для понимания окружающих;

ФК 3 (51% - 75%) выраженное ограничение способности к общению: выраженное ограничение объема, темпа получения и передачи информации; трудности в инициации и поддержании социального взаимодействия во всех сферах, включая близких родственников; отсутствие восприятия (понимания) устной речи; невозможность общения с использованием невербальных средств общения;

ФК 4 (76% - 100%) резко выраженное ограничение способности к ориентации или неспособность к общению и нуждаемость в уходе других лиц: утрата способности инициировать и поддерживать социальное взаимодействие; межличностное взаимодействие с близкими родственниками (опекунами, иными лицами, осуществляющими уход) минимально, часто невозможно.

Общая характеристика распределения пациентов (n=15) по способности к речевым коммуникациям (общению) с учетом ФК распределилась следующим образом: ФК1 составило 6 чел. (14,3%), ФК2 – 9 чел. (21,4%).

Проведенные исследования особенностей затруднения способности к речевым коммуникациям при дизартрии показали, что основные ограничения были связаны со снижением темпа и объема передачи информации, при этом способность к получению информации не затруднялась (если у пациентов не было сенсорной афазии), отсутствовала необходимость использования ТССР (слуховые аппараты); отсутствовала необходимость широкого использования невербальных способов общения (жестовой и тактильной речи), в том числе помощи других лиц (сурдопереводчика). Стоит отметить, что пациенты испытывали определенные трудности в инициации и поддержании социального взаимодействия (за исключением близких родственников), хотя при выраженной дизартрии речь пациента была труднодоступна или недоступна для восприятия и понимания окружающими.

Для проведения комплексной оценки нарушения функций голоса и речи, и обусловленных ими ограничений жизнедеятельности способности к речевым коммуникациям, из общего набора был выделен и апробирован базовый набор кодов МКФ, который был адаптирован к применению у пациентов с атаксиями, обусловленными патологией кровообращения в вертебробазилярном бассейне: b310 функции голоса; b320 функции артикуляции; b330 функции беглости и ритма речи.

Оценка функции голоса b310 предусматривает исследование функции голосообразования и качества звука, функции фонации, произношения, громкости и других качеств голоса. Специалистом оценивается функция производства звука посредством координации движения гортани окружающих ее мышц с дыхательной системой; функции создания голосовых характеристик, включая высоту звука, резонанс и другие признаки. Дополнительно учитываются и оцениваются субъективные ощущения, предъявляемые пациентом: голосовое утомление, чувство помехи, периодическое или постоянное першение в горле, ощущение давления, чувство боли.

Оценка функции артикуляции b320 предусматривает оценку функции образования звуков речи, включающую определение функции произношения, артикуляции фонем, наличие различных видов дизартрии (атактической, спастической, вялой) или наличие анатрии.

Оценка функции беглости и ритма речи b330 осуществляется на основе исследования создания плавности и непрерывности потока речи; формирование модуляции, темпа и ударного стиля речи, скорости и мелодичности речи. Специалистом оценивается функция плавной связи речи, запинание при произношении слов, а также наличие таких нарушений, как заикание, затруднение произношения, отсутствие нормальной беглости, повторение звуков, слов, частей слов и нерегулярные остановки речи; стереотипный или повторяющийся речевой ритм, брадилалия или тахилалия, просодия или монотонность речи.

Оценка ограничений жизнедеятельности с использованием МКФ проводится по количественному значению определителей, ранжированным в числовом и процентном значении. В системе доменов активности и участия «Общение» рассмотрены параметры d330 (речь) и d350 (разговор). Исследование параметра d330 (речь) предусматривает оценку произношения слов, фраз и более длинных выражений устной речи, создание и сложных сообщений с прямым и подразумеваемым значением, например, устное извещение о факте или рассказ. Анализ параметра d350 (разговор) осуществляется на основании оценки способности к началу, поддержанию и завершению обмена мыслями и идеями, посредством устного языка с одним или большим количеством людей, со знакомыми или незнакомыми людьми, при формальных или случайных обстоятельствах.

При оценке нарушений функций голоса и речи (b310, b320, b330) определяется наличие или расстройство фонации b310, артикуляции b320 вследствие патологических изменений голосового аппарата, обусловленных поражением нервной системы. Наличие афонии (отсутствие голоса при сохранности шепотной речи), дисфонии b320, b330 (характеризующейся наличием одного или нескольких признаков: охриплости, гиперили гипоназальности; изменением интенсивности звучания; высоты звучания; изменение просодики, связанное с нарушениями ударения, темпа, ритма). При оценке артикуляции необходимо учитывать любое состояние, характеризующееся слабостью или плохой координацией мышц, участвующих в артикуляции речи, на фоне которого развивается дизартрия b320. Помимо основных признаков нарушений голоса – утраты силы, звучности (высоты голоса), искажения тембра – отмечается голосовое утомление и целый ряд субъективных ощущений – помехи, постоянное першение, давление, боли.

Заключение. Таким образом, при исследовании способности к речевым коммуникациям у пациентов с патологией кровообращения в ВББ, обусловленных нарушением функций голоса и речи (b310, b320, b330, согласно системе доменов МКФ), определяется наличие или расстройство фонации b310, артикуляции b320, вследствие патологических изменений голосового аппарата, обусловленных поражением нервной системы. Затруднение способности к речевым коммуникациям (общению) у данной

категории пациентов, было связано со снижением темпа и объема передачи информации, вследствие дизартрии. Подобранный набор МКФ кодов может быть использован для оценки эффективности проведенных реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Пономаренко, Г.Н. Медицинская реабилитация / Г.Н. Пономаренко. – Геотар-Медиа. – Москва, 2021. – 368 с.
2. Пономаренко, Г.Н. Физическая и реабилитационная медицина / Г.Н. Пономаренко. – Геотар-Медиа. – Москва, 2019. – 512 с.
3. Смышчѐк, В.Б. Основы МКФ: монография / В.Б. Смышчѐк, В.В. Голикова. – Минск, 2015. – 432 с.
4. Смышчѐк, В.Б. Современные аспекты инвалидности / В.Б. Смышчѐк. – Минск: БГАТУ, 2012. – 268 с.
5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.

Правовые аспекты реабилитации и социальной адаптации инвалидов вследствие военной травмы в Российской Федерации

Радута В.И., Свинцов А.А., Шестаков В.П.,
Рочева Я.С., Колюка О.Е.

ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет «ЛЭТИ» им. В.И. Ленина, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Обозначение мероприятий в области реабилитации и социальной адаптации инвалидов вследствие военной травмы обусловлено вероятностью наделения соответствующей категории лиц в результате наступления различных жизненных обстоятельств многообразным правовым статусом (военнослужащий, пациент медицинских организаций, инвалид, получатель социальных услуг и т.д.).

В соответствии с нормами законодательства Российской Федерации к инвалидам относятся лица, имеющие нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты (часть 1 статьи 1 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [1]).

Порядок и условия признания лица инвалидом регламентирован Правилами признания лица инвалидом, утвержденными постановлением

Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. N 588 [2], подпункт «е» пункта 15 которых относит к причинам установления инвалидности «военную травму».

В соответствии с нормами абзаца 1 пункта 9 Порядка установления причин инвалидности, утвержденного приказом Минтруда России от 16 февраля 2023 г. N 90н [3], причина инвалидности «военная травма» устанавливается в случаях, если инвалидность наступила вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных при защите Родины, в том числе в связи с пребыванием на фронте, прохождением военной службы на территориях других государств, где велись боевые действия, или при исполнении иных обязанностей военной службы.

Постановлением Правительства РФ от 24 января 2023 г. N 77 [4] осуществлено расширение перечня причин инвалидности посредством включения инвалидности вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в связи с исполнением обязанностей по контракту о пребывании в добровольческом формировании, что существенно расширяет возможности получения реабилитации и адаптации инвалидов вследствие военной травмы.

Нормы Федерального закона от 27 мая 1998 г. N 76-ФЗ «О статусе военнослужащих» [5], а также иных законодательных актов, устанавливающих правовой статус соответствующих военнослужащих предусматривают:

- осуществление мероприятий по медико-психологической реабилитации;
- направление в санатории на медицинскую реабилитацию после лечения в стационарных условиях в соответствии с заключением военно-врачебной комиссии;
- предоставление реабилитационных отпусков военнослужащим, подлежащим медико-психологической реабилитации.

В рамках реализации положений Федерального закона от 27 мая 1998 г. N 76-ФЗ «О статусе военнослужащих», а также иных законодательных актов, устанавливающих правовой статус соответствующих военнослужащих на подзаконном уровне утверждены:

- 1) перечни:
 - категорий военнослужащих, подлежащих при наличии показаний медико-психологической реабилитации;
 - показаний к медико-психологической реабилитации и соответствующую им продолжительность медико-психологической реабилитации;
- 2) порядки и места проведения медико-психологической реабилитации военнослужащих (приказ МВД России от 10 января 2012 г. № 5 [6], приказ Министра обороны РФ от 27 января 2017 г. № 60 [7], приказ Росгвардии от 15 июня 2018 г. N 204[8], приказ ГУСП от 17 января 2019 г. N 8 [9]).

Повышению эффективности медико-психологической реабилитации военнослужащих способствует предоставление военным служащим санаторно-курортного лечения. Соответствующие процессуальные аспекты регламентированы нормами Порядка санаторно-курортного обеспечения в Вооруженных Силах Российской Федерации, утвержденного приказом Министра обороны Российской Федерации от 15 марта 2011 г. N 333 [10], Инструкции об организации санаторно-курортного обеспечения в органах федеральной службы безопасности, утвержденной приказом ФСБ России от 22 ноября 2012 г. N 589 [11], Инструкции об особенностях организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях войск национальной гвардии Российской Федерации, в том числе при санаторно-курортном лечении, утвержденной приказом Росгвардии от 2 октября 2018 г. N 444 [12].

Правовые основы реабилитации инвалидов обозначены в Главе III Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», статье 79 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [13], статьях 13.1 и 24.1 Закона Российской Федерации от 19 апреля 1991 г. N 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации» [14], статье 31 Федерального закона от 4 декабря 2007 г. N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» [15].

Проведение в отношении инвалидов медико-социальных реабилитационных мероприятий, получение технических средств реабилитации и услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, осуществляется в соответствии индивидуальной программой реабилитации (абилитации), форма которой утверждена приказом Минтруда России от 13 июня 2017 г. № 486н [16], а также модельной программой социокультурной реабилитации инвалидов, утвержденной приказом Минкультуры России от 30 декабря 2016 г. № 3019 [17].

Нормы Федерального закона от 17 июля 1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» [18] включают в категории граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг инвалидов войны. Порядок предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан, утвержденный приказом Минтруда России N 929н, Минздрава России N 1345н от 21 декабря 2020 г. [19], обозначает алгоритмы действий при:

а) предоставлении гражданам социальных услуг в части обеспечения:

– необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями (Раздел II);

– санаторно-курортным лечением (Раздел III);

б) организации перевозки граждан к месту лечения и обратно (Раздел IV).

К национальным стандартам Российской Федерации в области медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие военной травмы, принимая во внимание, презумпцию наделения указанных лиц соответствующим правовым статусом, следует относить:

1) обновленные стандарты, обозначающие реабилитационные услуги, оказываемые инвалидам вследствие боевых действий и военной травмы, введенные в действие с 1 декабря 2021 г., в том числе:

– «ГОСТ Р 52876-2021. Национальный стандарт Российской Федерации. Услуги организаций реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы. Основные положения» [20];

– «ГОСТ Р 55637-2021. Национальный стандарт Российской Федерации. Реабилитация инвалидов. Услуги по трудовой адаптации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы» [21];

– «ГОСТ Р 56101-2021. Национальный стандарт Российской Федерации. Реабилитация инвалидов. Социально-бытовая адаптация инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы» [22] и другие;

ГОСТ по вопросам реабилитации инвалидов (ГОСТ Р 55637-2021, ГОСТ Р 56101-2021) разработаны в том числе с участием ФГБУ ФНЦРИ им Г.А. Альбрехта Минтруда России

2) стандарты, обозначающие реабилитационные услуги, оказываемые инвалидам с общим правовым статусом;

3) стандарты, обозначающие социальные услуги, в том числе, оказываемые инвалидам.

При обозначении мероприятий в области реабилитации, военнослужащих, получивших ранение (военную травму) при исполнении обязанностей военной службы, а также в случае установления инвалидности, следует отметить, что указанные лица могут относиться к категориям граждан, имеющих право на получение бесплатной юридической помощи в рамках государственной системы бесплатной юридической помощи, по вопросам медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (часть 1, пункт 14 части 2 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 324-ФЗ «О бесплатной юридической помощи в Российской Федерации» [23]).

Таким образом, в настоящее время в Российской Федерации разработаны и применяются правовые аспекты реабилитации и социальной адаптации инвалидов вследствие военной травмы.

Литература

1. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации / Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 1995. – N 48, ст. 4563.

2. О признании лица инвалидом / постановление Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. N 588 // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 08.04.2022.

3. Об утверждении Порядка установления причин инвалидности / приказ Минтруда России от 16 февраля 2023 г. N 90н // Официальный интернет-портал правовой

информации <http://pravo.gov.ru>, 23.03.2023.

4. О внесении изменения в пункт 15 Правил признания лица инвалидом / постановление Правительства РФ от 24 января 2023 г. N 77 // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 30.01.2023.

5. О статусе военнослужащих / Федеральный закон от 27 мая 1998 г. N 76-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 1998. – N 22, ст. 2331.

6. О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации / приказ МВД России от 10 января 2012 г. № 5 // «Российская газета» от 16 марта 2012 г. N 58.

7. О медико-психологической реабилитации военнослужащих / приказ Министра обороны РФ от 27 января 2017 г. N 60 // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 06.03.2017.

8. Об утверждении Перечня показаний к медико-психологической реабилитации и соответствующей им продолжительности медико-психологической реабилитации, Перечня категорий военнослужащих войск национальной гвардии Российской Федерации и лиц, проходящих службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющих специальные звания полиции, подлежащих при наличии показаний медико-психологической реабилитации, а также Порядка и мест проведения медико-психологической реабилитации военнослужащих войск национальной гвардии Российской Федерации и лиц, проходящих службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющих специальные звания полиции / приказ Росгвардии от 15 июня 2018 г. N 204 // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 09.07.2018.

9. Об утверждении Перечня показаний к медико-психологической реабилитации и соответствующей им продолжительности медико-психологической реабилитации, Перечня категорий военнослужащих Главного управления специальных программ Президента Российской Федерации, подлежащих при наличии показаний медико-психологической реабилитации, а также Порядка и мест проведения медико-психологической реабилитации военнослужащих Главного управления специальных программ Президента Российской Федерации / приказ ГУСП от 17 января 2019 г. N 8 // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 05.02.2019.

10. О порядке санаторно-курортного обеспечения в Вооруженных Силах Российской Федерации / приказ Министра обороны Российской Федерации от 15 марта 2011 г. N 333 // Российская газета от 24 июня 2011 г. N 135.

11. Об утверждении Инструкции об организации санаторно-курортного обеспечения в органах федеральной службы безопасности / приказ ФСБ России от 22 ноября 2012 г. N 589 // Российская газета от 24 декабря 2012 г. N 296.

12. Об утверждении Инструкции об особенностях организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях войск национальной гвардии Российской Федерации, в том числе при санаторно-курортном лечении / приказ Росгвардии от 2 октября 2018 г. N 444 // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 31.10.2018.

13. Об образовании в Российской Федерации / Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2012. – N 53 (часть I), ст. 7598.

14. О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О занятости населения в Российской Федерации» / Федеральный закон от 20 апреля 1996 г. N 36-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 1996. – N 17, ст. 1915.

15. О физической культуре и спорте в Российской Федерации / Федеральный закон от 4 декабря 2007 г. N 329-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2007. – N 50, ст. 6242.

16. Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной про-

граммы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм / приказ Минтруда России от 13 июня 2017 г. N 486н // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 01.08.2017.

17. Об утверждении модельной программы социокультурной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов / приказ Минкультуры России от 30 декабря 2016 г. N 3019 // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 10.03.2017.

18. О государственной социальной помощи / Федеральный закон от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 1999. – N 29, ст. 3699.

19. Об утверждении Порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан / приказ Минтруда России N 929н, Минздрава России N 1345н от 21 декабря 2020 г. // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 11.05.2021.

20. ГОСТ Р 52876-2021. Национальный стандарт Российской Федерации. Услуги организаций реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы. Основные положения" / приказ Росстандарта от 27 апреля 2021 г. N 288-ст // СПС «КонсультантПлюс».

21. "ГОСТ Р 55637-2021. Национальный стандарт Российской Федерации. Реабилитация инвалидов. Услуги по трудовой адаптации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы" / приказ Росстандарта от 25 мая 2021 г. N 442-ст // СПС «КонсультантПлюс».

22. «ГОСТ Р 56101-2021. Национальный стандарт Российской Федерации. Реабилитация инвалидов. Социально-бытовая адаптация инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы» / приказ Росстандарта от 4 июня 2021 г. N 521-ст // СПС «КонсультантПлюс».

23. О бесплатной юридической помощи в Российской Федерации / Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 324-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. — 2011. — N 48, ст. 6725.

Эффективность медицинской реабилитации пациентов после нейрохирургического лечения дегенеративных поражений позвоночника с позиций качества жизни

Святская Е.Ф., Емельянов Г.А., Сикорская И.С., Жукова Т.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь

По определению Всемирной Организации Здравоохранения (далее – ВОЗ) качество жизни – это физическое, психологическое, эмоциональное и социальное здоровье человека, основанное на его восприятии своего места в обществе [1].

Основополагающие критерии качества жизни, разработанные ВОЗ, включают следующие показатели:

Физические – сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых;

Психологические – эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания;

Уровень независимости – повседневная активность, работоспособность, зависимость от лечения и лекарств;

Общественная жизнь – личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность;

Окружающая среда – благополучие, безопасность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, образование, экология [1, 2].

Дистрофические поражения позвоночника – самые распространенные хронические заболевания человека.

Полиморфизм терапевтических методов лечения при этом заболевании, включая нейрохирургическую коррекцию компрессионного дискогенного синдрома на пояснично-крестцовом уровне в большинстве случаев приводит к объективному улучшению состояния. Вместе с тем, формирующиеся последствия заболевания влияют на качество жизни пациентов, состояние их трудоспособности, что вызывает необходимость интенсивной реабилитационной помощи с учетом клинических проявлений и индивидуальных личностных особенностей [3].

Несмотря на то, что КЖ достаточно трудно измерить, этот комплексный показатель наилучшим образом отражает перспективы пациента и лиц, ухаживающих за ним, а также определяет цели и задачи реабилитации при формировании индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента и позволяет оценить эффективность реабилитационной программы [2, 3].

Цель исследования – изучить качество жизни пациентов, перенесших нейрохирургическое лечение по поводу дистрофических поражений пояснично-крестцового отдела позвоночника, его влияние на формирование индивидуальной программы медицинской реабилитации.

Материал и методы исследования. В группу наблюдений (n=52) вошли 29 женщин (55,8%) и 23 мужчины (44,2%), перенесших оперативное вмешательство по поводу грыж межпозвонковых дисков на пояснично-крестцовом уровне, проходивших курс ранней медицинской реабилитации в стационарных условиях. Средний возраст пациентов составил $50,2 \pm 13,9$ года. Длительность курса медицинской реабилитации составляла от 21 до 28 дней.

Использованы клинические методы исследования (оценка неврологического статуса и ограничения жизнедеятельности в соответствии с функциональными классами), опросник боли Мак-Гилл-2, визуальная аналоговая шкала (ВАШ), оценка качества жизни (опросник MOS SF-36 – Medical Outcomes Study Short Form-36).

Результаты и обсуждение. В качестве неврологического дефицита в подавляющем большинстве случаев – 48 чел. (92,3%) преобладали умеренный болевой и рефлекторно-тонический синдромы, и лишь у 4 (7,7%) паци-

ентов диагностирован легкий болевой синдром. Кроме того, у ряда обследованных имели место гипотония и слабость мышц, иннервируемых пораженным корешком, вегетативно-сосудистые проявления патологического процесса в виде сухости или гипергидроза, бледности, мраморности кожных покровов дистальных отделов пораженной конечности, снижения пульсации артерий на тыле стопы. Все это приводило к умеренному (ФК-2) ограничению способности к передвижению и самообслуживанию. В соответствии с опросником боли Мак-Гилл-2 у 82,1% пациентов имели место психоэмоциональные нарушения, обусловленные неопределённостью дальнейшей жизненной перспективы и возможностью рецидива болевого синдрома.

В начале и в конце курса медицинской реабилитации проводилась оценка качества жизни с использованием опросника MOS SF-36, который содержит 36 вопросов, объединенных в 8 шкал:

1. Physical Function (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье ограничивает выполнение физических нагрузок.

2. Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение повседневной деятельности).

3. Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью.

4. General Health (GH) – общее состояние здоровья – оценка пациентом своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Vitality (VT) – жизненная активность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обесиленным).

6. Social Functioning (SF) – социальное функционирование – степень, в которой физическое и эмоциональное состояние ограничивают социальную активность (общение).

7. Rol-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование.

8. Mental Health (MH) – оценка психического здоровья (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций) [4].

Исследование качества жизни пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу грыж межпозвонковых дисков на пояснично-крестцовом уровне, до начала медицинской реабилитации продемонстрировало снижение показателей по всем шкалам. Особенно низкими оказались показатели шкал RP (20,6 балла) и PF (24,4 балла) свидетельствующие о значительном ограничении повседневной деятельности за счет ухудшения физической активности при том, что проявления непосредственно болевого синдрома (интенсивность боли (BP) 42,6 балла) было умеренным. Выявлено, что падает эмоциональный статус пациентов, понижаются субъективные оценки эмоционального состояния, настроения, влияющие на ролевое функционирование (34,1 балла). На фоне редукции психоэмоциональной и физической активности снижается и жизненная активность (34,0 балла). Страдает социальная активность (50,3 балла) и общее состояние здоровья (45,9 балла),

которые складываются не только из функционального дефекта, обусловленного основным заболеванием, но и сопутствующих патологических процессов (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели качества жизни пациентов до реабилитации

Шкалы SF-36	Балл
PF – физическое функционирование	24,4±3,5
RP – влияние физического состояния на ролевое функционирование	20,6±4,0
BP – интенсивность боли	42,6±3,1
GH – общее состояние здоровья	45,9±2,0
VT – жизненная активность	34,0±2,5
SF – социальное функционирование	50,3±1,7
RE – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование	34,1±4,8
MH – психическое здоровье	44,9± 2,2

По результатам экспертно-реабилитационной диагностики для каждого пациента составлялась строго индивидуальная программа реабилитации в соответствии с имеющимся клиническим синдромом и характером операции, возрастом, сопутствующими заболеваниями.

Целью медицинской реабилитации было восстановление (полное или частичное) физической активности, участия в повседневной деятельности, ролевого функционирования.

Задачи медицинской реабилитации включали: купирование болевого синдрома, улучшение трофики повреждённых тканей, стабилизацию позвоночного двигательного сегмента, нормализацию мышечного тонуса (расслабление спазмированных мышц, стимуляция расслабленных), «строительство» мышечного корсета, выполняющего иммобилизирующую функцию, формирование физиологической осанки, создание и закрепление новых позылокомоторных навыков, формирование адекватного динамического и статического стереотипа, нормализацию подвижности в суставах конечностей, улучшение координации движений.

Среди методов медицинской реабилитации применялись лечебная гимнастика, физиотерапевтические методы воздействия, медикаментозная поддержка реабилитационного процесса.

К гидрокинезотерапии приступали на 21 день после операции.

Ввиду того, что у пациентов преобладали проблемы в эмоциональном статусе, влияющие на ролевое функционирование, особое внимание в программе реабилитации уделялось методам психологической реабилитации. Проводились образовательные программы для пациентов.

После проведения курса медицинской реабилитации показатели качества жизни возросли по всем шкалам (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели качества жизни пациентов после реабилитации

Шкалы SF-36	Балл
PF – физическое функционирование	46,3±2,8
RP – влияние физического состояния на ролевое функционирование	36,8±3,6
BP – интенсивность боли	52,4±4,1
GH – общее состояние здоровья	58,2±2,3
VT – жизненная активность	42,7±1,8
SF – социальное функционирование	61,3±1,4
RE – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование	58,9±4,6
MH – психическое здоровье	62,1±3,4

Обусловлено это в первую очередь улучшением физического (46,3 балла) и общего (58,2 балла) состояния, которые способствовали стабилизации эмоционального фона (58,9 балла) и явились фундаментом для нормализации ролевого и социального функционирования (36,8 и 61,3 балла соответственно).

На рисунке представлена динамика показателей качества жизни пациентов в ходе реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации.

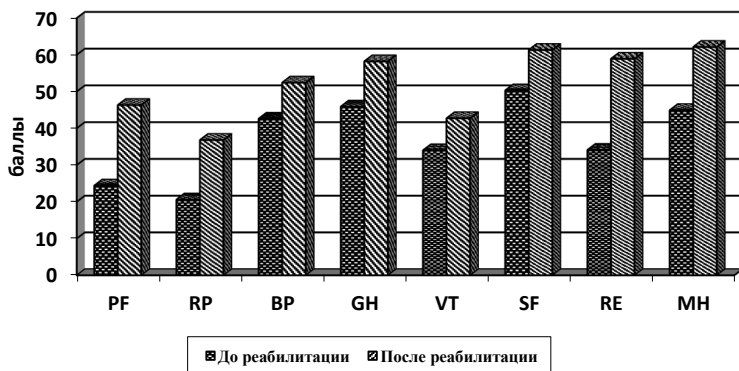


Рисунок – Динамика показателей качества жизни пациентов до и после реабилитации

Таким образом, исследование составляющих качества жизни с использованием опросника MOS SF-36 на разных этапах медицинской реабилитации позволяет дифференцированно подходить к составлению инди-

видуальной программы медицинской реабилитации и своевременно ее корректировать с учетом выявленных нарушений.

В то же время, мультидисциплинарный подход к медицинской реабилитации пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу дистрофических поражений пояснично-крестцового отдела позвоночника, с правильной постановкой цели и задач реабилитации способствует нормализации физического, эмоционального и общего состояния, что улучшает социальную активность и ролевое функционирование и в итоге повышает качество жизни пациентов.

Литература

1. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? Wid. Hth. Forum. – 1996. – V.1.P.29.
2. Евсина, О.В. Качество жизни в медицине - важный показатель состояния здоровья пациента / О.В. Евсина // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: электронный журнал. – 2013. – С.119 -133.
3. Бывальцев, В.А. Применение шкал и анкет в обследовании пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника: методические рекомендации / В.А. Бывальцев, Е.Г. Белых, Н.В. Алексеева, В.А. Сороковиков. – Иркутск: ФГБУ "НЦРВХ" СО РАМН, 2013. – 32 с.
4. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. URL: <https://therapy.irkutsk.ru/doc/sf36a.pdf>. [Instructions for processing data obtained with the SF-36 questionnaire. URL access mode: <https://therapy.irkutsk.ru/doc/sf36a.pdf>. (In Russ.)].

Ударно-волновая терапия при «синдроме болевого плеча» в нейрореабилитации

Святская Е.Ф., Сниткова Н.В., Шкурко Т.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

УЗ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации»,
г. Минск, Республика Беларусь

Стойкое нарушение функции верхней конечности часто сопровождается болью в плече. Распространенность постинсультной боли в плече, по разным данным, составляет от 16% до 84%, но наиболее часто встречаются показатели около 70%. Наличие постинсультной боли в плече тесно коррелирует с увеличением длительности стационарного лечения, более низким индексом по шкале Бартел в течение первых 12 недель после инсульта. Так, среди пациентов с индексом Бартел ниже 15 баллов боль в плече на этапе стационарного лечения отмечалась в 59% случаев, в то время как у пациентов с индексом Бартел более 15 баллов частота встречаемости боли в плече составляла 25%. Боль и нарушение функции верхней конечности

значительно снижают качество жизни пациентов. Постинсультная боль в плече создает затруднения не только для пациента, но и для ухаживающих за ним за счет уменьшения активного участия пациента в реабилитационных процессах, снижения объема движений. Причины постинсультной боли в плече многочисленны и могут быть обусловлены как центральными, так и периферическими нарушениями [1].

Столь высокая частота «синдрома болевого плеча» в значительной степени объясняется особенностями анатомии и биомеханики плечевого сустава, нарушением моторного контроля, чувствительными нарушениями, неглектом, спастичностью и подвывихом плеча [2].

Наибольшая болезненность возникает при ротации и отведении руки. На рентгеновских снимках и при клиническом исследовании в этих случаях удается обнаружить выход головки из суставной щели.

Боль в плече и подвывих плеча являются наиболее частыми осложнениями гемипареза, с которыми сталкиваются во время стационарной реабилитации, что затрудняет формирование адекватных дифференцированных и функционально обоснованных реабилитационных программ [3].

Цель исследования: повысить эффективность восстановления функции верхней конечности у пациентов с «синдромом болевого плеча» при центральных гемипарезах с дополнительным включением в программу медицинской реабилитации процедуры ударно-волновой терапии.

Методы исследования. В основную группу наблюдений вошли 20 пациентов с «синдромом болевого плеча» при умеренном и выраженном центральном парезе верхней конечности, которым в программу медицинской реабилитации дополнительно включали процедуру ударно-волновой терапии. Средний возраст составил $56,4 \pm 3,4$ года. Контрольную группу составили 10 пациентов с «синдромом болевого плеча» при умеренном и выраженном центральном парезе верхней конечности, не получавшие процедуру ударно-волновой терапии. Средний возраст – $58,3 \pm 3,2$ года. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, клиническим проявлениям. Длительность курса медицинской реабилитации составляла 28 дней.

Болевой синдром оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (далее – ВАШ) и теста Дауборна [4].

В обеих группах программа медицинской реабилитации включала: функциональное позиционирование, пассивную и активную гимнастику в паретичной руке, зеркальную терапию, терапию ограничением движений, методику нейромышечного переобучения, роботизированную тренировку на аппаратно-программном комплексе Argeo, массаж, электростимуляцию мышц плечевого пояса, ортезирование или кинезиотейпирование для предупреждения сублюсации головки плечевой кости [1]. Занятия проводились ежедневно. По требованию назначались нестероидные противовоспалительные препараты. В основной группе дополнительно проводилась ударно-волновая терапия на аппарате SHOCKMASTER 500 gymna (Герма-

ния) по следующей методике: 4 процедуры лучевым аппликатором на триггерные точки (давление 1,6 бар, частота 10 ГЦ, 600 импульсов), 5-ая процедура – аппликатором V-actor (давление 2,2 бар, частота 32 ГЦ, 2000 импульсов) [5]. Процедуры по 5-8 минут, 1-2 раза в неделю, за курс реабилитации до 5 сеансов.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием параметрических и непараметрических методов, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Вначале курса медицинской реабилитации согласно ВАШ в основной группе интенсивность болевого синдрома составила $6,4 \pm 0,6$ балла, угол пассивного отведения плеча (тест Дауборна) – $72 \pm 1,3^\circ$. В контрольной группе интенсивность болевого синдрома по ВАШ – $6,2 \pm 0,4$ балла, угол пассивного отведения плеча (тест Дауборна) – $73 \pm 1,2^\circ$. В конце реабилитационного курса в основной группе интенсивность болевого синдрома по ВАШ составила $2,8 \pm 0,4$ балла ($p < 0,05$), угол пассивного отведения плеча (тест Дауборна) – $130 \pm 1,6^\circ$ ($p < 0,05$), в то время как в контрольной группе интенсивность болевого синдрома составила $3,6 \pm 0,3$ балла, угол пассивного отведения плеча (тест Дауборна) – $110 \pm 1,4^\circ$. Достоверно оценить объём активных движений в паретичной руке не представлялось возможным из-за слабости мышц.

Заключение. Таким образом, выполненное исследование показало, что включение в программу реабилитации курса ударно-волновой терапии при «синдроме болевого плеча» способствует повышению функциональных возможностей и адаптационных реакций у пациентов с гемипарезами. Купирование болевого синдрома расширяет реабилитационный потенциал пациента и повышает эффективность реабилитационных воздействий.

Литература

1. Мельникова, Е.А. Боль в плече после инсульта: теоретические и практические аспекты диагностики, лечения и реабилитации / Е.А. Мельникова, К.В. Морозов, И.М. Рудь // Доктор.Ру. – 2018. – № 9 (153). – С.23-30.
2. Физическая реабилитация при постинсультной боли в плече / И.С. Сикорская и [др.] //Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сборник научных статей /под общ. ред. В. Б. Смычка. – Минск: Колорград, 2020. – С.218-222.
3. Медицинская реабилитация пациентов с центральным парезом доминантной руки: учебно-методическое пособие/ И.С. Сикорская и [др.]. – Мн.: БелМАПО, 2022. – 51 с.
4. Булах, О.А. Ударно-волновая терапия при плечелопаточном периартрите/ Булах О.А., Филатова Е.В. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. – №10 (4). – С.872–878.
5. Герасименко, М.Ю. Эффективность метода экстракорпоральной ударно-волновой терапии у пациентов с дегенеративно-дистрофическими проявлениями сухожилий, мышц и связочного аппарата плечевого сустава / М.Ю. Герасименко, М.В. Никитин, Т.В. Кончугова, С.А. Павловский // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2017. – №16 (1). – С.21-25.

Основные проблемы и перспективы развития службы медицинской реабилитации

Смычѣк В.В., Казакевич Д.С.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Внедрение в практику современных способов диагностики, высокотехнологичных методов лечения и реабилитации, а также варьирование структуры инвалидности и заболеваемости среди взрослого и детского населения, требует оптимизации организационного и научно-методического сопровождения системы этапной комплексной медицинской реабилитации, это:

- разработка стандартов реабилитационно-экспертной диагностики и их перечней с учетом МКФ для оказания медицинской реабилитационной помощи и реабилитационных услуг пациентам с различной патологией на всех уровнях и этапах, предусмотренных системой медицинской реабилитации;

- разработка научно-обоснованных стандартизованных подходов к отбору пациентов на медицинскую реабилитацию на основе предварительной оценки реабилитационного потенциала, что позволит сконцентрировать усилия экспертно-реабилитационной службы на медицинской реабилитации лиц, перспективных для ее проведения, способных в будущем вернуться к трудовой деятельности. Такой подход позволит охватить мероприятиями медицинской реабилитации перспективный контингент, а средства, высвобожденные из расходных статей за счет возврата этой группы пациентов к труду, направить на организацию бытовой реабилитации и адресную социальную помощь лицам с инвалидностью;

- создание современных этапных реабилитационных технологий, при ряде нозологий, предусматривающих разработку единых протоколов медицинской реабилитации и реабилитационных услуг для каждого из этапов реабилитации (стационарный, амбулаторно-поликлинический и другие). Такие технологии позволят наиболее рационально использовать финансовые ресурсы и достигать при этом высокой эффективности реабилитационного процесса, что обеспечит сокращение выхода на инвалидность;

- разработка объективных критериев оценки эффективности медицинской реабилитации на каждом этапе, дифференцированных в зависимости от патологии, что будет способствовать формированию адекватных моделей конечных результатов деятельности реабилитационных структур;

- разработка научно-обоснованных медицинских показаний и медицинских противопоказаний к труду лиц с ограничениями профессиональной трудоспособности, создание списков (перечней) профессий, доступных для трудовой занятости пациентов и инвалидов, на основании предва-

рительно выполненной оценки тяжести и напряженности труда, обусловленной процессом и условиями труда, организацией рабочего места;

- разработка критериев оценки степени утраты здоровья у детей с основной инвалидизирующей патологией для обеспечения высокой достоверности медико-социальной оценки состояния здоровья и его составляющих у детского населения, объективизации у них степени ограничения жизнедеятельности, базирующуюся на международных подходах (МКФ) с учетом направленности влияния факторов социальной среды, создания контроля за уровнем и тяжестью детской инвалидности и обоснованного применения мероприятий медицинской реабилитации;

- завершить создание научно-обоснованного замкнутого цикла этапной системы медицинской реабилитации в рамках единого реабилитационного пространства.

Действующие классификации и критерии, используемые при осуществлении процесса медицинской реабилитации, особенно его неотъемлемой части – реабилитационно-экспертной диагностики, не в полной мере обеспечивают объективность и достоверность оценки результатов, не только с учетом влияния на жизнедеятельность индивида факторов окружающей среды, но и в плане параметров, характеризующих основные категории жизнедеятельности, что затрудняет эффективность мероприятий медицинской реабилитации и реабилитационных услуг.

В связи с этим необходимо:

- внедрение системы организации и оказания экспертно-реабилитационной помощи пациентам на основе МКФ;

- разработать критерии оценки реабилитационного потенциала (потенциальных возможностей) пациентов с позиций МКФ;

- усовершенствовать перечень параметров оценки основных категорий жизнедеятельности (способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, обучению, контролю своего поведения, трудовой деятельности, ведущей возрастной деятельности) с позиций МКФ;

- разработать перечень основных и расширенных наборов МКФ-кодов и категорий, как для медико-социальной оценки последствий болезней, так и для обоснованности назначений мероприятий медицинской реабилитации и реабилитационных услуг.

В настоящее время осуществление медицинской реабилитации и медицинской экспертизы, как звеньев системы экспертно-реабилитационной помощи гражданам, предполагает непосредственное, последовательное, иногда неоднократное посещение гражданами ряда организаций и учреждений – лечебно-профилактических, медицинской экспертизы, пенсионного фонда, фонда социального страхования, службы занятости, протезно-ортопедических предприятий, учреждений, обеспечивающих подготовку и переподготовку и других. В основном это вызвано не объективной необхо-

димостью, а несовершенством процедур, схем и документооборота межведомственного организационного и информационного взаимодействия.

В свою очередь, для эффективного осуществления процесса медицинской реабилитации данного контингента с целью максимально возможного восстановления (или развития) нарушенных или онтогенетически несформированных функций, сфер жизнедеятельности, необходимо единое реабилитационное пространство. Создание последнего возможно при условии скоординированного межведомственного взаимодействия.

Необходимо разработать и внедрить в практику технологии проведения медицинской экспертизы и реабилитации пациентов, сокращающие «маршрут» движения граждан, затраты их времени и усилий, связанных с получением документов, необходимых для предоставления экспертных и реабилитационных услуг, что, в свою очередь, потребует:

- продолжить работу по разработке стандартов оказания услуг по проведению медицинской реабилитации и медицинской экспертизы пациентов;
- разработать технологии организации и проведения медико-социальной экспертизы и предоставления реабилитационных услуг, мероприятий медицинской реабилитации инвалидам с использованием электронного документооборота;
- создать нормативно-правовую базу единого реабилитационного пространства;
- усовершенствовать доступность средового окружения – безбарьерная среда;
- обеспечить подготовку, переподготовку и усовершенствование специалистов, оказывающих экспертно-реабилитационную помощь населению в рамках компетенции ведомств с ориентацией на единое реабилитационное пространство;
- обеспечение информированности населения по вопросам медицинской реабилитации и необходимости ее проведения, предотвращения возникновения заболеваний и нарушений, предупреждения их прогрессирования, профилактики возможного развития или смягчения инвалидизирующей патологии и формирования здорового образа жизни.

До настоящего времени имеет место отсутствие скоординированного взаимодействия со специализированными лечебными отделениями по отбору и направлению пациентов, преемственности при осуществлении этапов реабилитации, низкий контроль со стороны руководителей, формальный анализ работы.

Недостаточный охват пациентов, нуждающихся в ранней медицинской реабилитации.

Кроме того, имеет место несоблюдение показаний к направлению на медицинскую реабилитацию и ее сроков. Незнание нормативных актов, регламентирующих организацию и проведение медицинской реабилитации. Для устранения проблемы, соблюдения этапности, преемственности,

комплексности и индивидуального подхода при решении вопроса медицинской реабилитации необходимо строгое соблюдение Приказа Министерства здравоохранения №1141 от 01.09.2023 «О порядке организации и проведения медицинской реабилитации, медицинской абилитации».

Качество проведения медицинской реабилитации как в стационарных, так и в амбулаторных условиях крайне недостаточное. Специалисты слабо ориентируются в определении степени нарушений функций органов и систем организма пациента, не формируется развернутый клинко-функциональный диагноз, не верно оценивается реабилитационный потенциал. Результаты оценки эффективности медицинской реабилитации носят формальный и необъективный характер, так как в большинстве учреждений здравоохранения в процессе формирования и реализации ИПРА не применяются или применяются ограниченно опросники и оценочные шкалы.

Необходимо в кратчайшие сроки устранить указанные недостатки и повысить качество осуществления реабилитационных мероприятий на всех этапах единого реабилитационного процесса.

Использование различных информационных технологий, низкий уровень автоматизации и отсутствие всеобъемлющей унифицированной классификации, справочников и других документов информационно-методического характера ограничивают возможности интеграции, обобщения и комплексного анализа информации с области реабилитации, содержащейся в различных системах, а также затрудняют доступ к указанным государственным ресурсам организаций и граждан. В результате осложняется актуальное и оперативное использование баз данных при осуществлении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, проведении анализа и прогнозировании инвалидности, ее причин, реализации индивидуальных программ реабилитации, а также при оценке эффективности предоставленных реабилитационных услуг и расходования бюджетных средств.

Дальнейшее совершенствование информационно-аналитической системы должно позволить:

- контролировать эффективность деятельности организаций и учреждений, занимающихся реабилитацией инвалидов;
- оценивать эффективность реализации региональных и республиканских программ по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов;
- обеспечить автоматизацию деятельности медико-реабилитационных экспертных комиссий и реализацию ими следующих электронных услуг: оперативное формирование и получение акта освидетельствования пациента в медико-реабилитационной экспертной комиссии, заключения медико-реабилитационной экспертной комиссии, индивидуальной программы реабилитации инвалида;

- оценивать результаты реализации индивидуальных программ реабилитации, и на их основе принимать необходимые решения для предоставления высококачественных услуг по медико-социальной экспертизе, реабилитации инвалидов;

- оценивать эффективность работы по реабилитации и социальной интеграции инвалидов на республиканском и региональном уровнях;

- реализовать на практике систему контроля и управления качеством оказания медицинской реабилитационной помощи инвалидам на всех уровнях и этапах.

По нашему мнению, основными перспективными направлениями совершенствования государственной системы медицинской реабилитации являются:

- разработка научно-обоснованных стандартизованных подходов к отбору пациентов на медицинскую реабилитацию на основе предварительной оценки реабилитационного потенциала, что позволит сконцентрировать усилия экспертно-реабилитационной службы на медицинской реабилитации лиц, перспективных для ее проведения, способных в будущем вернуться к трудовой деятельности. Такой подход позволит охватить мероприятиями медицинской реабилитации перспективный контингент, а средства, высвобожденные из расходных статей за счет возврата этой группы пациентов к труду, направить на организацию бытовой реабилитации и адресную социальную помощь лицам с инвалидностью;

- создание современных этапных реабилитационных технологий, при ряде нозологий, предусматривающих разработку единых протоколов восстановительного (реабилитационного) лечения для каждого из этапов реабилитации (стационар – амбулаторно-поликлиническое учреждение – кабинет медико-профессиональной реабилитации). Такие технологии позволят наиболее рационально использовать финансовые ресурсы и достигать при этом высокой эффективности реабилитационного процесса, а также позволят обеспечить сокращение выхода на инвалидность;

- разработка объективных критериев оценки эффективности медицинской реабилитации на каждом этапе, что будет способствовать формированию адекватных моделей конечных результатов деятельности реабилитационных структур;

- разработка научно-обоснованных медицинских показаний и медицинских противопоказаний к труду лиц с ограничениями профессиональной трудоспособности, создание списков (перечней) профессий, доступных для трудовой занятости пациентов и инвалидов, на основании предварительно выполненной оценки тяжести и напряженности труда, обусловленной процессом и условиями труда, организацией рабочего места;

- разработка критериев оценки степени утраты здоровья у детей с основной инвалидизирующей патологией, что позволит:

- обеспечить высокую достоверность медико-социальной оценки состояния здоровья и его составляющих у детского населения с учетом МКФ;
- объективизировать степень ограничения жизнедеятельности у детей с основной инвалидизирующей патологией на основании критериев оценки степени утраты здоровья, базирующихся на международных подходах с учетом направленности влияния факторов социальной среды;
- снизить количество экспертных ошибок;
- обеспечить контроль за уровнем и тяжестью детской инвалидности;
- объективизировать нуждаемость детей-инвалидов в мерах социальной помощи и защиты;
- разработка методов профессиональной реабилитации; совершенствование технологического процесса формирования и реализации профессиональной и трудовой реабилитации пациентов и инвалидов;
- разработка организационных мероприятий, направленных на комплексную оценку состояния здоровья пациента, в объемах, необходимых и достаточных для формирования обоснованного заключения по результатам медицинского освидетельствования пациента;
- обеспечение научного и организационно-методического сопровождения деятельности организаций, проводящих медицинские экспертизы, медицинскую реабилитацию; внедрение результатов научных исследований в области медицинских экспертиз, медицинской реабилитации в практическое здравоохранение;
- обеспечение научного сопровождения, функционирования и развития Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь.

О функционировании системы медицинской реабилитации в Республике Беларусь

Смычѣк В.Б., Казакевич Д.С., Копыток А.В., Разуванов А.И.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

В Республике Беларусь медицинская реабилитация, медицинская абилитация осуществляется в форме плановой медицинской помощи на этапе оказания первичной, специализированной и (или) высокотехнологичной медицинской помощи.

В Республике Беларусь успешно функционирует этапная система медицинской реабилитации, которая включает 5 этапов медицинской реабилитации: лечебно-реабилитационный этап, этап ранней стационарной медицинской реабилитации, амбулаторный этап медицинской реабилитации, домашний этап реабилитации, этап повторной (поздней) стационарной медицин-

ской реабилитации; установлен четкий порядок проведения медицинской реабилитации пациентам на каждом этапе, в том числе маршрутизация пациентов, порядок и сроки направления на каждый этап проведения медицинской реабилитации, сроки проведения медицинской реабилитации на каждом этапе, медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения медицинской реабилитации.

Лечебно-реабилитационный этап осуществляется при оказании медицинской помощи пациентам в стационарных условиях (в отделениях (палатах) интенсивной терапии, реанимации и анестезиологии, специализированных отделениях по профилю заболевания) в острейшем, остром периодах течения заболевания, в раннем послеоперационном периоде при наличии реабилитационного потенциала и медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний к проведению медицинской реабилитации на основе взаимодействия врача-анестезиолога-реаниматолога, лечащего врача со специалистами мультидисциплинарной бригады, врачом-реабилитологом, другими специалистами, осуществляющими мероприятия медицинской реабилитации, в соответствии с планом медицинской реабилитации.

Этап ранней медицинской реабилитации в стационарных условиях – основной этап медицинской реабилитации, который осуществляется в отделениях медицинской реабилитации организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую реабилитацию в стационарных условиях, в остром и раннем восстановительном периодах заболевания, после оперативного лечения специалистами мультидисциплинарной бригады, врачами-специалистами, иными специалистами с использованием высокотехнологического оборудования и передовых технологий в соответствии с индивидуальной программой медицинской реабилитации, абилитации пациента.

На данный этап пациенты переводятся (направляются) в сроки в соответствии с установленным перечнем медицинских показаний и медицинских противопоказаний для направления пациентов на медицинскую реабилитацию: из профильных отделений организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, после завершения курса интенсивного лечения, в послеоперационном раннем восстановительном периоде, или из организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Амбулаторный этап медицинской реабилитации осуществляется в реабилитационных отделениях (при их отсутствии – в профильных отделениях, кабинетах) организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях пациентам, в том числе при хроническом течении заболевания вне обострения, при отсутствии нужды пациента в постоянном круглосуточном медицинском наблюдении, применении интенсивных методов реабилитации, при наличии способности к самостоятельному передвижению (или с помощью технических средств социальной реабилитации), самообслуживанию, контролировать свое поведение, отсутствии

необходимости соблюдения постельного режима и индивидуального ухода в соответствии с индивидуальной программой медицинской реабилитации, медицинской абилитации или планом медицинской реабилитации.

Домашний этап медицинской реабилитации осуществляется в ранний и поздний восстановительные периоды заболевания, после оперативного лечения пациентам с резко выраженными (ФК 4) ограничениями базовых категорий жизнедеятельности и крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием реабилитационного потенциала) при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний к проведению медицинской реабилитации в соответствии с индивидуальной программой медицинской реабилитации, медицинской абилитации.

Этап поздней (повторной) стационарной медицинской реабилитации осуществляется в стационарных отделениях медицинской реабилитации в восстановительном, позднем восстановительном периодах заболевания, в периоде последствий заболевания, оперативного лечения в случаях, когда последствия приобрели стойкий характер и приводят к умеренным (ФК 2) и(или) выраженным (ФК 3) ограничениям базовых категорий жизнедеятельности, и требуется применение высокоинтенсивных мероприятий медицинской реабилитации при условии наличия реабилитационного потенциала и прогнозировании достижения положительного эффекта от медицинской реабилитации.

Медицинская реабилитация может осуществляться на одном, нескольких или всех этапах медицинской реабилитации с учетом тяжести состояния пациента и его нуждаемости в мероприятиях медицинской реабилитации.

Число курсов медицинской реабилитации на конкретном этапе зависит от наличия медицинских показаний, реабилитационного потенциала, отсутствия медицинских противопоказаний для проведения медицинской реабилитации.

В республике в настоящее время функционирует 338 отделений медицинской реабилитации (с учетом отделений республиканских организаций медицинской реабилитации) из них 100 стационарных отделений медицинской реабилитации с коечной мощностью 4 827 реабилитационных коек, из которых 61 отделение медицинской реабилитации (2 830 коек) для взрослого населения и 39 отделений медицинской реабилитации (1 997 коек) для детского населения.

В структуре коечного фонда отделений медицинской реабилитации для взрослого населения 36,6% составляют койки для пациентов с неврологической патологией, 25,4% – с кардиологической и кардиохирургической патологией, 19,8% – с ортопедотравматологической патологией, 7,0% – с онкологической патологией, 9,1% – терапевтической, 2,1% – с нарколо-гической патологией.

В стационарных отделениях медицинской реабилитации для детского населения койки психоневрологического профиля составляют 32,5%,

пульмонологического – 18,2%, ортопедотравматологического – 18,0%, кардиологического – 12,1%, нефрологического – 6,1%, гастроэнтерологического – 2,8% и другие

Таким образом, в Республике Беларусь организована и функционирует многоуровневая система медицинской реабилитации с достаточной коечной мощностью, позволяющая проводить медицинскую реабилитацию в полном объеме; обеспечены доступность медицинской реабилитации, раннее начало, своевременность оказания медицинской реабилитации, ее непрерывность, преемственность, комплексный и индивидуальный подход при оказании медицинской реабилитации.

При проведении медицинской реабилитации в стационарных условиях на республиканском и областном уровнях применяются передовые технологии медицинской реабилитации с использованием высокотехнологического оборудования.

Во всех центрах медицинской реабилитации при проведении медицинской реабилитации используются следующие методы медицинской реабилитации: психотерапия, психологическая коррекция, технологии лечебной физической культуры, эрготерапия, аппаратная физиотерапия, водолечение, теплолечение, массаж, рефлексотерапия, мануальная терапия, образовательные программы, другие методы медицинской реабилитации, а также лекарственные средства. Медицинская реабилитация может включать ортезирование, технические средства социальной реабилитации. При проведении медицинской реабилитации пациентам может оказываться фонопедическая, логопедическая помощь.

В Республике Беларусь обеспечено научно-техническое и научное сопровождение медицинской реабилитации, разрабатываются и внедряются в центры медицинской реабилитации, организации здравоохранения, оказывающие медицинскую реабилитацию в стационарных и амбулаторных условиях, научно обоснованные методы и технологии медицинской реабилитации.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» (далее – РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации) является ведущим в республике научным учреждением, обладающим приоритетом проведения научных исследований и разработок в области медицины в части проведения медицинских экспертиз в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь, медицинской реабилитации, качества оказания медицинской помощи, включая медицинскую реабилитацию, разработку научно обоснованных мер по снижению трудопотерь в связи с временной нетрудоспособностью и инвалидностью на основе проведения в республике и ее регионах эпидемиологического мониторинга показателей заболеваемости с временной нетрудоспособностью и инвалидности с использованием современных информационных технологий; методов и технологий медицинской и профессиональной реабилитации больных и инвалидов, в том числе детей-инвалидов в возрасте до 18 лет.

Предметом научной деятельности РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации является организация и осуществление инновационной деятельности, организация, проведение, координация научных исследований и организация внедрения результатов научно-исследовательских, опытно-конструкторских и опытно-технологических работ в области медицинских экспертиз, медицинской реабилитации, качества оказания медицинской помощи.

В настоящее время в Республике Беларусь выполняется подпрограмма «Разработать новые методы медицинской реабилитации, проведения медицинских экспертиз, оценки качества оказания медицинской помощи, медицинской экспертизы» Государственной научно-технической программы «Научно-техническое обеспечение качества и доступности медицинских услуг» на 2021-2025 годы.

С 2016 по 2022 годы создано 60 единиц новой научно-технической продукции, касающихся вопросов медицинской реабилитации. Все разработки, созданные в 2016-2022 годах, внедрены и продолжают внедряться в деятельность организаций здравоохранения в соответствии с утвержденными планами освоения.

При проведении медицинской реабилитации в стационарных условиях на республиканском и областном уровнях применяются передовые технологии медицинской реабилитации с использованием высокотехнологического оборудования. В том числе применяются следующие технологии:

в государственном учреждении «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации»: имитатор ходьбы «РЮ»; роботизированная система «Lokomat»; тренажер для активно-пассивной реабилитации верхних и нижних конечностей «Тера-Витал»; пневмокомпрессионная терапия «Лимфомат»; аппаратно-программном комплексе «Arneo»; нейроортопедический костюм «Атлант»;

в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»: высокоэффективные методы речевой фонопедии (упражнения дыхательного и звукового тренинга) для восстановления голосообразующей и дыхательной функций гортани после операций на щитовидной железе. Они в ряде случаев являются единственным способом возвращения полноценной голосовой функции. Для уменьшения степени выраженности лимфедемы, возникающей после радикального лечения злокачественных новообразований молочной железы, женской и мужской половой сферы, используются уникальный комплексный противоотечный метод, включающий кинезиотейпирование по лимфодренажной методике, обучение принципам лечебной гимнастики при лимфостазе, подбор компрессионного трикотажа;

в государственном учреждении «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения»: механический аппаратный массаж на вибрационной кушетке «Ормед-релакс»; механический аппаратный массаж с ло-

кальной термотерапией на массажной кушетке «Серагем»; ударно-волновая терапия экстракорпоральная на аппарате «Shock Master 500»;

в учреждении здравоохранения «Витебский областной клинический центр медицинской реабилитации для инвалидов и ветеранов боевых действий на территории других государств»: механотерапия имитатор ходьбы «ИМИТРОН»; механотерапия тренажер «Centura»; механотерапия тренажер «MAESTRA»; механотерапия тренажер «PERFORMA»; механотерапия тренажер «Breva»; механотерапия штурвал для разработки плеч; аппаратная тракционная терапия; аппаратная тракционная терапия на кинезотерапевтической установке «Экзарта»;

в учреждении здравоохранения «Областной детский реабилитационный оздоровительный центр «Ветразь»: магнитостимуляция мышц «Магнитотурботрон», «Авантрон»; занятия на стабилотренажере с программно-дидактическим комплексом «Стабиломер»;

в учреждении «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны»: тренировка функции верхней конечности на аппарате Armeo;

в учреждении здравоохранения «Минский городской центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями»: механотерапия с использованием СРМ-тренажеров «Kinetec» для пассивной разработки движений в конечностях; тренировка функции верхней конечности на аппарате «Armeo»; роботизированная локомоторная тренировка с использованием системы «Lokomat»; тренировка функции верхней конечности с использованием реабилитационной системы «Pablo»; тренировка с использованием реабилитационной системы «Тумо»; тренировка по методу динамической проприцептивной коррекции с использованием костюма «Адели»; координаторная тренировка с использованием компьютерного стабиланализатора «Стабилан-01»; координаторная тренировка с использованием тренажера реабилитационного «Велогеймик»;

в учреждении здравоохранения «Минский областной центр медицинской реабилитации «Загорье»: механотерапия с применением тренирующего устройства «Мотомед»;

в городском центре медицинской реабилитации на базе учреждения здравоохранения «11-я городская клиническая больница»: импульсная ударно-волновая вакуумная терапия «VACUMED».

Таким образом, в Республике Беларусь организована и функционирует многоуровневая система медицинской реабилитации с достаточной коечной мощностью, позволяющая проводить медицинскую реабилитацию в полном объеме; обеспечены доступность медицинской реабилитации, раннее начало, своевременность оказания медицинской реабилитации, ее непрерывность, преемственность, комплексный и индивидуальный подход при оказании медицинской реабилитации.

К вопросу о концепции совершенствования государственной службы медицинской реабилитации

Смычѣк В.В., Казакевич Д.С.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

В охране здоровья населения важное место занимает реабилитация пациентов, т.е. комплекс мер, направленных на помощь людям с ограниченными возможностями для достижения и поддержания оптимального функционирования во взаимодействии со своей средой.

Реабилитация пациентов, в том числе инвалидов, и их социальная поддержка являются одним из ключевых приоритетов государственной социальной политики.

Экспертно-реабилитационное направление в научной деятельности имеет определяющее значение в формировании предложений по проведению социальной политики государства в отношении данного контингента, результаты научных исследований способствуют выработке основных направлений совершенствования законодательства Республики Беларусь в области реабилитации и социальной защиты лиц с ограниченными возможностями, содействуют успешной реализации стратегических задач социально-экономического развития Республики Беларусь для обеспечения ее национальной безопасности и благополучия.

Проблемы, связанные со здоровьем граждан в современных условиях, характеризующихся интенсивным экономическим развитием и, в тоже время, демографическим кризисом выходят за пределы компетенции здравоохранения, не ограничиваются рамками социальной политики, а плавно переходят в категорию «национальной безопасности» государства, что выдвигает реабилитацию на одно из стратегических направлений деятельности и развития нашего общества.

Одной из основных причин, негативно влияющих на конечный результат медицинской реабилитации, является недостаточное развитие системы этапности и преемственности в деятельности учреждений внутри- и межведомственной принадлежности. Кроме того, медицинскими работниками зачастую недооцениваются психолого-педагогический и медико-социальный аспекты медицинской реабилитации, а иногда и значимость основных принципов медицинской реабилитации включая раннее начало.

Концепция медицинской реабилитации призвана скоординировать усилия специалистов различного профиля на целенаправленное достижение таких результатов эффективности проведения медицинской реабилитации, которые позволят своевременно осуществить интеграцию пациента в социальную среду, ликвидировать или уменьшить, имеющиеся нарушения, ограничение жизнедеятельности и социальную недостаточность в

кратчайшие сроки. Скоординированное взаимодействие позволит обеспечить необходимый уровень диагностического обследования (основная и дополнительная реабилитационно-экспертная диагностика), реализовать систему этапной комплексной медицинской реабилитации, обеспечить контроль и организационно-методическое сопровождение медицинских реабилитационных мероприятий лицам до 18 лет, нуждающимся в медицинской реабилитационной помощи.

Функционирование сложившейся в нашей стране системы медицинской реабилитации позволяет утверждать о ведущей роли этого направления для развития реабилитации в целом. Являясь основой всей службы и наиболее эффективным звеном, медицинская реабилитация стоит у самых истоков реабилитации, ведь от ее успешности во многом зависят возможности реализации других реабилитационных аспектов. Особенно это относится к последствиям заболеваний, при которых медицинские мероприятия проводятся постоянно и длительно, а возможно и непрерывно. В большинстве случаев медицинская поддержка сопутствует проведению необходимых социальных, психолого-педагогических или других мер, направленных на полное или частичное восстановление утраченных функций или способностей, что повышает эффективность их применения и способствует закреплению и поддержанию достигнутого результата.

Медицинская реабилитация представляет собой комплекс медицинских услуг, направленных на восстановление нормальной жизнедеятельности организма пациента и компенсацию его функциональных возможностей, нарушенных в результате заболевания. Следовательно развитие экспертно-реабилитационного направления в Республике Беларусь имеет определяющее значение для успешной реализации социально-экономических целей и задач социально-экономического развития страны, обеспечения ее национальной безопасности и благополучия.

Решение многоаспектной комплексной проблемы сохранения и укрепления здоровья граждан, в том числе работающих и инвалидов, т.е. сохранения трудового потенциала страны в современных условиях может быть осуществлено, в том числе, в рамках реализации ряда Государственных программ.

Целью Концепции медицинской реабилитации является обеспечить скоординированное взаимодействие и структуризацию деятельности организаций здравоохранения (научных, научно-практических, лечебно-профилактических) для создания единой системы этапной комплексной медицинской реабилитации больных и инвалидов, основанной на современных тенденциях развития реабилитационного направления с позиций доказательной медицины, а также изложить приоритетные направления долговременной государственной политики, направленной на развитие службы медицинской реабилитации пациентов в Республике Беларусь.

Достижение указанной цели в значительной степени зависит от успешного решения основных задач:

1. создание системы медицинской реабилитации, основанной на современных тенденциях развития реабилитационного направления с позиций доказательной медицины в рамках единого реабилитационного пространства, включающего профессиональные, трудовые, психолого-педагогические и социальные аспекты;

2. обеспечение реализации единых подходов к пониманию основных терминов, определений и положений медицинской реабилитации;

3. обеспечение реализации единой государственной политики в области медицинской реабилитации взрослого населения и детей;

4. повышение уровня качества медико-социальной оценки последствий заболеваний, ограничений жизнедеятельности путем конвергенции аналитических и объективных данных медицинского, социального, профессионального и др. характера, позволяющие обосновать необходимость применения мероприятий медицинской реабилитации;

5. создание предпосылок для совершенствования организационного и научно-методического сопровождения процесса комплексной медицинской реабилитации детей;

6. совершенствование и дальнейшее развитие системы этапной комплексной медицинской реабилитации пациентов в Республике Беларусь;

7. создание сети медицинских реабилитационных структур с учетом уровней организации и оказания медицинской помощи;

8. создание предпосылок для оптимального материально-технического и кадрового обеспечения структур медицинской реабилитации;

9. создание условий для обеспечения внутри- и межведомственного взаимодействия с учетом преемственности;

10. совершенствование системы оценки качества медицинской реабилитационной помощи и услуг на всех уровнях.

11. выделение приоритетных направлений для научных исследований в области медицинской реабилитации детей

12. обеспечение необходимого уровня информированности населения по вопросам комплексной медицинской реабилитации и необходимости ее проведения

13. создание условий для совершенствования методов и форм профилактики инвалидности, снижения ее тяжести и сроков;

14. увеличение степени вовлеченности лиц с инвалидностью, общественных организаций и объединений инвалидов во все аспекты общественной жизни, в том числе в функционирование системы комплексной реабилитации и абилитации.

Основными принципами развития системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью являются:

а) раннее начало, доступность, последовательность, преемственность, непрерывность оказания реабилитационных (абилитационных) услуг;

б) научно обоснованные реабилитационные (абилитационные) подходы с доказанной эффективностью проводимых мероприятий и контролем итоговых результатов;

в) междисциплинарный подход, комплексность реабилитационного и абилитационного воздействия;

г) индивидуальный (персонифицированный) подход;

д) максимально возможная инклюзия и отношение к лицам с инвалидностью как к равноправным участникам общественной жизни.

В концептуальном плане мы видим следующие основные направления развития службы медицинской реабилитации:

1. Повышение качества медицинской реабилитации в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, исключение формального подхода в работе врача-реабилитолога, качественное и полноценное составление индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента.

2. Научная разработка и внедрение в практику современных критериев оценки функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности, основанных на широком применении основных положений МКФ, как документа, рекомендованного Всемирной организацией здравоохранения.

3. Обеспечение мультидисциплинарного и межведомственного взаимодействия всех заинтересованных лиц в организации и проведении реабилитации (абилитации) инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

4. Повышение охвата ранней медицинской реабилитацией пациентов после инфаркта; мозгового инсульта; после оперативных вмешательств по поводу злокачественных новообразований до 100% от числа нуждающихся в реабилитации.

5. Разработка порядка оказания пациентам медицинской абилитации.

6. Совершенствование структуры службы и кадрового обеспечения медицинской реабилитации.

7. Улучшение межведомственного взаимодействия при проведении медицинской реабилитации, включая взаимодействие с общественными организациями.

8. Обеспечение взаимодействия специалистов, оказывающих медицинскую помощь, и осуществляющих оценку качества оказания медицинской помощи.

9. Мониторинг состояния здоровья населения республики, показателей временной нетрудоспособности, инвалидности и ее тяжести, показателей реабилитации.

Психологическая реабилитация депрессивных пациентов в контексте Российской ментальности

Соловьева С.Л., Литвинцев С.В.

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования
врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты
Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Депрессия связана с переживанием прошлого [1]. В состоянии депрессии человек погружен в переживание прошлых неприятностей, сложностей, конфликтов, неудач. Обращаясь мысленно к прошедшим событиям, депрессивный субъект видит в своем прошлом только лишь неприятные, негативные события, пропуская радостные события, достижения, удачи. Формируется негативный образ прошлого, которое воспринимается как сплошная цепь неудач, проблем, конфликтов. Негативный образ прошлого экстраполируется в будущее, которое тоже начинает казаться безрадостным, бесперспективным, безнадежным. В депрессивном состоянии человеку представляется, что ничего хорошего впереди его не ждет, что будущее – только лишь нагромождение проблем, трудностей, неприятностей, которые сложно решать и преодолевать. Психологически депрессия – это утрата жизненной перспективы, на фоне которой нарушается функция планирования в реализации жизненного сценария: депрессивный субъект перестает строить планы, формулировать цели и задачи [2].

Утрата жизненной перспективы приводит и к обесцениванию настоящего. Настоящее имеет смысл в свете событий будущего, по отношению к тем целям и задачам, которые стоят перед человеком. С утратой перспективы будущего настоящее также теряет свой смысл. Жизнь кажется бессмысленной, безрадостной, пустой. На высоте тоскливой безнадежности возникают мысли о самоубийстве.

Психопатологически депрессия формируется на такой классической триаде симптомов как идеаторная заторможенность, моторная заторможенность и подавленность настроения [3]. В отечественной психологии депрессия определяется как «аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения» [4]. Субъективно человек в состоянии депрессии испытывает прежде всего тяжелые, мучительные эмоции и переживания – подавленность, тоску, отчаяние. Влечения, мотивы, волевая активность резко снижены. Характерными являются мысли о собственной ответственности за неприятные, тяжелые события, происшедшие в жизни человека или его близких. Чувство вины за события прошлого и ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей сочетаются с чувством бесперспективности. Само-

оценка резко снижена. Измененным оказывается восприятие времени, которое течет в настоящем мучительно долго. Для поведения в состоянии депрессии характерны замедленность, безынициативность, быстрая утомляемость; все это приводит к резкому падению продуктивности [2, 4].

Реабилитация депрессивных клиентов рассматривается как завершающий этап общего лечебного процесса, на котором оценивается эффективность лечения, воздействия на организм, прежде всего в плане восстановления личностного и социального статуса клиента [5]. По определению Всемирной организации здравоохранения, «реабилитация – это комбинированное и координированное применение социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки индивидуума для достижения оптимальной его трудоспособности».

В настоящее время психологическое лечение депрессивных пациентов осуществляется преимущественно методами когнитивно-поведенческой психотерапии, основные подходы в которой разработаны в исследованиях Альберта Эллиса и Аарона Бека [6]. Когнитивно-поведенческая терапия, апеллируя к когнитивным процессам клиента, предполагает распознавание, отслеживание, логический анализ его иррациональных суждений, автоматических мыслей и логических ошибок, которые при их соприкосновении с реальностью формируют депрессивное страдание. Однако, такая технология оказывается продуктивной лишь в определенной части случаев. Свойственная российской ментальности переживательность, непосредственно-чувственное восприятие явлений и событий окружающего мира, склонность к эмоциональному резонансу затрудняют логический анализ пациентами собственной когнитивной продукции. Аффективная загруженность интеллектуальной деятельности не всегда позволяет разобраться в тонких логических взаимосвязях мыслительных процессов в состоянии депрессии. Более продуктивным подчас оказывается подход, опирающийся на акцентирование эмоционально окрашенных значимых ценностей жизни клиента, которые наполняют эту жизнь содержанием и смыслом. Обнаружив то самое главное, ради чего пациент проявляет мужество жить, мы можем восстановить утраченную в депрессии жизненную перспективу.

Реабилитация включает профилактику, лечение, приспособление к жизни и труду после болезни, но, прежде всего – личностный подход к больному человеку [5, 2]. Ключевой задачей при осуществлении личностного подхода в психологической реабилитации является восстановление утраченной идентичности, подлинности личности. Идентичность проявляется в чувстве психической адекватности и владении личностью собственным «я» независимо от ситуации; в способности личности к эффективному решению задач, возникающих на каждом этапе ее развития. Основная функция идентичности состоит в обеспечении приспособления к новым

социальным условиям, сохранении определенности и целостности. Сохранение идентичности предполагает способность к сохранению контакта с меняющейся социальной реальностью, чувствительность к социально-экономическим, политическим процессам, открытость новому социальному опыту при относительной непроницаемости собственных личностных границ [7]. Депрессия разрушает идентичность, прерывая психологический контакт человека с самим собой.

На этапе психологической реабилитации восстановление или формирование новой идентичности, также, как и у здорового, реализуется у пациента осуществлением собственного жизненного пути, достижением индивидуальных целей, которые формулируются на основе значимых ценностей [8]. Психологическая ценность - это значение для человека того или иного предмета. Вне человека ценность лишена смысла и в этом плане она субъективна, не существует вне оценки, оценочного отношения. Оценочное отношение возникает не к любому предмету или явлению, а лишь к такому, который имеет индивидуальную значимость, и поэтому оно эмоционально окрашено. В силу множества предметов и процессов, имеющих значение для человека, а также многообразия человеческих потребностей и ориентаций возникает большое количество различных ценностей, которые можно привести в систему.

Так, к ценностям материальной жизни относятся природные ресурсы, орудия труда. К социальным ценностям относятся общественные институты, необходимые человеку – семья, этнос, Отечество. Ценности духовной жизни - знания, нормы, идеалы, вера и т.п. Высшие (абсолютные) ценности обладают неутилитарным характером, они являются ценностями не потому, что служат для чего-либо иного, а напротив, все иное приобретает значимость лишь в контексте высших ценностей [9]. Эти ценности непреходящи, вечны, значимы во все времена, абсолютны. Они воспринимаются человеком как нечто такое, что другим быть не может в принципе. К высшим ценностям относятся общечеловеческие – мир, человечество; социальные – справедливость, свобода, права человека; ценности общения – дружба, любовь, доверие; культурные – мировоззренческие, этнические; деятельностьные – творчество, истина; ценности самосохранения – жизнь, здоровье, дети; личностные качества - честность, патриотизм, верность, доброта и др.

Ценности различаются в разных странах, в разных культурах. Восточные цивилизации ориентируются на коллективизм, традиционализм, адаптацию к среде; базовыми ценностями являются уравнительность, гуманизм, справедливость, культ общины, почитание родителей и старших, авторитаризм. Западные цивилизации ориентируются на индивидуализм, на культ личности, на адаптирование среды к интересам индивида. Поэтому ключевыми ценностями западной цивилизации являются свобода, лидерство, индивидуальность, равноправие и др. Для менталитета русского

народа как одного из представителей евразийства характерны коллективизм, корнями уходящий в общину; патриотизм, выработанный многовековой борьбой за независимость; взаимопомощь, открытость, доверчивость, терпимость, духовность, анархичность. Одновременно евразийская цивилизация не приемлет насилия, подавления свободы, чужеземного владычества, тирании правителей. Но в отличие от Запада для евразийства особой ценностью является социальная свобода [10].

Система ценностей у каждого индивидуальна; она складывается в процессе социализации человека и зависит от уникальности пройденного жизненного пути. Социализирующая роль ценностей заключается в том, что в них задается идеал, направление, перспектива развития, они формируют потребности и мотивы деятельности, духовный мир личности, духовное содержание бытия. Депрессивный пациент, предъявляющий широкий спектр эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений, теряет прежде всего эти опорные, рипперные точки целостного жизненного сценария – систему ценностей. В состоянии депрессии, когда меркнет жизненная перспектива личности, утрачивается мотивирующая роль ценностей, задающих направление развития и реализации жизненного пути. В этой связи психологическая реабилитация предполагает прежде всего выявление и акцентирование индивидуально значимых для клиента ценностей, которые служат опорой для восстановления утраченной жизненной перспективы.

Основной проблемой, с которой сталкивается психолог на этапе реабилитации депрессивных больных, является отсутствие внутренне непротиворечивой, основанной на значимых личных ценностях пациента, осознанной «картины мира», в рамках которой реализуется жизненный сценарий, мотивирующей поведение. При депрессии ценности теряют свою яркость, динамичность, свою мотивирующую силу. Пациенту ничего не хочется, он ничем не интересуется, ничему не радуется; он скорее хочет чего-нибудь захотеть. Утрачивается и иерархически организованная система ценностных ориентаций. Разрушается представление о значимости ценностей; они спутаны, несистематизированы или рядоположны, что проявляется в поведении в случайных, импульсивных реакциях, направленных на достижение сиюминутных целей, которые часто имеют приоритет над ключевыми ценностями личности.

Поскольку ценности – ключевой фактор осознания и реализации идентичности, именно они выступают в качестве отправной точки при конструировании субъективной реальности депрессивного пациента. Восстановление идентичности пациента предполагает прежде всего реконструкцию своеобразной «системы координат», в рамках которых оцениваются происходящие события. В качестве таких координат выступают значимые для Российской ментальности ценности добра и зла, справедливости и порядка, любви, доверия и т.д. Значимость каждой ценности для кли-

ента может диагностироваться при проведении психологической помощи по количеству времени, эмоциональной вовлеченности и других ресурсов, затрачиваемых пациентом на удовлетворение стоящей за ней потребностью. Достижение индивидуальных целей, основанных на индивидуально-значимых ценностях, предполагает, что эти ценности должны быть в процессе психологической работы осознаны, проверены на практике и пережиты. Мотивирующей силой обладают не столько «знаемые», сколько пережитые (аффективно-заряженные) ценности как наиболее значимые для индивидуального выживания.

Прояснение и осознание ценностей сопровождается выстраиванием их иерархии по степени индивидуальной значимости для клиента. На этом этапе становится возможным применение техник когнитивно-поведенческой терапии, направленных на прояснение индивидуальной иерархии ценностей: мысленное моделирование; сравнение моделей; проверка на практике приоритетной модели. В основе этой процедуры лежит определение «веса» каждой ценности по количеству времени, которое тратится на ее достижение, и других доступных конкретному клиенту ресурсов [11].

При определении значимости той или иной ценности применяется метод моделирования, позволяющий представить и описать психологические последствия утраты той или иной ценности для человека. Психологические последствия от потери той или иной ценности сравниваются между собой. Те потери, которые переживаются как катастрофические, выявляют наиболее значимые для индивида ценности, которые и выступают в виде опоры для конструирования в процессе психологической реабилитации субъективной реальности клиента, в которой он может продуктивно существовать. Утрата этих ценностей сопряжена с наибольшими энергетическими затратами, с наиболее яркими негативными переживаниями; на обеспечение этих ценностей тратится наибольшее количество ресурсов: времени, информации, энергии. Как правило, к таким ключевым ценностям в Российской ментальности относятся: ценности переживаний (прежде всего, любовь и привязанность); материальные ценности (деньги); ценности влияния (власть и контроль). Выстраивание вместе с пациентом иерархии значимых для него ценностей жизни, придающих ей смысл, наполняющих содержанием повседневное существование, позволяет реконструировать в процессе психологической реабилитации разрушенную депрессивным страданием жизненную перспективу. Проверка на практике выявленной иерархии ценностей клиента предполагает апелляцию к индивидуальному жизненному опыту его приобретений и потерь.

Литература

1. Хелл, Д. Ландшафт депрессии/ Д. Хелл, Пер.с нем.И.Я.Сапожниковой. – М.: Алетейа, 1999. – 280 с.
2. Клиническая психология: Учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред.Б.Д. Карва-

сарского. – СПб.: Питер, 2010. – 864 с.

3. Психиатрия. Руководство для врачей в двух томах под ред. академика РАМН А.С.Тиганова. – Москва: «Медицина», 2012. – 807 с.

4. Клиническая психология: энциклопедический словарь/ под общ.ред. проф. Н.Д.Твороговой. – М.: Практическая медицина, 2016. – 608 с.

5. Кабанов, М.М. Реабилитация в контексте психиатрии / М.М. Кабанов // Медицинские исследования. – 2001. – Т.1, вып. 1. – С.9-10.

6. Бек Джудит. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. – СПб.: Питер, 2018. – 416 с.

7. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис/ Э. Эриксон // Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1996. – С.12.

8. Семке, В.Я. Основы персонологии / В.Я. Семке. – М.: Академический Проект, 2001. – 476 с.

9. Зарубина, Н.Н. Повседневность в контексте социокультурных трансформаций российского общества / Н.Н. Зарубина // Общественные науки и современность. - 2011. – №4. – С.61.

10. Ильин, А.Н. Массовая культура и субкультура современного общества: специфика соотношения / А.Н. Ильин // Общественные науки и современность. – №4. – 2011. - С. 172.

11. Соловьева, С.Л. Основы психотерапии для «практически здоровых» / С.Л. Соловьева // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2016. – N3(38)

Медицинская реабилитация при посттравматической рефлекторной дистрофии кисти

Хамко К.М., Осипов Ю.В.

ГУ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации»,
г. Минск, Республика Беларусь
РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Длительные сроки временной нетрудоспособности, высокий уровень инвалидизации при последствиях травм кисти определяет актуальность проблемы совершенствования процесса медицинской реабилитации при данной нозологии травм. В Республике Беларусь среднегодовой уровень первичной инвалидности вследствие травм кисти среди взрослого населения составляет 0,22 на 10 тыс. населения. Среди признанных инвалидами вследствие травм кисти преобладают лица в трудоспособном возрасте: 30-44 года – 31,1%, 45-49 лет – 13,1%, 50-54 года, – 17,6%. Среднее значение показателя полной реабилитации инвалидов вследствие травм кисти составляет 20,3%. Одним из последствий травм кисти, приводящих к прогрессированию нарушений манипуляционной функции кисти, влияющих на повышение инвалидизации и снижение «качества жизни» пациентов, является посттравматическая рефлекторная дистрофия кисти (далее –

ПРДК), которая зачастую необоснованно не отражается в клинко-функциональном диагнозе и не учитывается при формировании индивидуального реабилитационного маршрута и индивидуальной программы медицинской реабилитации, абилитации (далее – ИПМРА) пациента.

Цель исследования: разработать показания к проведению стационарного курса медицинской реабилитации (далее – МР) при последствиях травм кисти и метод оценки эффективности реабилитации применением положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ).

Материалы и методы. Проведена МР и анализ результатов экспертно-реабилитационной диагностики (далее – ЭРД) пациентов с последствиями травм кисти, прошедших курс МР в условиях специализированного отделения реабилитации больных ортопедотравматологического профиля ГУ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации»: всего – 70 пациентов, средний возраст – 45 ± 11 лет, женщины – 33 (47,1%), мужчины – 37 (52,9%) чел.

Методы исследования включали: оценку ортопедического статуса; оценку манипуляционной функции кисти; анализ лабораторных и инструментальных данных, рентгенографии, рентгеновской компьютерной томографии, электронейромиографии, проведение ЭРД с оценкой ограничений функционирования с позиции МКФ.

Результаты и их обсуждение. При поступлении на стационарный этап МР ПРДК, как осложнение течения травм кисти, была диагностирована у 44 из 70 (62,9%) пациентов со стойкими нарушениями манипуляционной функции кисти (далее – МФК), не поддающимися восстановлению на амбулаторном этапе МР. Частота встречаемости ПРДК среди мужчин и женщин с последствиями травм кисти не имела существенных различий. Имеющие место 2 и 3 стадии ПРДК при поступлении на стационарный этап МР свидетельствовали о развитии и существовании данного синдрома с характерными клиническими признаками на предыдущем амбулаторном этапе МР:

1 стадия ПРДК – начало болезни, с наличием болевого синдрома и вазомоторных нарушений (2-3 месяц от даты травмы) – определена у 8 (18,2%) пациентов;

2 стадия ПРДК – «пик», дистрофическая или стадия трофических нарушений (3-6 месяц от даты травмы) – определена у 30 (68,2%) пациентов;

3 стадия ПРДК – исход, стадия устойчивой декомпенсации, конечная атрофия (6 и > месяцев от даты травмы) – определена у 6 (13,6%) пациентов.

Проявление болевого синдрома в 1-й стадии ПРДК у 8 (100%) пациентов приводило к выраженному нарушению МФК. При более тяжелых стадиях ПРДК имели место резко выраженные нарушения МФК: при 2-й

стадии ПРДК – у 23,3% пациентов, при 3-й стадии ПДРК – 33,3% пациентов. Возникшие вследствие ПРДК выраженные и резко выраженные нарушения МФК привели к выраженному функциональному классу (ФК, ФК1 – легкие ограничения, ФК2 – умеренные ограничения, ФК3 – выраженные ограничения, ФК4 – резко выраженные ограничения) 3 ограничению способности к самообслуживанию у 16,7% и 33,3% пациентов при 2 и 3 стадиях ПДРК соответственно (таблица 1).

Таблица 1 – Нарушения манипуляционной функции кисти и ограничение способности к самообслуживанию у пациентов с ПРДК при поступлении на стационарный этап медицинской реабилитации

ФК	Стадии ПРДК											
	1 стадия				2 стадия				3 стадия			
	МФК		Самообслуживание		МФК		Самообслуживание		МФК		Самообслуживание	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
ФК1	-	-	-	-	-	-	1	3%	-	-	-	-
ФК2	-	-	6	80	3	10	24	80,3	-	-	4	66,7
ФК3	8	100	2	20	20	66,7	5	16,7	4	66,7	2	33,3
ФК4	-	-	-	-	7	23,3	-	-	2	33,3	-	-
Всего	8	100	8	100	30	100	30	100	6	100	6	100

На стационарном этапе МР специалистами мультидисциплинарной реабилитационной бригады пациентам с последствиями травм кисти проведена коррекция ИПМРА, с формированием дифференцированного воздействия на патогенетические механизмы ПРДК:

- психодиагностика и психокоррекция;
- индивидуальные занятия с инструктором ЛФК;
- индивидуальные занятия в кабинете эрготерапии;
- аппаратная механотерапия;
- физиотерапевтическое лечение (светолечение, магнитотерапия, криотерапия, электротерапия, ультразвуковая терапия, водолечение, ручной массаж, аппаратный массаж, теплотечение, фито-бар), иглорефлексотерапия;
- медикаментозная терапия (при наличии показаний).

Реализация сформированных ИПМРА, позволила достигнуть положительных результатов реабилитации, однако оценить эффект МР оказалось практически сложным из-за ограниченного количества градаций па-

раметров – значениям нарушений манипуляционной функции кисти и ФК самообслуживания в динамике: (таблица 2).

Таблица 2 – Нарушения манипуляционной функции кисти и ограничение способности к самообслуживанию у пациентов с ПРДК при завершении стационарного этапа медицинской реабилитации

ФК	Стадии ПРДК											
	1 стадия				2 стадия				3 стадия			
	МФК		Самообслуживание		МФК		Самообслуживание		МФК		Самообслуживание	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
ФК1	-	-	3	37,5	7	23,3	18	60,0	-	-		
ФК2	5	62,5	5	62,5	18	60	10	33,3	2	33.3	5	83,3
ФК3	3	37,5	-	-	3	10	2	6,7	2	33.3	1	16,7
ФК4	-	-	-	-	2	6,7	-	-	2	33.3	-	-
Всего	8	100	8	100	30	100	30	100	6	100	6	100

Для проведения ЭРД, формирования программ и оценки эффективности МР разработан кратки набора МКФ-кодов категорий доменов МКФ при последствиях травм кисти, включающий основные наиболее часто имеющие место нарушения и ограничения функций, структур, активности и участия, представленные в таблице 3. Выраженность нарушений и ограничений категорий проводилась на основании данных, полученных при проведении клинико-функционального обследования пациента, внесением определителя категории домена: 0 – нет нарушений ограничений (0-4%), 1 – легкие нарушения, ограничения (5-24%), 2 – умеренные нарушения, ограничения (25-49%), 3 – выраженные нарушения, ограничения (50-до 95%), 4 – абсолютные, нарушения ограничения (95-100).

Пример формирования клинико-функционального диагноза Пациента В с применением МКФ: МКБ-10: S 62.7, M 89.0; МКФ s7302.2, b280.3, b730.3, b7101.3, d4301.2, d440.4, d510.2, d540.2, d640.2. Расшифровка диагноза: Множественные переломы запястья и кисти; ПРДК; посттравматический остеопороз костей кисти; выраженный болевой синдром; выраженные контрактуры суставов пальцев кисти; выраженное снижение силы мышц кисти; резко выраженное ограничение точных движений кисти; умеренное ограничение способности к мытью, одеванию, выполнения работы по дому.

Таблица 3 – Набор МКФ-кодов категорий доменов при последствиях травм кисти

Составляющие МКФ		Код домена		Наименование категории домена
s – Структуры организма		s	73011	Запястье
		s	73020	Кости кисти
		s	73021	Суставы кисти и пальцев
		s	73022	Мышцы кисти
		s	73023	Связки и фасции кисти
b – Функции организма		b	710	Функции подвижности суставов
		b	715	Функции стабильности сустава
		b	730	Функции мышечной силы
		d	4301	Перенос кистями рук
d Актив-ность и участие	Мобильность	d	4401	Использование точных движений кисти
		d	445	Использование кисти и руки
		d	d510	Мытье
Актив-ность – выполнение задачи или действия индивидом	Самообслуживание	d	d520	Уход за частями тела
		d	d540	Одевание
		d	d550	Прием пищи
		d	d560	Питье
		d	d630	Приготовление пищи
		d	d640	Выполнение работы по дому
		d	825	Профессиональное обучение
Участие – вовлечение индивида в жизненную ситуацию	Главные сферы жизни	d	d830	Высшее образование
		d	8451	Выполнение трудовых обязанностей
e – Факторы окружающей среды		e	115	Изделия и технологии для личного повседневного пользования
		e	310	Семья и ближайшие родственники
		e	340	Персонал, осуществляющий уход
		e	355	Профессиональные медработники

Оценка эффективности МР включала качественную и количественную оценку.

Количественная оценка проводилась по изменению значений показателей ОКД структур, функций, активности в динамике при поступлении и после завершения реабилитационных мероприятий на этапе МР и включала:

1. Формирование МКФ-дисплея эффективности МР;
2. Оценку ОКД структур, функций, активности и участия при поступлении на этап МР;
3. Оценку ОКД структур, функций, активности и участия при завершении этапа МР.

Разработаны критерии количественной и качественной оценки эффективности МР с позиции МКФ по изменению показателей определителей категории домена:

значительное улучшение – уменьшение значений ОКД функций или структур с уменьшением тяжести ОКД активности и участия на 2 и более значения;

улучшение – уменьшение значений ОКД функций или структур с уменьшением тяжести ОКД активности и участия на 1 значение;

незначительное улучшение – уменьшение значений ОКД функций или структур без уменьшения тяжести ОКД активности и участия;

без динамики – отсутствие изменений значений ОКД функций, структур, активности и участия;

незначительное ухудшение – увеличение значений ОКД функций или структур не более чем на 1 значение без увеличения тяжести ОКД активности и участия;

ухудшение – увеличение значений ОКД функций или структур более чем на 1 значение или любое увеличения тяжести ОКД активности и участия (таблица 4).

Таблица 4 – Критерии качественной и количественной оценки эффективности медицинской реабилитации пациентов с последствиями травм кисти с позиции МКФ

Качественная оценка	Количественная оценка	Эффект МР
1	2	3
Значительное улучшение	Уменьшение значений ОКД функций или структур с уменьшением тяжести ОКД активности и (или) участия на 2 и более значения	
Улучшение	Уменьшение значений ОКД функций или структур с уменьшением тяжести ОКД активности и (или) участия на 1 значение	
Незначительное улучшение	Уменьшение значений ОКД функций или структур без уменьшения тяжести ОКД активности и (или) участия	

Продолжение таблицы 4

1	2	3
Без динамики	Отсутствие изменений значений ОКД функций, структур, активности и (или) участия	
Незначительное ухудшение	Увеличение значений ОКД функций или структур не более чем на 1 значение без увеличения тяжести ОКД активности и (или) участия	
Ухудшение	Увеличение значений ОКД функций или структур более чем на 1 значение или любое увеличение тяжести ОКД активности и (или) участия	

Применение оценки эффективности МР с позиции МКФ позволило дифференцировано оценить динамику активности и участия у пациентов с последствиями травм кисти, так при 2 стадии ПРДК в процессе реабилитации определитель категории доменов имел следующие значение: количество пациентов, имеющих легкие ограничения с ОКД 1 в доменах d4301 Перенос кистями рук d4401 Использование точных движений кисти, увеличилось с 1 (3,3%) до 7 (23,3%); с выраженными ограничениями с ОКД 3 в домене d4301 Перенос кистями рук количество пациентов уменьшилось с 18 (60 %) до 5 (16,7%), с выраженными ограничениями с ОКД 3 в домене d4401 Использование точных движений количество пациентов уменьшилось с 15 (50 %) до 8 (26,7%), соответственная положительная динамика восстановления отмечена в доменах d520 Уход за частями тела и d640 Выполнение работы по дому.

Выводы: 1. Наличие посттравматической рефлекторной дистрофии кисти, как осложнения в течение травм кисти, является показанием для проведения стационарного этапа комплексной высокоинтенсивной медицинской реабилитации.

2. Показанием и оптимальным сроком проведения стационарного курса медицинской реабилитации является наличие 2-3 стадий посттравматической рефлекторной дистрофии кисти.

3. Формирование клинко-функционального диагноза и оценка эффективности медицинской реабилитации с применением положений МКФ показано при последствиях травм кисти и позволяет дифференцированно с высоким уровнем детализации оценить нарушения функционирования и эффективность реабилитационных мероприятий.

Стандартизация методов экспертно-реабилитационной оценки атаксий у пациентов с нарушениями мозгового кровообращения

Чапко И.Я., Овсянник Ю.А., Филиппович А.Н.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность разработки диагностического алгоритма экспертно-реабилитационной оценки атаксий у пациентов с нарушениями мозгового кровообращения (далее – НМК) вызвана необходимостью совершенствования качества предоставляемых медицинских услуг в аспекте реабилитационной помощи, улучшением качества медико-социальной экспертизы пациентам с последствиями заболеваний и травм центральной нервной системы [1, 2, 3, 4]. В последнее десятилетие это обусловлено и аспектами практической реализации положений «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ)» в реабилитации (абилитации) лиц с ограниченными возможностями [5].

Целью исследования явилась разработка перечня методов объективизации и алгоритма оценки наличия и выраженности координаторных нарушений (атаксий) у пациентов с НМК.

Материалы и методы. Проведена клиническая, клинико-функциональная оценка состояния пациентов (обследовано 72 человека) с атактическими нарушениями, обусловленными патологией кровообращения в вертебробазилярном бассейне (далее – ВББ): 58 (80,6%,) мужчин и 14 (19,4%) женщин. Возрастное распределение пациентов показало, что большинство было представлено в возрасте от 51 до 60 лет – 26 мужчин (36,1%), 5 женщин (6,9%). По продолжительности заболевания обследованные лица распределялись следующим образом: до одного года – 10 чел. (13,9%); от 1 года до 3-х лет – 27 чел. (37,5%); от 3-х до 10 лет – 23 чел. (31,9 %); более 10 лет – 12 чел. (16,7 %). Двигательные нарушения у пациентов с НМК проявлялись в виде атаксии различной степени выраженности (72 чел.; 100,0 %): легкая – у 34 чел. (47,2 %), у 29 чел. (40,3%) – умеренная и у 9 пациентов (12,5%) имели место выраженные нарушения. Вместе с тем, у части пациентов с нарушениями мозгового кровообращения имелись статодинамические нарушения в виде сопутствующего центрального спастического пареза различной степени выраженности (23 чел.; 31,9 %), который у 16 чел. (22,2 %) был легким, умеренным – у 7 чел. (9,7 %).

Нарушения функций голоса и речи, зафиксированные у 28 чел. (38,9%), были представлены дизартрией, явившейся следствием поражения мозжечка. У 11 (15,3%) обследованных нами пациентов дизартрия оцени-

валась как легкая, у 17 (23,6%) диагностировались умеренные речевые нарушения. Нарушения психических функций (когнитивное снижение, астеническое органическое расстройство) выявлялись у 20 пациентов (27,8%), при этом у 15 чел. (20,8%) нарушения были легкими; у 5 чел. (6,9%) умеренными.

Результаты. В ходе исследования был разработан алгоритм реабилитационной оценки атаксий у пациентов с патологией мозгового кровообращения в ВББ, который базируется на положениях МКФ и представлен несколькими компонентами: алгоритм оценки статической и динамической атаксии; алгоритм диагностики атаксии, сопровождающейся головокружением и глазодвигательными нарушениями; алгоритм дифференциальной диагностики вестибулярных атаксий, сопровождающихся головокружением и нарушением равновесия. Разработанный многокомпонентный алгоритм оценки состояния равновесия, представленный несколькими блоками диагностики, позволяет определять не только наличие изменений в функции, структурах, относящихся к уровню «нарушений», но и оценивать повседневную активность пациента – способность перевернуться на бок и сесть в постели с сохранением устойчивости и без посторонней помощи, способность вставать из положения «сидя» с минимальным использованием рук или технических средств для поддержки, сесть из положения «стоя», не потеряв равновесия, способность длительно и устойчиво стоять и сидеть без поддержки, пересаживаться с одного стула на другой и наклоняться, сохранять равновесие при осуществлении манипуляций с предметами и др. Таким образом на этапе медицинской реабилитации в остром и восстановительном периодах разработанный алгоритм позволяет оценить влияние нарушения функций координации движений на степень активности и участия пациента в повседневной и социальной жизни.

В ходе выполнения задания был разработан перечень методов определения наличия и выраженности координаторных нарушений применительно к различным периодам после перенесенного НМК. В качестве стандарта периодизации лечения и реабилитации пациентов нами использована Инструкция о порядке организации и проведения медицинской реабилитации, медицинской абилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, вне организаций здравоохранения, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь №1141 от 01.09.2022 (Инструкция) [6]. Медицинская реабилитация, медицинская абилитация, согласно Инструкции, должна проводится пациентам в острейшем, остром, раннем и позднем восстановительных периодах заболевания, а также пациентам с последствиями заболеваний.

В соответствии с Инструкцией медицинская реабилитация, медицинская абилитация пациентов с НМК, в зависимости от необходимости и медицинских показаний, проводится в пять этапов: лечебно-реабилитационный этап, этап ранней медицинской реабилитации в стационарных условиях,

амбулаторный этап медицинской реабилитации, домашний этап медицинской реабилитации, этап поздней (повторной) медицинской реабилитации в стационарных условиях.

При этом в этапе ранней медицинской реабилитации в стационарных условиях, в соответствии с критериями ученых-реабилитологов Российской Федерации были выделены три подэтапа: восстановления (1-7 сутки пребывания в отделении), компенсации (8-14 сутки), реедаптации (15-28 сутки) [1, 7]. Разработанный перечень методов объективизации наличия и выраженности координаторных нарушений у обследуемых пациентов включает 10 отдельных диагностических таблиц. Таблицы содержат такие категории как описание исследуемого диагностического признака или показателя, краткое описание метода оценки (экспертно-реабилитационной диагностики); регистрируемые и анализируемые показатели; особенности выполнения метода; характер изменений при патологии. Данный перечень содержит более 20 методов.

Для оценки координаторных нарушений и обусловленных ими ограничений жизнедеятельности следует использовать следующую основную группу методы:

- интервьюирование и анализ субъективных проявлений (жалоб);
- анализ анамнестических данных, представленных в медицинской документации;
- исследование и оценка черепно-мозговых нервов;
- исследование и оценка мышечного тонуса;
- исследование и оценка постуральной устойчивости;
- исследование и оценка простых сенсо-моторных реакций;
- исследование и оценка сложных сенсо-моторных реакций с проведением проб Шилдера, Стюарт-Холмса, диадохокинеза;
- исследование и оценка статической координации верхних и нижних конечностей;
- исследование и оценка динамической сопряженной координации туловища, верхних и нижних конечностей;
- биомеханическая оценка функции ходьбы;
- исследование и оценка простых и сложных видов чувствительности: болевой и температурной, мышечно-суставной, вибрационной, двухмерно-пространственного чувства, стереогноза;
- исследование и оценка структур головного мозга с использованием рентгенкомпьютерной, магниторезонансной томографии;
- оценка координаторной сферы с использованием компьютерной стабиллометрии;
- исследование гемодинамики методом ультразвукового исследования брахиоцефальных сосудов;
- оценка функции баланса туловища в положении сидя с использованием шкалы «Sitting Balance Score»;

- оценка устойчивости вертикального стояния с использованием теста «Standing Balance»;
- оценка равновесия в условиях нагрузочных проб с использованием шкалы равновесия Берга «Berg Balance Scale»;
- оценка степени мозжечковой атаксии (статической и динамической) для правых и левых конечностей, туловища с использованием международной согласованной оценочной шкалы атаксии (International Cooperative Ataxia Rating Scale — ICARS);
- оценка функции ходьбы с использованием шкалы функциональной оценки ходьбы «Dinamic Gait Index»;
- оценка повседневно-бытовой двигательной активности с риском падений с использованием шкалы эффективности падений М. Тиннетти (M. Tinnetti-Scale);
- оценка функциональной независимости (способности к самообслуживанию) с использованием шкалы функциональной независимости (Functional Independence Measure – FIM);
- оценка степени мобильности пациента (способности к передвижению) с использованием индекса Мобильности Ривермид (Rivermead Mobility Index);
- оценка качества жизни пациента с использованием шкалы SF-36 Health Status Survey.

Однако разнообразие и обширность предложенных методов вовсе не означает, что все методы у пациента применяются одновременно. Выбор осуществляется специалистом в зависимости от периода, прошедшего после начала заболевания и этапа реабилитации, показаниями и необходимостью к конкретной оценке наличия изменений в «функциях», «структурах», «активности и участии» с позиций МКФ. В остром периоде акцент делается на оценке состояния координаторной сферы при преимущественно сниженной активности пациента, многие пробы выполняются в положении «лежа». В это время методами нейровизуализации оценивается состояние структур головного мозга, а как только пациент принимает устойчивое вертикальное положение выполняется стабилметрия.

В период ранней медицинской реабилитации в стационарных условиях спектр методов значительно увеличивается, используются шкалы и опросники для оценки баланса туловища, равновесия и устойчивости, в том числе для оценки способности к самообслуживанию и передвижению. В периоде реадaptации (28 сутки) и ресoциализации (60 сутки после инсульта) оценивается качество жизни. В этот же период возникает и необходимость в оценке контекстовых факторов (факторов окружающей среды, личностных факторов) в системе МКФ. Определитель, который используется для оценки, указывает на степень величины, которую представляет исследуемый фактор в виде барьера или облегчающего фактора. Применяется определитель с негативной и позитивной шкалами, обозначающими

степень выраженности фактора окружающей среды в виде барьера или облегчения, что учитывается при дальнейшем долговременном планировании реабилитационных мероприятий.

Заключение. Таким образом, реализация алгоритма реабилитационной оценки нарушений координации в виде атаксии у пациентов со статодинамическими нарушениями на этапах медицинской реабилитации, а также при подготовке к этапу медико-социальной экспертизы (в случае низкого реабилитационного потенциала и угрозы возникновения инвалидности), способствует полноценной диагностике состояний, обусловленных патологией мозгового кровообращения, дифференциальной диагностике с другими видами статодинамических нарушений, вызванных иными нозологиями, также связанных с поражением центральной системы регуляции равновесия и координации, а также позволяет контролировать динамику различных показателей, характеризующих изменение дефектных функций в ходе восстановительно-реабилитационного процесса.

Литература

1. Гольдблат, Ю.В. Основы реабилитации неврологических больных. – СпецЛитРоссия. – Москва, 2017. – 767 с.
2. Дамулин, И.В. Клинико-патогенетические особенности мозжечковой атаксии / И.В. Дамулин, М.В. Тардов // Трудный пациент. – 2020. – Т. 18, № 10. – С.17–23.
3. Кайгородцев, С.А. Сравнительная оценка различных методов коррекции мозжечковой атаксии постинсультного генеза / С.А. Кайгородцев, С.В. Прокопенко, М.В. Аброськина [и др.] // Неврологический журнал. – 2018. – Т. 23, № 1. – С.34–41.
4. Субочева, С.А. Коррекция состояния равновесия и ходьбы при вестибуло-мозжечковой атаксии постинсультного происхождения: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.11 / Сибир. федер. науч.-клин. центр. – Томск, 2020. – 24 с.
5. Об использовании Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: методические рекомендации / В.Б. Смычек, В.В. Голикова, А.В. Копыток. – Минск: Медисонт, 2020. – 86 с.
6. Об утверждении Инструкции о порядке организации и проведения медицинской реабилитации, медицинской абилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, вне организаций здравоохранения [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 1 сентября 2022 г. №1141 // ILEX /ООО «Юр-Спектр». – Режим доступа: <https://ilex-private.ilex.by/view-document/BELAW/201855>. – Дата доступа: 22.03.2023.
7. Пономаренко, Г.Н. Реабилитация инвалидов / Г.Н. Пономаренко. – Геотар-Медиа. – Москва, 2020. – 544 с.

III. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Особенности статики шейного отдела позвоночника у пациентов с расстройствами адаптации

Василевский С.С., Пирогова Л.А., Бут-Гусаим В.В., Ярош А.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. В рамках традиционной медицинской парадигмы в развитии психосоматических заболеваний ведущую роль играют три фактора. Первый из них – тонические мышечные напряжения, представляющие собой остаточные явления неотреагированных эмоций. Следующий фактор – нарушение деятельности внутренних органов, вызванное эмоциями. Третий фактор представляет собой негативное рефлекторное влияние от внутренних органов к мышцам и кожным покровам тела (отраженные боли и зоны Захарьина – Геда).

Длительное мышечное напряжение, возникающее при неврозах, повышает энергические затраты для обеспечения мышечной деятельности. Это приводит к постоянной усталости, снижению жизненного тонуса и работоспособности, является фактором усиления эмоционального дискомфорта. В дальнейшем нарушается оптимальный двигательный стереотип, проявляющийся в виде изменения осанки, походки, жестикуляции и т.д.

Позвоночник выполняет функцию опоры, создает оптимальные условия для компенсации земного тяготения, перераспределяя массы тела давая возможность мышцам быть свободными для движений. В случае изменения статики и динамики позвоночника, мышцы функционируют в неоптимальном режиме, беря на себя дополнительную функцию опоры и поддержания равновесия, расходуя при этом дополнительную энергию.

В условиях мышечного дисбаланса, позвоночник проявляет приспособительную реакцию в виде перераспределения нагрузки и изменения статики, особенно в самом подвижном шейном отделе.

Цель работы. Изучить особенности статики шейного отдела позвоночника у пациентов невротическими, связанными со стрессом соматоформными расстройствами.

Объекты и методы. Обследовано 52 пациента невротическими, связанными со стрессом соматоформными расстройствами в возрасте от 24 до 54 лет, из которых женщин – 36, мужчин – 16. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) установлено у 18 больных, смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.22) у 34 обследуемых.

Спондилографию шейного отдела позвоночника проводили в прямой и боковой проекциях в положении пациента стоя. Для проведения более детального анализа изображение записывалось на электронный носитель.

При анализе рентгенограмм оценивали следующие качественные показатели: особенности шейного лордоза (сохранение, усиление, выпрямление); наличие сколиоза; степень выраженности остеохондроза (снижение высоты межпозвонковых дисков, скошенность передних отделов тел позвонков, склероз замыкательных пластин, краевые костные разрастания, и т.д.); изменения в дугоотростчатых суставах позвонков; расположение остистых отростков (ротация, флексия, экстензия). На рентгенограммах в прямой проекции определяли наклон головы, проводя линию по нижнему краю сосцевидных отростков (латерофлексия вправо, влево).

Для выявления напряжения мышц и нарушений подвижности в позвоночных двигательных сегментах использовали мануальное мышечное тестирование.

Результаты. Оценку изменения шейного лордоза проводили на основании величины угла аксиса в соответствии с инструкцией по применению «Рентгенометрический метод оценки искривлений шейного отдела позвоночника», разработанной РНПЦ травматологии и ортопедии (патент РБ № 13496 от 07.05.2010) [3].

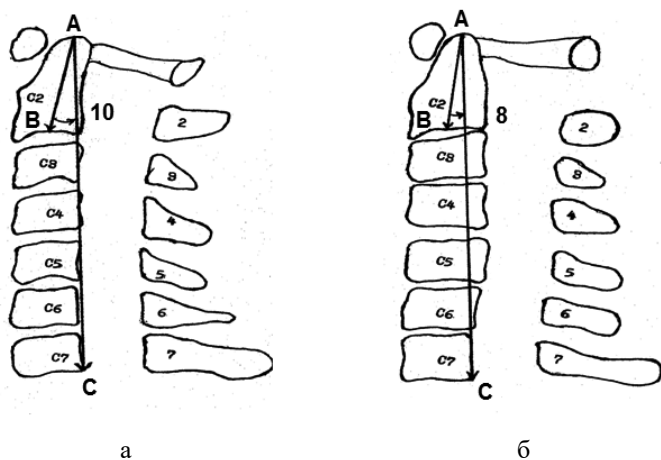


Рисунок 1 – Угол аксиса, образованный соединением линий ВА и АС

На рисунке 1-а представлено выпрямление шейного отдела позвоночника, угол аксиса равен 10^0 , линия, проведенная от C_2 до C_7 проходит по передней стенке позвоночного канала, касаясь задних отделов тел

шейных позвонков. На рисунке 1-б изображен кифоз шейного отдела, угол аксиса равен 8° , линия $C_2 - C_7$ пересекает задние отделы тел шейных позвонков.

В соответствии с методикой измерения угла аксиса необходимо на боковой рентгенограмме шейного отдела позвоночника нанести 3 точки: первая точка – А располагается на середине вершины зубовидного отростка второго шейного позвонка (аксиса); вторая точка В – на середине основания аксиса; третья точка – С наводится на задненижнем углу тела седьмого шейного позвонка. Затем карандашом вычерчивают две линии угла аксиса. 1-я линия проводится вдоль длины шейного отдела позвоночника от середины вершины зубовидного отростка аксиса до задненижнего угла тела седьмого шейного позвонка – линия АС. 2-я линия – от середины вершины зубовидного отростка аксиса до середины его основания – линия АВ. Соединение линий АС и АВ на середине вершины зубовидного отростка аксиса образует угол аксиса, измеряемый обычным транспортиром в градусах (рисунок 2).

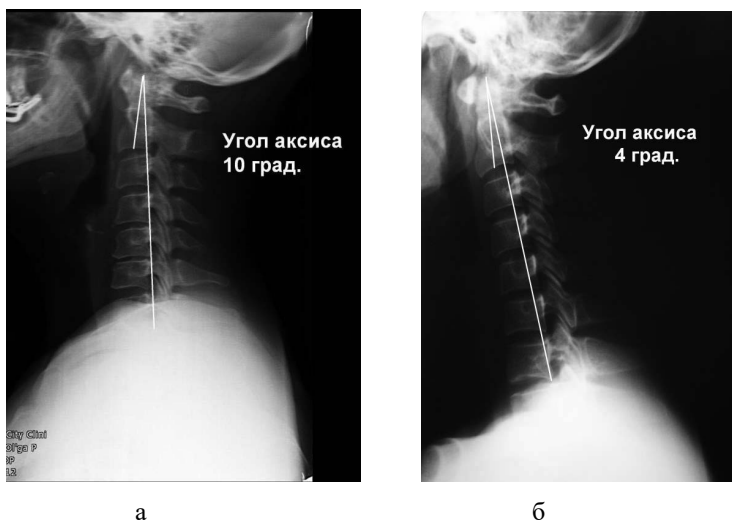


Рисунок 2 – Построение угла аксиса на рентгенограммах
а – угол аксиса 10° , линия АС проходит по
б – угол аксиса 4° , линия АС пересекает

Анализ полученных результатов измерения величины угла аксиса выявил нормальный лордоз у 12 (23,1%, медиана угла аксиса $20,5^{\circ}$) обследуемых, сглаженный у 14 (26,9%, медиана угла аксиса $15,7^{\circ}$), выпрямлен-

ный лордоз у 15 (28,8%, медиана угла аксиса $10,9^0$) кифоз – у 11 (21,2%, медиана угла аксиса $9,3^0$) пациентов (таблица).

Таблица 1 – Результаты спондилометрической оценки шейного лордоза на основании величины угла аксиса

Вид искривления	Количество случаев	Количество в %	Медиана
Нормальный лордоз ($25^0 - 19^0$)	12	23,1	$20,5^0$
Сглаженный лордоз ($18^0 - 13^0$)	14	26,9	$15,7^0$
Выпрямленный лордоз ($12^0 - 10^0$)	15	28,8	$10,9^0$
Кифоз ($9^0 - 1^0$)	11	21,2	$6,3^0$

Анализ полученных результатов, приведенных в таблице 1, выявил изменение физиологического лордоза в виде сглаживания, выпрямления и кифоза шейного отдела позвоночника у 76,9% обследуемых.

Степень искривления шейно-грудного отдела позвоночника вычисляли в соответствии с инструкцией по применению «Алгоритм трехплоскостной рентгенологической диагностики деформации позвоночника при сколиозе» разработанной РНПЦ травматологии и ортопедии [2]. С-образный сколиоз в шейно грудном отделе позвоночника первой степени (угол Кобба не превышал 8^0) выявлен у 19 (36,5%) пациентов. При этом не было выявлено различий в частоте встречаемости сколиоза между возрастными группами.

Для определения степени выраженности остеохондроза использовали критерии разработанные И.С. Абельской с соавт. (2003) [1].

Выпрямление физиологического лордоза шейного отдела позвоночника, характерное для первой степени выраженности остеохондроза, выявлены в 21 (40,4%) случаев.

Признаки характерные для второй степени выраженности остеохондроза – выпрямление физиологического лордоза, снижение высоты межпозвонкового диска на $\frac{1}{4}$ по сравнению с нижележащим диском выявлены в 15 (28,8%) случаев.

Склероз замыкательных пластин, субхондральный склероз, краевые костные разрастания, снижение высоты межпозвонкового диска в 2 раза меньше по сравнению с нижележащим – признаки характерные для третьей степени выраженности остеохондроза выявлены у 3 (5,8%) больных. У 13 (25%) пациентов патологических изменений шейного отдела позвоночника не отмечалось.

Частота встречаемости и степень выраженности остеохондроза шейного отдела позвоночника в зависимости от возраста пациентов представлены на рисунке 3.

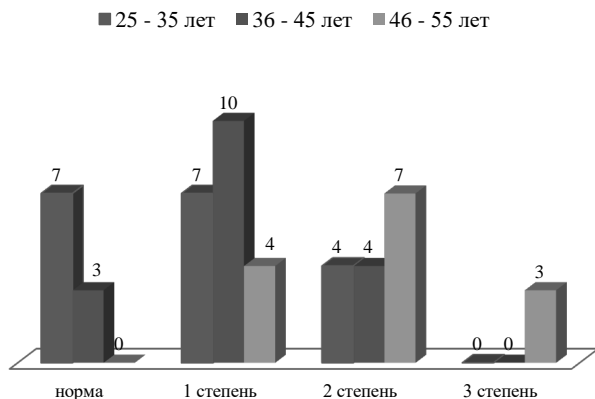


Рисунок 3 – Частота встречаемости и степень выраженности остеохондроза шейного отдела позвоночника в зависимости от возраста пациентов

Ротацию остистых отростков, определяли на рентгенограммах в прямой проекции, данное изменение выявлено у 18 (34,6%) пациентов.

Функциональные блоки в позвоночно-двигательных сегментах шейного отдела позвоночника определяли методом мануального мышечного тестирования в положении пациента сидя, напряжение мышц определяли в положении пациента лежа. Функциональные блоки выявлены у 41 (78,8%) пациента. Из них $C_3 - C_4$ у 5, $C_4 - C_5$ у 14, $C_4 - C_5 - C_6$ у 8, $C_5 - C_6$ у 7, $C_5 - C_6 - C_7$ у 2, $C_6 - C_7$ у 5.

Положение головы определяли по отклонению остистых отростков в от фронтальной оси. Для этого проводили линию по нижним краям остистых отростков. Горизонтальное положение головы отмечалось в 24 (46,2%) случаях, латерофлексия вправо выявлена у 13 (25%) пациентов, латерофлексия влево – у 15 (28,8%) больных.

Напряжение верхней порции трапециевидной мышцы выявлено у 27 (51,9%) больных, повышение тонуса мышцы, поднимающей лопатку у 45 (86,5%) пациентов, локальное напряжение мышц шейного отдела позвоночника отмечено у 44 (84,6%) исследуемых.

Заключение. У пациентов с расстройствами адаптации нарушение статики шейного отдела позвоночника в виде выпрямления шейного лордоза выявлено у 76,9% обследуемых, С-образный сколиоз отмечен в 36,5% случаев.

Напряжение мышц шейного отдела позвоночника: верхней порции трапециевидной мышцы, мышцы поднимающей лопатку, лестничных

мышц выявлены в 86,5% случаев. При мануальном тестировании у 41 (78,8%) пациента выявлены функциональные блоки в позвоночно-двигательных сегментах шейного отдела позвоночника.

Литература

1. Абельская, И.С. Шейный остеохондроз, диагностика и медицинская реабилитация / О.А. Михайлов, В.Б. Смычек; под ред. акад. НАН А.Н. Михайлов. – Минск, 2007. – 347 с.
2. Рентгенометрический метод оценки искривлений шейного отдела позвоночника: инструкция по применению №13496: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 07.05.2010 г.; сост.: А.В. Белецкий, В.Т. Пустовойтенко, С.В. Макаревич, А.Н. Мазуренко; – Минск, 2010. – 7 с.
3. Алгоритм трехплоскостной рентгенологической диагностики деформации позвоночника при сколиозе: инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 27.06.2008; сост.: Д.К. Тесаков, С.В. Макаревич, Д.Д. Тесакова, Н.О. Михасевич; – Минск, 2008. – 14 с.

Клинический случай рецидива аденомы паращитовидной железы при ультразвуковом исследовании

Евдочкова Т.И., Селькина В.Д.

РНПЦ радиационной медицины и экологии человека,
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Паращитовидные железы (ПЩЖ) в количестве 4 и более прилежат к задней поверхности боковых долей щитовидной железы, от которой отделены капсулой. Снаружи они покрыты соединительнотканной оболочкой [1]. Паренхима ПЩЖ представлена трабекулами – эпителиальными тяжами либо скоплениями эпителиальных эндокринных клеток – паратиреоцитов. Различают главные паратиреоциты и оксифильные паратиреоциты. Главные клетки секретируют паратиреоидный гормон (ПТГ) [2]. Его высвобождение регулируется уровнем кальция в крови и мягких тканях. При нормальном содержании кальция ПТГ секретируется в умеренных количествах, при высоком уровне кальция выделение гормона минимально или не происходит вовсе. При низком уровне кальция в крови секреция ПТГ максимальна. Основным эффектом ПТГ состоит в мобилизации кальция из костной ткани. Гормон активирует остеокласты – клетки костной ткани, разрушающие кость, при этом в кровоток поступает свободный кальций. Вещество костной ткани распадается, ее компоненты выделяются с мочой. Следствием разрушения костной ткани является угроза возникновения переломов костей [1].

На протяжении многих лет заболевания паращитовидных желез для клиницистов были сложной и закрытой для понимания темой [3].

Быстрая и качественная лабораторная диагностика открыла новые перспективы развития этого направления эндокринологии и эндокринной хирургии. В практику вошло понятие «инциденталом паращитовидных желез», обязанное своим появлением в первую очередь ультразвуковой диагностике (далее – УЗД), а также магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ) и компьютерной томографии (далее – КТ).

Дополнительным толчком для изучения патологии паращитовидных желез стало развитие медицинских технологий и появление эффективных методов лечения хронической почечной недостаточности (далее – ХПН). Длительное течение ХПН в большинстве случаев приводит к аденоматозной гиперплазии и развитию опухолей ПЩЖ, требующих хирургического лечения.

Общепризнано, что в основе современной концепции хирургического лечения пациентов с патологией ПЩЖ лежит точная топическая диагностика патологического очага, играющая главную роль в выборе метода и техники операции.

Среди методов топической диагностики в настоящее время большое значение имеет метод УЗД [3]. Перспективным и высокоинформативным в диагностике гиперпаратиреоза является метод исследования уровня ПТГ при смыве с иглы во время проведения тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (далее – ТАПБ) [7].

Рак ПЩЖ встречается крайне редко. Более чем в 80% причиной гиперпаратиреоза является аденома, тогда как на долю первичной гиперплазии приходится до 15%, а карцином – 5% [6]. В отличие от гиперплазии и аденомы ПЩЖ, при которых по мере роста форма становится более вытянутой и капсула визуализируется четче, при раке ПЩЖ образование сохраняет округлую и овальную форму. К отличительным признакам рака ПЩЖ также относятся неровность и бугристость поверхности, отсутствие гиперэхогенной капсулы и четких прорисованных контуров. По данным УЗИ трудно отличить аденому ПЩЖ от рака ПЩЖ. Характерными лабораторными признаками ракам ПЩЖ является более высокая гиперпаратиремия и гиперкальциемия [3].

Цель исследования. Демонстрация клинического случая редко встречающейся патологии ПЩЖ – рецидива атипической аденомы.

Материалы и методы. Пациент С., 40 лет, поступил в хирургическое отделение ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (далее – ГУ «РНПЦ РМиЭЧ») для оперативного лечения с диагнозом: «Первичный гиперпаратиреоз. Рецидив аденомы левой нижней паращитовидной железы».

Из анамнеза: в 2013 году в условиях хирургического отделения РНПЦ проведена паратиреоидэктомия левой нижней ПЩЖ из минидоступа.

По 2021 год наблюдался эндокринологом по месту жительства в одном из областных центров Республики Беларусь, в 2021 году выявлена аденома ПЩЖ слева размером 7*7*8мм, ПТГ-35,11 пмоль/мл (норма 1,45-10,41), Са-3,09 ммоль/л, Р-0,98 ммоль/л.

Поступил для планового оперативного лечения в хирургическое отделение ГУ «РНПЦ РМиЭЧ». Проведены лабораторные и инструментальные методы исследования:

- иммуноферментный анализ крови (20.05.2021 г.): ПТГ-471,3 пг/мл. Биохимический анализ крови (23.05.2021 г.): Кальций ионизированный – 0,94 ммоль/л.

УЗИ паращитовидных желез: у нижнего полюса левой доли определяется гипэхогенное неоднородное образование р. 1,0*1,8 см с наличием афферентной артерии. Заключение: эхопризнаки образования нижней паращитовидной железы слева.

- МРТ(21.05.2021 г.) МРТ исследование мягких тканей шеи с захватом верхнего средостения. В проекции левой нижней ПЩЖ определяется образование умеренно повышенной в T2 и STIR интенсивности р. 10*24 мм – аденома; увеличенных лимфоузлов не выявлено. Очагов патологического огничивания диффузии не обнаружено.

Выполнена операция (21.05.2021 г.): паратиреоидэктомия слева. Ход операции: доступом Кохера по передней поверхности шеи рассечены мягкие ткани, поверхностная фасция, передняя группа мышц разведена по средней линии. Выделена щитовидная железа. Щитовидная железа не изменена. Паратрахеальные л/узлы не увеличены. Мобилизована левая доля щитовидной железы. У нижнего полюса в рубцовых тканях определяются 2 округлых образования 2 и 0,6 см в диаметре, тупым и острым путем образования выделены из рубцовой ткани. Срочная биопсия: аденома паращитовидной железы. Контроль гемостаза. Шов раны с дренированием. Асептическая повязка.

Патологогистологическое исследование (21.05.2021 г.): аденома паращитовидной железы солидного строения.

Имуноферментный анализ крови послеоперационный (21.05.2021 г.): ПТГ-105,3 пг/мл.

В 2023 году поступил для планового оперативного лечения в хирургическое отделение ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в связи с рецидивом по лабораторно-инструментальным данным: паратгормон – 22,58 пмоль/л (норма 1,45-10,41); кальций ионизированный – 1,48 ммоль/л (норма 1,03-1,23); кальций общий – 2,89 ммоль/л (норма 2,1-2,55); фосфор неорганический – 0,7 ммоль/л (норма 0,74-1,52). Сцинтиграфия от 10.02.2023 г.: данные в пользу патологии нижней левой паращитовидной железы.

Результаты и их обсуждение. В условиях стационара проведены следующие исследования:

- УЗИ (15.02.2023 г.) паращитовидных желез: к нижнему полюсу левой доли щитовидной железы прилежит гипоехогенное образование неправильной формы $1,5 \times 1,3$ см, состоящее из трех частей, афферентная артерия достоверно не определяется. Заключение: эхопризнаки объемного образования левой нижней паращитовидной железы. Рекомендована биопсия с определением паратиреоидного гормона в смыве.

- Тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия (ТАПБ) с определением паратиреоидного гормона в смыве (15.02.2023 г.): 1644 пг/мл.

- КТ (20.02.2023 г.) исследование мягких тканей шеи от уровня тела нижнего края глазниц с в/в контрастированием: костные структуры: без признаков дислокации и костной деструкции; носоглотка без патологии; контуры глотки и гортани не деформированы, просветы не сужены. Грушевидные синусы свободны, симметричны. Голосовые складки без особенностей. Хрящи гортани без особенностей; щитовидная железа в размерах не увеличена. За нижним полюсом левой доли щитовидной железы определяется округлое гиподенсное по отношению к ткани щитовидной железы образование размером $10,5 \times 8 \times 10$ мм, умеренно накапливающее контрастное вещество. Окружающие структуры: околоушный и поднижнечелюстные слюнные железы симметричны, без патологии. Крупные сосуды шеи без патологических изменений. Лимфоузлы шеи не увеличены.

Заключение: КТ-картина может соответствовать рецидиву аденомы паращитовидной железы слева.

Перед проведением операции врачи настороженно отнеслись к заключению «Аденома ПЩЖ», т.к. в одном и том же месте (проекция нижней паращитовидной железы) выявлено образование после проведенных двух паратиреоидэктомий, при УЗИ опухоль имела неправильную форму, достоверно отсутствовала афферентная артерия и определялся очень высокий уровень паратгормона в смыве.

Операция (21.02.2023 г.): паратиреоидэктомия слева.

Протокол операции: на интраоперационном УЗИ визуализирована аденома левой нижней паращитовидной железы. Доступ по Кохеру. Мобилизована левая доля щитовидной железы. При ревизии, позади левой доли определяется аденоматозно изменённая паращитовидная железа, предположительно нижняя, размер образования соответствуют предоперационным обследованиям. Образование выделено из окружающих тканей, сосуды лигированы. Образование удалено и отправлено на срочное гистологическое исследование, результат – аденома паращитовидной железы. Контроль гемостаза – сухо. Послойный шов раны с оставлением дренажа.

- Патологистологическое исследование (22.02.2023 г.) – гиперклеточная паращитовидная ткань с диффузным ростом мономорфных главных клеток, широкими внутриопухолевыми фиброзными тяжами, признаками

инвазии капсулы, без убедительных признаков инвазии окружающих тканей.

Морфологическая картина наиболее соответствует атипической аденOME парашитовидной железы. Рекомендована консультация в онкологическом диспансере. Пациент проконсультирован в Республиканском Центре онкопатологии щитовидной железы, назначена повторная консультация через 6 месяцев.

Выводы. Использование ультразвукового метода диагностики позволило выявить раньше других методов исследования рецидив аденOMы парашитовидной железы и заподозрить злокачественный процесс.

Карцинома ПЩЖ, прорастая в окружающие ткани, раньше всего поражает щитовидную железу, рано оказывается спаянной с возвратным нервом, нередко вовлекается в процесс пищевода [4]. Несмотря на выраженную инвазию, метастазы крайне редки и прогноз обычно благоприятен [5]. Данному пациенту необходим динамический ультразвуковой контроль щитовидной железы и парашитовидных областей.

Литература

1. Любимова, З.В. Возрастная анатомия и физиология. Организм человека, его регуляторные и интегративные системы (учебник для академического бакалаврита) / З.В. Любимова, А.А. Никитина. – М.: Издательство Юрайт, 2016. – С.154-156.
2. Афанасьев, Ю.И. Гистология, цитология и эмбриология: учебник / Ю.И. Афанасьев [и др.]; Под ред. Ю.И. Афанасьева, С.Л. Кузнецова, Н.А. Юриной. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2004. – С.507-509.
3. Калинин, А.П. Методы визуализации околощитовидных желез и паратиреоидная хирургия. Руководство для врачей / А.П.Калинин [и др.] – М: Видар-М, 2010. – 231 с.
4. Шалимова, С.А. Справочник по онкологии / С.А. Шалимова, Ю.А. Гриневича, Д.В. Мясоедова. – Киев: Здоровье, 2000. – С.282-283.
5. Пальцев, М.А. Атлас патологии опухолей человека / М.А. Пальцев, Н.М. Аничков. – М.: Медицина, 2005. – С.411.
6. Пальцев, М.А. Атлас по патологической анатомии / М.А. Пальцев, А.Б. Пономарев, А.В. Берестова. – М.: Медицина, 2003. – С.365.
7. Сенча, А.Н. Ультразвуковое исследование околощитовидных и слюнных желез / А.Н. Сенча. – М.: МЕДпресс-информ, 2020. – С.145.

Актуальность исследования сопутствующих психических расстройств у пациентов после перенесенного инфаркта мозга

Емельянцева Т.А., Лакутин А.А., Разуванов А.И.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

В Республике Беларусь заболеваемость инсультом в 2-2,5 раза выше, чем в европейских странах, что обуславливает актуальность разработки

мероприятий, направленных на повышение эффективности медицинской помощи лицам с указанной патологией [1].

Накопилось достаточно данных, указывающих на то, что риск возникновения инфаркта мозга (инсульта) выше среди лиц, кто испытывал хронический стресс (в течение 4 лет и более) и/или страдал от бессонницы [2].

По результатам исследований Сиволапа Ю.П. и Дамулина И.В. (2019), у пациентов с артериальной гипертензией тревожные расстройства отмечаются в 98,6% случаев, у пациентов с хронической сердечной недостаточностью – в 89,6% случаев. Наличие выраженных тревожных и депрессивных симптомов у пациентов с заболеваниями системы кровообращения увеличивает вероятность внезапной смерти в 4,5 раза [3].

Депрессия увеличивает риск инсульта по ишемическому типу на 45% и на 55% – его летальный исход [4].

По данным Dong Y. и др. (2021) распространенность стойких постинсультных когнитивных нарушений по разным оценкам варьирует в пределах от 20% до 82%, в зависимости от страны, этнической принадлежности и критериев диагностики.

По результатам исследования Rost N. и др. (2021) когнитивные нарушения у лиц после перенесенного инфаркта мозга возникают в 41% случаев [5].

Результаты анализа Mijajlović M. и др. (2019) показали, что постинсультные когнитивные нарушения могут затрагивать до одной трети пациентов после перенесенного инсульта [6]. В целом, в странах Европы и США постинсультные когнитивные нарушения занимают второе место по распространенности после когнитивных нарушений, вызванных болезнью Альцгеймера.

Согласно результатам исследования Sun J. (2019) распространенность постинсультных когнитивных нарушений в популяции достаточно широка, показатели варьируют, составляя в США 31% через 3 мес. после инсульта, во Франции – 47,3%, в Сингапуре – 44%. В Нидерландах показатель особенно высок: через 1 мес. после инсульта он составляет 82%, через 6 мес. – 69%, через 1 год – 58%. Такая большая вариабельность значений показателя объясняется особенностями страны проживания пациента, расовой принадлежностью, возрастом, уровнем образования, социальным статусом, наличием факторов сердечно-сосудистого риска, а также критериями, используемыми в диагностике. Наличие когнитивных нарушений у пациентов после инсульта выявляется даже в тех случаях, когда в исходе отмечалось успешное клиническое выздоровление [7].

По результатам исследования Delavaran H. и др. (2019) через шесть месяцев после инфаркта мозга когнитивные нарушения наблюдаются более чем у 50% пациентов [8].

В исследовании Н. Jokinen и др. (2019) представлены данные о пациентах с хорошим функциональным восстановлением через 3 месяца после инфаркта мозга с оценкой по модифицированной шкале Рэнкина 0-1 балл (без инвалидности), при этом у 71% из них были диагностированы когнитивные расстройства. У 50% из них при детальном исследовании были выявлены нарушения, по крайней мере, в одном из когнитивных доменов шкалы Рэнкин; еще у 50% – нарушения в трех и более когнитивных доменах. Наиболее часто у пациентов выявлялись нарушения памяти, нарушения зрительно-пространственной ориентации, нарушения исполнительных функций, нарушения речевых функций [9].

В Республике Беларусь в настоящее время в клиническом протоколе «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики», утвержденном постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 2 марта 2020 г. №13, не содержится диагностических шкал для скрининговой диагностики тревожных, депрессивных расстройств, дистресса, расстройств сна. В упомянутом клиническом протоколе для диагностики когнитивных нарушений рекомендована методика «Краткое исследование психического состояния» (Mini Mental State Examination – MMSE, тест Фольштейна), а также методика «Рисование часов».

По данным исследования Rodrigues J. и др. (2019) методики MMSE и тест «Рисование часов» недостаточно эффективны в диагностике предметного расстройства у пациентов после перенесенного инфаркта мозга [10].

По данным Zhu Y. и др. (2020) чувствительность методики MMSE для диагностики предметных когнитивных нарушений у пациентов после перенесенного инфаркта мозга составляет 68% [11].

Согласно исследованию Sexton E. и др. (2019), особенности когнитивных нарушений у пациентов, перенесших инфаркт мозга, определяются, прежде всего, топической локализацией патологического очага в головном мозге, вызванного инсультом. В зависимости от локализации патологического очага в головном мозге наблюдаются различные нарушения когнитивных функций. Среди наиболее распространенных когнитивных нарушений у пациентов являются нарушения исполнительных функций, афазия, апраксия, амнезия, нейродинамические нарушения [12].

По данным исследования Яхно Н.Н. и др. (2019) важность раннего выявления предметных когнитивных нарушений обусловлена тем, что их своевременная диагностика расширяет потенциальные возможности вторичной профилактики и терапевтического воздействия, что может отсрочить или даже предотвратить развитие нарушений профессионального и социального функционирования из-за развития деменции [13].

Таким образом, выявление предметных нарушений, с учетом влияния тревожных и депрессивных проявлений, обуславливает актуальность разработки метода дифференциальной диагностики предметного расстройства у пациентов после перенесенного инфаркта мозга.

Литература

1. Инсульт – проблема века // Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2023 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/insult>. – Дата доступа: 10.02.2023.
2. Robinson, R.G. Post-stroke depression: a review / R.G. Robinson // *Am. J. Psychiatry*. – 2016. – Vol. 173. – №3. – P.221-231.
3. Сиволап, Ю.П. Инсульт и депрессия / Ю.П. Сиволап, И.В. Дамулин // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2019. – №9. – С.143-147.
4. Babkair, L.A. Risk factors for poststroke depression: an integrative review / L.A. Babkair // *Neurosci Nurs*. – 2017. – Vol. 49. – №2. – P.73-84.
5. Rost, N.S. Discovery Investigators. Cognitive Impairment and Dementia After Stroke: Design and Rationale for the Discovery Study / N.S. Rost, J.F. Meschia // *Stroke*. – 2021. – Vol. 52. – №8. – P.499-516.
6. Mijajlović, M.D. Post-stroke dementia – a comprehensive review // *M. Milošević // BMC Med*. – 2017. – Vol. 18. – №1. – P.11-15.
7. Sun, J.H. Post-stroke cognitive impairment: epidemiology, mechanisms and management / J.H. Sun // *Ann. Transl. Med*. – 2019. – Vol. 2. – №8. – P.80.
8. Delavaran, H. Cognitive function in stroke survivors: A 10-year follow-up study / H. Delavaran, A.C. Jönsson // *Acta Neurol. Scand*. – 2019. – Vol. 136. – №3. – P.187-194.
9. Jokinen H. Post-stroke cognitive impairment is common even after successful clinical recovery / H. Jokinen // *Eur. J. Neurol*. – 2015. – Vol. 22. – №9. – P.1288-1294.
10. Rodrigues, J.C. Psychometric properties of cognitive screening for patients with cerebrovascular diseases. A systematic review / J.C. Rodrigues. – 2019. – Vol. 13. – №1. – P.31-43.
11. Zhu, Y. Evaluation of the Mini-Mental State Examination and the Montreal Cognitive Assessment for predicting post-stroke cognitive impairment during the acute phase in Chinese minor stroke patients / Y. Zhu // *Aging Neurosci*. – 2020. – Vol. 12. – P.236.
12. Sexton, E. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of cognitive impairment no dementia in the first year post-stroke / E. Sexton, A. McLoughlin // *Eur Stroke J*. – 2019. – V. 4(2). – P.160-171.
13. Яхно, Н.Н. Распространенность когнитивных нарушений при неврологических заболеваниях / Н.Н. Яхно, И.С. Преображенская, В.В. Захаров // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2019. – №2. – С.30-34.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности, болезнь Паркинсона и болезнь Альцгеймера: есть ли связь?

Емельянцева Т.А.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

С учетом смены парадигм и концепций в детской психиатрии в Международной классификации болезней одиннадцатого пересмотра (да-

лее – МКБ-11) диагноз «Синдром дефицита внимания и гиперактивности» (далее – СДВГ) пришел на смену диагнозу «Гиперкинетическое расстройство» (F90) в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) и стал рассматриваться не как поведенческое расстройство, а как расстройство нейropsychического развития (англ. – neurodevelopmental disorders) в рубрике 6 «Психические и поведенческие расстройства и расстройства нейropsychического развития». В МКБ-11 к расстройствам нейropsychического развития наряду с СДВГ относятся нарушения интеллектуального развития, речевого развития, расстройства аутистического спектра (РАС), расстройства стереотипных действий, расстройства развития школьных навыков.

Указанный факт вызвал новую волну исследований взаимосвязей СДВГ с такими неврологическими заболеваниями, как болезнь Паркинсона (далее – БП) и болезнь Альцгеймера (далее – БА).

Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей характеризуется постоянной невнимательностью и гиперактивностью и/или импульсивностью (нетерпеливостью), связанных с нарушением обмена дофамина. Для лечения СДВГ в западных странах назначают дофаминергические средства (например, метилфенидат), которые относятся к группе психостимуляторов. Пациент с СДВГ, начиная со школьного возраста, вынужден принимать указанные лекарственные препараты постоянно, которые способны улучшать его академическое и социальное функционирование в 85% случаев. Указанный факт определяет вопрос: каков риск заболеваний базальных ганглиев и мозжечка, включая БП.

По результатам K. Curtin (2018) и др. исследования историй болезней 200 000 жителей штата Юта, задолго до появления первых симптомов БП или паркинсонизма, СДВГ был диагностирован у 31769 лиц, из которых 4960 принимали психостимуляторы. Анализ заболеваемости БП и паркинсонизмом показал, что в сравнении с лицами без СДВГ, риск развития БП и паркинсонизма у лиц с СДВГ был в 2,4 раза выше. А у тех участников исследования, которые принимали психостимуляторы, риск развития БП и паркинсонизма в возрасте от 21 года до 49 лет был в 8,6 раз выше. Авторы указывают, что столь высокий риск развития БП и паркинсонизма связан с более тяжелой формой СДВГ, нежели с действием лекарственных препаратов [1].

Было установлено, что ассоциации ослабевают с уменьшением генетического родства, предполагая общий семейный риск между СДВГ и БА. Связь с ранним началом БА была сильнее, чем с поздним началом БА. Подобные результаты наблюдались при деменциях, связанных с другими причинами [2].

Изучение причинно-следственных связей СДВГ и РАС с БА в исследовании Р. Pagoni и др. (2022) 20183 пациентов с СДВГ европейского происхождения в сравнении с 35191 случаем контроля; а также 18381 пациента с РАС в сравнении с 27969 случаями контроля; 71880 пациентов с БА (383378 контрольных групп) и использованием метода многомерной менделевской рандомизации привело к следующим результатам. Установлено мало доказательств, позволяющих предположить причинно-следственное влияние СДВГ на развитие БА (отношение шансов (ОШ) = 1,00 (95% ДИ [0,98-1,02], $p = 0,39$)) или влияние РАС на развитие БА (ОШ = 0,99 (95% ДИ [0,97-1,01], $p = 0,70$)). Аналогичные оценки причинно-следственных связей были идентифицированы как прямые эффекты, не зависящие от уровня образования: при СДВГ ОШ = 1,00 (95% ДИ [0,99-1,01], $p = 0,76$); при РАС ОШ = 0,99 (95% ДИ [0,98-1,00], $p = 0,28$)). Таким образом, ученые нашли ограниченные доказательства, позволяющие предположить причинно-следственное влияние СДВГ или РАС на риск развития БА и наоборот [3].

Таким образом, СДВГ, БП и БА требуют дальнейших исследований взаимосвязей. При этом имеющиеся современные патогенетические и патофизиологические теории СДВГ способны расширить понимание механизмов БП и БА в поиске эффективных технологий реабилитации и абилитации.

Наиболее современной, на наш взгляд, и наименее известной в контексте патогенеза СДВГ является интерферентная теория «пути по умолчанию» (default-modenetwork, DMN), впервые предложенная М. Raichle (2001) в связи с рассмотрением функции мозга в состоянии покоя [4]. Теория стала центральной темой в клинических нейропсихологических исследованиях S. Вроу и др. (2009) при изучении БП, БА, шизофрении, тревожных расстройств и депрессии, СДВГ, РАС [5].

Концепция «пути по умолчанию» представляет собой модель последовательной дезактивации (снижения энергетических потоков) в определенных областях мозга, включая заднюю поясную извилину, медиальную префронтальную извилину, нижнюю теменную долю при выполнении целенаправленной деятельности. Функционирование «пути по умолчанию» отличается низкочастотными нейронными колебаниями (<0,1 Гц). Такая деятельность мозга в состоянии покоя была названа «дефолтным режимом» деятельности мозга.

«Путь по умолчанию» имеет естественную конкуренцию с другим, «целенаправленным путем», который включает дорсолатеральную префронтальную кору, нижнюю теменную кору, первичную моторную область. У здорового человека во время целенаправленной деятельности активность «пути по умолчанию» падает, а активность «целенаправлен-

ного пути» растет. Отсутствие антагонизма между указанными путями выявлено у лиц с РАС в исследовании D. Kennedy (2008) [6]. Именно поэтому лица с аутизмом особенно нуждаются в сопровождении (услугах тьютера) при выполнении целенаправленной деятельности.

Теория «пути по умолчанию» – не просто гипотеза. Современные методы исследования позволили заглянуть в мозг, и он перестал быть «черным ящиком». Открыть «черный ящик» и посмотреть, как работает живой мозг позволили позитронная эмиссионная томография (далее – ПЭТ) и функциональная магниторезонансная томография (далее – фМРТ). Исследования с помощью методов ПЭТ и фМРТ позволили оценить интенсивность метаболической активности в различных участках мозга и выявить те структуры мозга, у которых снижается активность при выполнении заданий (целенаправленной деятельности). Эти структуры и были названы «дефолт системой», метафорами которой могут быть «мозг, который готов уснуть» или «спящий режим работы компьютера».

Теперь мы знаем о дезактивации «дефолт системы» мозга при выполнении целенаправленных задач. И теперь находится объяснение тому, что если человек продолжает свою социальную активность после выхода на пенсию, у него реже (медленнее) развиваются когнитивные расстройства.

У детей с СДВГ в возрасте после 10-12 лет могут нарастать нарушения исполнительных функций, что поддерживает трудности в социальном, академическом, профессиональном и семейном функционировании во взрослой жизни. Одним из приемов, который способен поддерживать целенаправленную деятельность у лиц с СДВГ является выстраивание жизненного стиля, направленного на получение удовольствия (дофамина) естественным путем, и конечно, двигательная активность. Неправильно запрещать детям с СДВГ бегать по коридорам школы и поликлиник. И дальше по жизни им надо много заниматься спортом, выбирая тот вид, который приносит удовольствие. Как правило, все лица с СДВГ предпочитают езду на велосипеде, отмечая значительное повышение работоспособности, особенно после длительной велосипедной прогулки.

Установлено, что занятия с принудительным ускорением на велотренажере оказывают не меньшее воздействие на мозг пациента, чем процедура глубокой стимуляции головного мозга.

Джей Л. Альбертс, доктор философии, нейробиолог из научно-исследовательского института Лернера в Кливленде, увидел это воочию в 2003 году, когда он ехал на велосипеде-тандеме через Айову с пациентом с болезнью Паркинсона, чтобы повысить осведомленность об этой болезни. Пациентка испытала улучшение симптомов после поездки. «Находка была счастливой», – вспоминает доктор Альбертс. «Я крутил педали быстрее, чем она, что заставляло ее крутить педали быстрее. У нее были

улучшения в функции верхних конечностей, поэтому мы начали рассматривать возможный механизм, лежащий в основе этой улучшенной функции».

В рамках наблюдения доктора Альбертса исследователь Чинтан Шах, бакалавр наук, и его коллеги из Кливлендской клиники использовали фкМРТ для изучения влияния физических упражнений у пациентов с БП.

Пациенты с БП проходили занятия на велосипеде три раза в неделю в течение восьми недель. Некоторые пациенты тренировались на добровольном уровне, а другие подвергались принудительным упражнениям, крутя педали со скоростью, превышающей их добровольную скорость. Исследователи использовали модифицированный велотренажер, чтобы вызвать принудительную активность.

МРТ была проведена до и после восьми недель лечебной физкультуры и снова в качестве последующего наблюдения через четыре недели. Исследовательская группа рассчитала уровни активации мозга и связности по результатам фкМРТ и сопоставила данные со средней скоростью вращения педалей. Результаты показали увеличение связанных с задачей связей между первичной моторной корой и задней областью таламуса мозга. Более высокая скорость вращения педалей была ключевым фактором, связанным с этими улучшениями, которые все еще были очевидны при последующем наблюдении. Результаты показывают, что принудительные упражнения на велосипеде являются эффективной и недорогой терапией БП [7].

Литература

1. Curtin, K. Increased risk of diseases of the basal ganglia and cerebellum in patients with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder / K. Curtin // *Neuropsychopharmacology*. – 2018. – Vol. 43. – P.2548-2555.
2. Le, Zhang. Attention-deficit/hyperactivity disorder and Alzheimer's disease and any dementia: A multi-generation cohort study in Swedenhang Q / Zhang, Le // *Alzheimers Dement*. – 2022. – Vol. 18. – №6. – P.1155-1163.
3. Pagoni, P. Exploring the causal effects of genetic liability to ADHD and Autism on Alzheimer's disease / P. Pagoni // *Transl. Psychiatry*. – 2022. – Vol. 12. – №1. – P.422.
4. Raichle, M. E. A default mode of brain function: a brief history of an evolving idea / M. E. Raichle, A. Z. Snyder // *Neuroimage*. – 2007. – Vol. 37. – №4. – P.1083-1090.
5. Broyd, S.J. Default-mode brain dysfunction in mental disorders: a systematic review / S.J. Broyd // *Neurosci. and Biobehav. Rev.* – 2009. – Vol. 33. – №3. – P.279-296.
6. Kennedy, D.P. The intrinsic functional organization of the brain is altered in autism / D.P. Kennedy, E. Courchesne // *Neuroimage*. – 2008. – Vol. 39. – №4. – P.1877-1885.
7. Exercise rate related to improvements in Parkinson's disease // *Peer-Reviewed Publication of Radiological society of North America* – 2012. // <https://www.eurekalert.org>.

Современные подходы к антигипертензивной терапии

Жукова Т.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Артериальная гипертензия (далее – АГ) – это состояние широко распространенное в мире. Эссенциальная артериальная гипертензия составляет 90-95% случаев АГ. В остальных случаях диагностируют вторичные, симптоматические артериальные гипертензии при которых повышение давления крови является одним из симптомов основного заболевания: почечные (нефрогенные) 3-4%, эндокринные 0,1-0,3%, гемодинамические, неврологические, обусловленные приёмом некоторых веществ.

Международное общество по артериальной гипертензии (ISH) в июне 2020 года опубликовало рекомендации по ведению АГ у взрослых старше 18 лет. В данных рекомендациях выделены различия между «оптимальной помощью» (научно-обоснованный стандарт медицинской помощи) и «основной помощью» (минимальные стандарты помощи в условиях ограниченных ресурсов).

Лечение («основной» и «оптимальный» подход)

- АГ 1й степени (140-159/90-99 мм рт. ст.).

- Коррекция образа жизни (прекращение курения, физические упражнения, снижение веса, снижение потребления соли и алкоголя, здоровое питание).

- Фармакотерапия у пациентов с высоким риском (сердечно-сосудистые заболевания, хронические заболевания почек, сахарный диабет или поражение органов-мишеней) и с постоянным высоким артериальным давлением (далее – АД) через 3-6 месяцев после периода изменения образа жизни.

- АГ 2-ой степени ($\geq 160/100$ мм рт. ст.).

- Немедленно начать фармакотерапию.

- Коррекция образа жизни.

Время начала лекарственной терапии (одномоментно с немедикаментозными вмешательствами или отсроченно) определяется уровнем клинического АД, уровнем сердечно-сосудистого риска, наличием поражения органов-мишеней или сердечно-сосудистых заболеваний. По-прежнему, безотлагательное начало медикаментозной антигипертензивной терапии рекомендуется всем пациентам с АГ 2 и 3 степени независимо от уровня сердечно-сосудистого риска (IA), при этом целевой уровень АД должен быть достигнут не позднее, чем через 3 мес.

У пациентов с АГ 1 степени следует начинать с рекомендаций изменений образа жизни с последующей оценкой их эффективности в отношении нормализации АД (IIB). Пациентам с АГ 1 степени с высоким / очень

высоким сердечно-сосудистым риском, с сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями почек или признаками поражения органов-мишеней медикаментозная антигипертензивная терапия рекомендуется одновременно с началом вмешательства по изменению образа жизни (IA [IB – в предыдущей версии Рекомендаций]). Более решительным (IA) по сравнению с Рекомендациями 2013 года (IIaB) выглядит подход к началу медикаментозной антигипертензивной терапии у пациентов с АГ 1 степени с низким-умеренным сердечно-сосудистым риском без заболеваний сердца или почек, без признаков поражения органов-мишеней при отсутствии нормализации АД через 3-6 месяцев начальной стратегии изменений образа жизни.

Новым положением является возможность лекарственной терапии у пациентов с высоким нормальным АД (130-139/85-89 мм рт. ст.) при наличии очень высокого сердечно-сосудистого риска вследствие наличия сердечно-сосудистых заболеваний, особенно ишемической болезни сердца (далее – ИБС) (IIbA). Согласно Рекомендациям 2013 года медикаментозная антигипертензивная терапия пациентам с высоким нормальным АД была не показана (IIIa).

Одним из новых концептуальных подходов в версии европейских рекомендаций 2018 года является менее консервативная тактика в отношении контроля АД у пожилых. Эксперты предлагают более низкие отрезные уровни АД для начала антигипертензивной терапии и более низкие целевые уровни АД у пожилых пациентов, подчеркивая важность оценки биологического, а не хронологического возраста пациента с учетом старческой астении, способности к самообслуживанию, переносимости терапии.

У «крепких» пожилых пациентов (fit older) (даже в возрасте >80 лет) антигипертензивная терапия и изменения образа жизни рекомендуются при уровне систолического АД (далее – САД) ≥ 160 мм рт. ст. (IA). Повышен класс рекомендаций и уровень доказательности (до IA против IIbC в 2013 году) в отношении антигипертензивной лекарственной терапии и изменений образа жизни у «крепких» пожилых пациентов (> 65 лет, но не старше 80 лет) при уровне САД в диапазоне 140-159 мм рт. ст., при условии хорошей переносимости лечения. При условии хорошей переносимости терапии лекарственную терапию можно рассмотреть и у хрупких пожилых пациентов (IIbB).

Следует иметь в виду, что достижение пациентом определенного возраста (даже 80 лет и более) не является основанием для не назначения или отмены антигипертензивной терапии (IIIa), при условии ее хорошей переносимости.

Фармакотерапия (если АД не контролируется после 3-6 месяцев изменения образа жизни): рассмотреть возможность монотерапии у пациентов с низким риском АГ 1-й степени и пожилых (>80 лет) или слабых пациентов. Предпочтителен упрощенный режим с однократным ежедневным приемом препарата и комбинациями в одной таблетке.

Для пациентов, которые не беременны или не планируют беременность:

Шаг 1: двойная комбинация низких доз препарата ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (далее – ИАПФ), или блокаторы рецепторов ангиотензина II (далее – БРА) + дигидропиридиновый (блокаторы кальциевых каналов (далее – БКК)).

Шаг 2: Увеличение двойной комбинации до полных доз.

Шаг 3 (тройная комбинация): добавление тиазидного или тиазидоподобного диуретика.

Шаг 4 (резистентная гипертензия): тройная комбинация плюс спиронолактон или амилорид, доксазозин, эплеренон, клонидин или бета-блокатор.

В рекомендациях ESC/ESH 2018 сделан акцент на важности оценки приверженности лечению как основной причины плохого контроля АД. В связи с этим предложено использование *single pill combination* (SPC) и *polypill*. SPC представляют собой фиксированную комбинацию ≥ 2 лекарственных препаратов, влияющих на определенный ФР. Например, фиксированные комбинации АГП (антигипертензивных препаратов). SPC предпочтительны для большинства пациентов. Упрощенный алгоритм медикаментозной АГТ включает SPC из ИАПФ или АРА с БКК или/и тиазидным/тиазидоподобным диуретиком в качестве основной стратегии лечения для большинства пациентов, с добавлением β -АБ (β -адреноблокаторы) при наличии специфических показаний. *Polypill* представляют собой комбинацию ≥ 2 лекарственных препаратов, влияющих на различные ФР (факторы риска). Например, комбинация АГП с дезагрегантами и статинами.

И в Европейских, и в Американских рекомендациях сделан акцент на то, что однократный прием лекарственных препаратов и прием фиксированных комбинаций имеют преимущества в связи с увеличением приверженности терапии.

В итоге, европейские рекомендации обозначают в качестве первичной цели достижение целевого уровня АД менее 140/90 мм рт. ст. у всех пациентов (IA). При условии хорошей переносимости терапии рекомендуется снижать АД до 130/80 мм рт. ст. или ниже у большинства пациентов (IA).

В качестве целевого уровня диастолического артериального давления (далее – ДАД) следует рассматривать уровень ниже 80 мм рт. ст. у всех пациентов с АГ независимо от уровня риска или коморбидных состояний (IIaB).

Эксперты признают существование убедительных доказательств пользы от снижения САД ниже 140 и даже 130 мм рт. ст. Приводятся данные крупного мета-анализа рандомизированных клинических исследований (Ettehad D, et al. Lancet. 2016; 387(10022):957-967), показавшего значимое уменьшение риска развития основных ассоциированных с АГ сердечно-сосудистых осложнений при снижении САД на каждые 10 мм рт. ст.

при исходном уровне 130-139 мм рт. ст. (то есть при достижении на лечении уровня САД менее 130 мм рт. ст.): риска ИБС на 12%, инсульта – на 27%, сердечной недостаточности – на 25%, основных сердечно-сосудистых событий – на 13%, смерти от любой причины – на 11%.

Тем не менее, европейские эксперты приводят и доводы в поддержку консервативного подхода к целевым уровням АД:

нарастающая польза от снижения АД уменьшается по мере снижения целевых уровней АД;

достижение более низких уровней АД на фоне антигипертензивной терапии ассоциируется с более высокой частотой серьезных нежелательных явлений и прекращением терапии;

в настоящее время менее 50% пациентов, получающих антигипертензивную терапию, достигают целевого уровня САД <140 мм рт. ст.;

доказательства пользы более низких целевых уровней АД менее убедительны в нескольких важных субпопуляциях пациентов с АГ: пожилых, с СД, ХБП, ИБС.

Для снижения сердечно-сосудистого риска подчеркивается роль статинов, в том числе для большего снижения риска при достижении контроля АД. Назначение антитромбоцитарной терапии показано для вторичной профилактики и не рекомендуется с целью первичной профилактики пациентам без сердечно-сосудистых заболеваний.

Инфаркт головного мозга у детей (клинический случай)

Загорская Т.В., Филиппович А.Н.

УЗ «Минская областная детская клиническая больница»,

а.г. Лесной, Республика Беларусь

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Инфаркт головного мозга встречается не только у взрослых, но и у детей, частота его развития у детей от 0,2 до 79 случаев на 100 тысяч детей в зависимости от территории и времени регистрации и составляет от 55 до 70% от общего числа всех типов инсультов [1-3]. Полового различия нет, однако многие специалисты отмечают, что среди детей до 3 лет немного чаще страдают мальчики, среди школьников и подростков – девочки [4].

Основными причинами инфаркта головного мозга у детей являются болезни сердца – врожденные пороки сердца, болезни системы крови и коагулопатии, цереброваскулярные мальформации, болезнь Мойя-Мойя, васкулиты, васкулопатии наследственные и приобретенные, гомоцистеинурия, сдавление позвоночной артерии, аутоимунные заболевания. В 1998 году

впервые описана фокальная церебральная артериопатия, которая в настоящее время является одной из самых частых причин инфаркта мозга у детей.

Фокальная транзиторная церебральная артериопатия – это приобретенная артериопатия (вследствие перенесенной острой кишечной инфекции, стрептококковой инфекции), поражение области соединения дистального участка внутренней сонной артерии, а также проксимальных отделов средней и передней мозговых артерий, ассоциируется с инсультом в области базальных ядер головного мозга.

Одной из основных причин инфаркта головного мозга у детей является травма головы.

9-23% случаев инфаркта мозга у детей являются криптогенными.

Даже незначительное падение с дивана на ковер спровоцировало развитие инфаркта головного мозга у ребенка. На базе Минской областной детской клинической больницы проходила лечение девочка 1 года с диагнозом: Инфаркт мозга в бассейне левой средней мозговой артерии (базальные ядра) вероятно, вследствие малой травмы головы, с выраженным правосторонним гемипарезом, нижним прозопарезом, острый период.

Сопутствующие заболевания: анемия легкой степени смешанного генеза. Острая респираторная инфекция, ринофарингит. Малая аномалия развития сердца: функционирующее овальное окно, дополнительная хорда левого желудочка, недостаточность кровообращения 0 степени.

При поступлении в отделение реанимации состояние ребенка тяжелое. Отмечалась слабость в правых конечностях, правая рука падала, опора на правую ногу почти отсутствовала.

Девочке была выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга. В базальных ядрах левой гемисферы (скорлупа, заднее бедро внутренней капсулы, частично головка и тело хвостатого ядра) определяется участок цитотоксического отека без метаболитов крови размерами 20x18x23 мм.

Незавершенная миелинизация в субкортикальном и перивентрикулярном белом веществе больших полушарий мозга.

Желудочки и субарахноидальные пространства не расширены, не деформированы.

Передние рога боковых желудочков на уровне отверстия Монро 5 мм; ширина третьего желудочка 3 мм; ширина четвертого желудочка 12 мм.

Срединные структуры смещены вправо на 3 мм.

Окклюзии ликворопроводящих путей нет.

Структуры лицевого черепа: отек слизистых оболочек ячеек решетчатой кости и гайморовых пазух с обеих сторон, увеличены глоточные миндалины.

Структуры основания черепа: гипофиз расположен интраселлярно, размерами 7x3x9 мм, ножка не смещена, задняя доля отдифференцирована, структура однородная.

Структуры задней черепной ямки: снижена пневматизация пирамид (среднее ухо) и сосцевидных отростков с обеих сторон, за счет небольшого отека слизистых оболочек.

Магнитно-резонансная-ангиография (ТОF): без признаков тромбоза артериальных магистральных сосудов основания мозга и их визуализируемых ветвей. Определяется задняя трифуркация левой внутренней сонной артерии, девиация базилярной артерии и V4 сегментов обеих позвоночных артерий; формирование поперечного синуса слева из верхнего сагиттального и прямого синуса, а поперечного синуса слева из верхнего сагиттального синуса.

Заключение: Острая ишемия в базальных ядрах левого полушария мозга без признаков тромбоза артериальных магистральных сосудов основания мозга.

Отек слизистых оболочек придаточных пазух носа.

Ребенку выполнялась коагулограмма, анализы крови, мочи, биохимический анализ крови, проводились обследования крови на аутоиммунные заболевания, врожденные тромбофилические мутации, определялось содержание гомоцистеина в крови.

Маркеры аутоиммунных заболеваний: ANA – отр., a/b2-glycoprotein IgM – отр, a/cardiolipin IgM – отр, a/cardiolipin IgG – отр.

Врожденные тромбофилические мутации, FV Leiden – отр., FII G 20210A – отр.

Ребенок осматривался гематологом: в объеме выполненных исследований гематологической причины ишемического инфаркта не выявлено.

Выполнено ультразвуковое исследование сердца: функционирующее овальное окно с лево-правым шунтом. Размеры камер и стенок сердца в норме. Клапанный аппарат сердца без структурных изменений. Регургитация 0-1 степени на трикуспидальном клапане, клапане легочной артерии. Подвижная сеть Киари полости правого предсердия. Фальш-хорда в полости левого желудочка. Свободной жидкости в полости перикарда нет. Сократительная функция миокарда левого желудочка удовлетворительная.

Ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей – вены обеих нижних конечностей нормальной анатомии, проходимы, диаметры в пределах возрастной нормы, внутрисосудистых новообразований не выявлено, компрессия датчиком полная, показатели скоростей кровотока в пределах нормы.

Ребенок консультирован кардиохирургом ГУ «РНПЦ детской хирургии»: Закрытие имеющегося функционирующего окна может быть показано, если будет установлена его связь с развитием инфаркта головного мозга. Это возможно лишь при наличии право-левого шунта на уровне открытого овального окна (парадоксальная эмболия), а также субстрата эмболии (у взрослых пациентов это тромбы в варикозно расширенных венах нижних конечностей). Учитывая отсутствие показаний для хирургического закрытия

функционирующего овального окна в настоящее время последнее не показано.

Девочка получала в лечении ноотропные, сосудистые препараты, антиоксиданты: цералин, эмоксипин, цитофлавин, винпоцетин, а так же в течение 1 месяца антикоагулянт прямого действия – фракмин под контролем анти-Ха, который в связи исключением наследственных тромбофилий был отменен. В связи с анемией получала железосодержащий препарат – феррум ФТ, а также фолиевую кислоту. Рано были начаты лечебная физкультура и массаж.

В результате проведенного лечения через 1 месяц практически полностью восстановилась сила в правых конечностях, девочка стала брать игрушки руками, включать свет, а через 3 недели стала самостоятельно ходить.

Через 1,5 месяца она прошла повторный курс реабилитации на базе неврологического отделения: медикаментозное лечение нейропротекторами, иглорефлексотерапию, электростимуляции, парафиновые, озокеритовые аппликации на правые конечности, лечебную физкультуру, массаж.

В итоге правосторонний гемипарез, нижний прозопарез регрессировали. Девочка находится на диспансерном учете у невролога по месту жительства, при необходимости показана консультация гематолога, контроль магнитно-резонансной томографии головного мозга.

Литература

1. Володин, Н.Н. Компьютерная и магнитно-резонансная томография в диагностике острого нарушения мозгового кровообращения у детей. Методические рекомендации / Н.Н. Володин. – 2019.
2. Немкова, С.А. Современные принципы комплексной реабилитации детей с последствиями инсульта / С.А. Немкова, Н.Н. Заваденко, О.А. Маслова, Г.А. Каркашадзе и др. // Педиатрическая фармакология. – 2015.
3. Хачатуров, Ю.А. Инсульт у детей и подростков: актуальные проблемы догоспитальной диагностики / Ю.А. Хачатуров, И.О. Щедеркина, Н.Ф. Плавунцов, А.М. Сидоров // Архив внутренней медицины. – 2010.
4. Шнайдер, Н.А. Детский инсульт / Н.А. Шнайдер // Практическая ангиология. – 2007.

Особенности агрессивного поведения у детей с аутизмом дошкольного возраста с позиции международных подходов

Захаревич О.Ю., Мартыненко А.И.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Аутизм относится к числу наиболее тяжелых и социально значимых психических расстройств детского возраста.

Основными проявлениями возникновения агрессивного поведения у детей с аутизмом дошкольного возраста являются нарушения навыков общения, ограниченность интересов и стереотипное поведение, необычные стереотипные движения, нарушение эмоционального контакта, вспышки агрессии, нарушения зрительного порога восприятия, трудности в распознавании эмоций окружающих и выражении собственного эмоционального состояния, задержке речевого развития [1].

Агрессивное поведение встречается у большинства детей с аутизмом в дошкольном возрасте и обусловлено рядом нарушений психических функций, ограничений активности и участия, которые могут быть комплексно описаны с позиции Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ), поскольку связано с внешними факторами окружающей среды, которые влияют на поведение и эмоциональное состояние ребенка с аутизмом в дошкольном возрасте [2].

Дошкольник с аутизмом периодически проявляет самоагрессию: начинает плакать, бить себя, кусать себе руки, швыряет предметы, портит игрушки, эпизодически грубо обращается с животными, проявляет активные агрессивные реакции протеста, неуступчивость и повышенное упрямство [3]. Самоагрессия снижается в комфортных условиях, если требования взрослого не превышают возможностей ребенка [4].

Нами проводится исследование в рамках Гранта Президента Республики Беларусь в сфере здравоохранения по теме «Разработать и внедрить метод психокоррекции агрессивного поведения у детей с аутизмом».

С учетом вышеизложенного приведем пример, ребенок Никита К., 3 года 5 месяцев, выставлен диагноз: F 84.0, родители предъявляют жалобы на плаксивость, крики, часто бьет маму по рукам.

Родители планируют отправить ребенка в детский сад, однако они испытывают страх, тревогу, не знают как себя вести в такой ситуации, каким образом объяснить своему ребенку, что он будет ходить в детский сад, где будут незнакомые люди (воспитатели, дети и др).

Родители понимают, что ребенку будут предъявлять определенные требования. Стоит отметить, что сами родители не понимают ребенка, его эмоциональное состояние, почему он ведет себя агрессивно («Он был как все дети, но в один момент все изменилось – стал агрессивным, плаксивым, истеричным»).

По результатам проведенного исследования с использованием МКФ составлен индивидуальный профиль формирования агрессивного поведения у Никиты с позиции МКФ, который достоверно установил ($r=0,54$, $p<0,001$) взаимосвязь агрессивного поведения со следующими нарушениями:

– умеренные нарушения в получении информации (d132.2),

- легкие нарушения в преодолении стресса и др. психологических нагрузок (d2401.1),
- умеренные нарушения в контроле собственного поведения (d250.2),
- умеренные нарушения в базисных межличностных взаимодействиях (d710.2),
- тяжелые нарушения в сложных межличностных взаимодействиях (d720.3),
- влияние факторов окружающей среды: поддержка семьи и ближайших родственников является умеренным барьером (e310.2).

А также в рисунке отражены рекомендации по психокоррекции имеющих нарушения (рисунок).

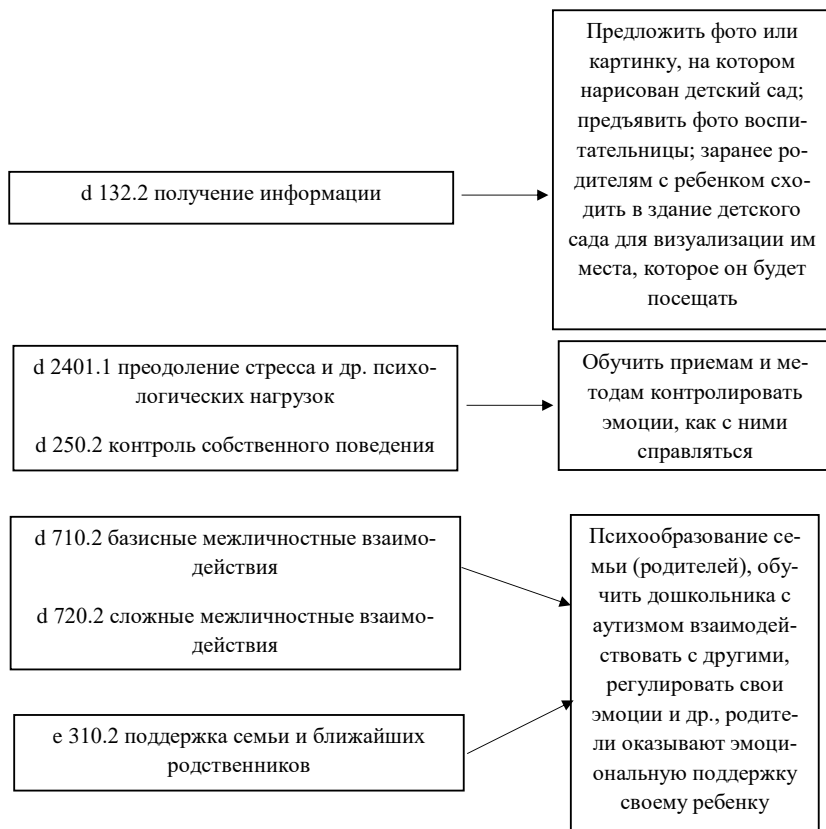


Рисунок – Индивидуальный профиль формирования агрессивного поведения у Никиты с позиции МКФ

Анализ индивидуального профиля формирования агрессивного поведения у Никиты с позиции МКФ выявил умеренные нарушения в получении информации (d 132.2) показывают трудности в получении информации, фактов о людях, вещах, событиях.

В данном случае ребенок с аутизмом не знает, не понимает, куда предстоит ему ходить, с какими людьми коммуницировать, что будет вызывать защитную агрессивную реакцию протеста, самоагрессию. Здесь можно предложить ребенку с аутизмом фото или картинку, изображающую здание детского сада, улицу, фото воспитательницы, детей (если есть возможность). Это снизит его агрессивное поведение.

Анализ индивидуального профиля формирования агрессивного поведения у Никиты с позиции МКФ выявил легкие нарушения в преодолении стресса и др. психологических нагрузок (d2401.1) и умеренные нарушения в контроле собственного поведения (d250.2) демонстрирует снижению контроля психологических нагрузок при выполнении задачи, а именно предстоящее посещение детского сада, преодолеть стресс, вызванный новой обстановкой и новыми людьми (как известно, дети с аутизмом испытывают страх перед новыми объектами), а также агрессивные реакции при появлении новых лиц и невозможности использовать правила поведения в детском саду.

Ребенка с аутизмом дошкольного возраста следует обучить приемам контролировать эмоции, как с ними справляться. Например, постепенно знакомить ребенка с аутизмом дошкольного возраста с другими детьми. Для успешного проведения таких мероприятий и снижения вероятности аффективных вспышек, желателно начинать знакомство с эмоционально позитивно окрашенных событий (детские праздники, походы в зоопарк, просмотр мультфильмов) при отсутствии активного сопротивления ребенка с аутизмом.

Анализ индивидуального профиля формирования агрессивного поведения у Никиты с позиции МКФ выявил умеренные нарушения в базисных межличностных взаимодействиях (d710.2), тяжелые нарушения в сложных межличностных взаимодействиях (d720.3) являются наиболее сложным и длительным этапом в психокоррекции.

В дошкольном возрасте ребенок с аутизмом испытывает значительные трудности во взаимодействии с людьми в соответствии с ситуацией в социально приемлемой форме, часто используют неуместное поведение, особенности физических контактов со взрослыми и детьми. У ребенка с аутизмом дошкольного возраста имеются тяжелые нарушения в контроле эмоций и импульсивных порывов, вербальной и физической агрессии. В данном случае стоит начинать с обучения простым навыкам бытового поведения. Важно организовывать совместное активное изучение привычных предметов быта, любимых игрушек, подключая сюжетную игру в виде игры в детский сад. Необходима постоянная работа, обеспечивающая развитие у ребенка навыка ориентироваться в окружающей его среде. Использовать игры на формирование социальных интересов, которые будут способствовать преодолению аути-

стической изоляции, снижению уровня агрессии, такие игры позволят включить ребенка с аутизмом дошкольного возраста в процесс дальнейшего школьного обучения.

По результатам анализа индивидуального профиля формирования агрессивного поведения у Никиты с позиции МКФ отмечается, что поддержка семьи и ближайших родственников является умеренным барьером (e310.2), родители не понимают и не принимают диагноз, который был выставлен относительно недавно, они не понимают, почему их ребенок ведет себя агрессивно, проявляет протест, проявляет аутоагрессию. Родители Никиты испытывают сильный страх перед будущим. В психокоррекционной работе важно проводить психообразование родителей.

Таким образом, индивидуальный профиль формирования агрессивного поведения у Никиты с позиции МКФ отражает основные нарушенные функции активности и участия, влияние факторов окружающей среды, которые служат «фундаментом» для индивидуальной работы психолога с этим ребенком с целью его адаптации к детскому саду, установления положительного отношения к ребенку, и позитивных взаимоотношений в семье.

Следовательно, инструмент МКФ позволяет детально изучить, определить нарушения функций с учетом степени нарушений для дальнейшего определения тактики психокоррекционных вмешательств.

Литература

1. Никольская, О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф. – 2010. – 288 с.
2. Детский аутизм / InMinds журнал о психологии, 2023 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http:// www.inminds.ru/fmad-650.htm](http://www.inminds.ru/fmad-650.htm). – Дата доступа: 04.05.2023.
3. Семаго, Н.Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – СПб.: Речь, 2005. – 384 с.
4. Сандберг, М.Л. Оценка вех развития вербального поведения и построение индивидуального плана вмешательства VB-MAPP / М.Л. Сандберг. – Руководство, 2008. – 276 с.

Аномалии развития краниовертебральной области: динамика клинических и нейрофизиологических показателей в оценке функций спинного мозга

Ильясевич И.А., Дулуб О.И., Сошникова Е.В., Разуванов А.И.

РНПЦ травматологии и ортопедии, г. Минск, Республика Беларусь
РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

При аномалиях развития краниовертебрального перехода изменения неврологического статуса обусловлены сдавлением или раздражением ствола мозга и мозжечка на уровне большого затылочного отверстия и присоеди-

нившимися ликвородинамическими нарушениями. Детальное обследование с использованием магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ) мозга, компьютерной рентгеновской томографии краниоспинального перехода позволяют установить особенности поражения, выявить наличие сопутствующей сирингогидромиелии [1]. Высокий уровень локализации очага поражения спинного мозга (далее – СМ) является показанием для использования электрофизиологической диагностики в качественной и количественной верификации характера и степени поражения центральной нервной системы (далее – ЦНС). Актуальность проблемы обусловлена и тем, что сведения литературы, касающиеся оценки функций СМ при различных вариантах аномалий краниовертебральной области, содержат данные единичных наблюдений [2].

Цель. Дать оценку взаимоотношений клинических симптомов и нейрофизиологических критериев СМ в восстановительном периоде пациентов с аномалиями краниовертебрального перехода.

Материал и методы исследования. Выполнен анализ результатов трехлетнего наблюдения (клинического, нейровизуализирующего – МРТ, нейрофизиологического), проведенного у 59 пациентов с аномалиями краниовертебральной области. Из них у 30 (I группа) диагностирована аномалия Арнольда-Киари I или II типа, сочетавшаяся с сирингогидромиелией; у 12 (II группа) – аномалия Арнольда-Киари I или II типа без сирингогидромиелии и у 17 (III группа) – врожденные аномалии краниовертебрального перехода с развитием краниостеноза. Возраст пациентов варьировал от 21 до 66 лет. Контроль – 20 здоровых лиц.

Всем пациентам выполнено хирургическое вмешательство с целью устранения компрессии структур мозга и ликвородинамических нарушений. Алгоритм предоперационного и послеоперационного мониторинга клинического состояния пациентов включал:

- данные клинического осмотра с акцентом на выявление неврологических проявлений поражения;

- визуализирующую оценку поражения структур ЦНС – МРТ головного мозга, МРТ всех отделов позвоночника и СМ (total spine), оценку ликвородинамики с использованием flow программ МРТ, КТ – ангиографию сосудов кранио-вертебрального перехода, при наличии врожденных аномалий строения задней черепной ямки и верхнешейного отдела позвоночника – КТ данной зоны с выполнением краниометрии;

- комплексную ЭНМГ – диагностику нервных трактов ЦНС.

Нейрофизиологическое исследование проводили с применением методов: транскраниальной (далее – ТМС) и сегментарной/или корешковой (далее – КМС) магнитной стимуляции с синхронной регистрацией моторных ответов (МО) mm. thenar; регистрации соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП) при электрической стимуляции n. medianus; вызван-

ных потенциалов blink-reflex. Рассчитывали индекс времени центрального моторного проведения (ВЦМП, мс) импульса и индекс времени центрального афферентного проведения импульса (ССТ – central conductive time, мс), оценивающих функции сенсорной и моторной проводимости на участке кортико-цервикальных нервных путей.

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде все пациенты отметили исчезновение или уменьшение выраженности сенсорных расстройств. В сроки 6, 12 и 24 месяцев после операции выполнен анализ динамики неврологической симптоматики пациентов трех клинических групп, изменений ликвородинамики, выраженности сирингогидромиелического поражения, сирингобульбии (МРТ) и сохранения работоспособности шунтирующих систем (МРТ, КТ).

Реабилитационные мероприятия в указанные сроки включали кинезотерапию, физиотерапевтические мероприятия локальной направленности или общего воздействия, подобранный курс медикаментозной терапии. Индивидуальный выбор лечебных мероприятий, проводившийся на постоянной основе и курсами (до 2-3 раз в год) позволил в большинстве наблюдений стабилизировать картину сенсомоторных нарушений, значительно уменьшить или вовсе устранить наличие бульбарных, глазодвигательных и мозжечковых расстройств с прогрессирующим улучшением качества жизни пациентов.

В сроки до 6 месяцев увеличение силы в конечностях, исчезновение бульбарных расстройств и мозжечковой симптоматики имело прогрессивное течение. В случаях наличия легких парезов, у 12 пациентов отмечено полное восстановление силы в конечностях. У остальных пациентов наблюдалось увеличение силы в конечностях на 1-1,5 балла. По результатам клинического обследования через 6, 12 и 24 месяца с момента выполнения хирургической коррекции мальформации Арнольда-Киари, врожденных аномалий краниовертебрального отдела в неврологическом статусе выделены следующие типы:

- полный регресс неврологических расстройств, отсутствие двигательных нарушений и стволо-мозжечковых патологических проявлений;
- частичный регресс двигательных расстройств, стволо-мозжечковых патологических проявлений;
- интермиттирующий характер восстановления утраченных функций, коррелирующих с данными ЭНМГ обследования, что свидетельствовало о неоднозначности восстановительных процессов в ЦНС и/или необходимости выполнения ревизионных хирургических вмешательств.

Особенности восстановления нервно-мышечных функций по группам пациентов на этапах реабилитации представлены на диаграммах (рисунк).

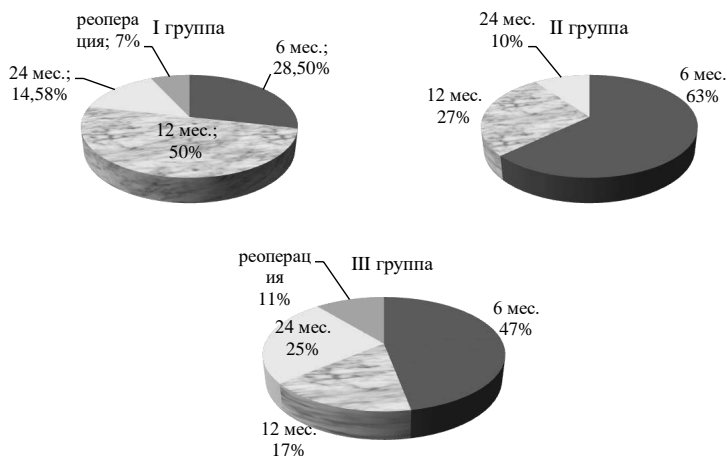


Рисунок – Результаты медицинской реабилитации у пациентов трех клинических групп с аномалиями развития краниовертебральной области по данным неврологического статуса

Наиболее неоднородными клиническими исходами на этапах реабилитации характеризовались I и III группы пациентов. Причинами, вызвавшими необходимость продолжения реабилитационных мероприятий в сроки более 6 месяцев, послужили следующие критерии: сохранение грубого или умеренного моторного дефицита; наличие сенсомоторных расстройств в сочетании с сохраняющимися стволо-мозжечковыми расстройствами; волнообразное течение восстановительного процесса в послеоперационном периоде на протяжении 12 месяцев; ухудшение отдельных электрофизиологических параметров. Проведенные реабилитационные мероприятия позволили не только стабилизировать достигнутый положительный неврологический результат, но и в различной степени обеспечить улучшение клинического исхода. У 2-х пациентов I-ой группы, потребовались повторные оперативные вмешательства, обусловленные нарастанием неврологического дефицита. Еще у 2 пациентов отмечено исчезновение первичного положительного клинического результата и нарастание выраженности сенсомоторных нарушений в конечностях и мозжечковой симптоматики.

Вторая группа с аномалиями Арнольда-Киари без развития сирингомиелии характеризовалась сохранением тенденции к полноценному регрессу стволо-мозжечковых расстройств, пирамидной симптоматики, сенсомоторного дефицита, которое было отмечено у 63% пациентов в сро-

ки до 6 месяцев. Ни в одном из наблюдений не потребовалось выполнения дополнительных хирургических вмешательств.

Третья группа пациентов с доминированием симптоматики краниовертебрального стеноза имела наиболее выраженные неврологические расстройства, обусловленные наличием вертебро-базиллярной импрессии, платибазии, сочетанных нарушений ликвородинамики. С учетом стабилизации процесса, хирургическое лечение и индивидуальная программа реабилитации через 12 и 24 месяцев показали себя достаточно эффективно. Повторно оперированы 2 пациента.

Сравнительная оценка данных клинического и нейрофизиологического исследований на этапах реабилитации пациентов с аномалией краниовертебрального перехода показала положительную корреляцию неврологических симптомов и электрофизиологических критериев. Регресс неврологической симптоматики коррелировал с такими позитивными изменениями электрофизиологического паттерна как: увеличение амплитуды ССВП, МО и компонента R2 blink-reflex в сочетании с синхронным уменьшением латентного периода потенциалов, нормализация индексов ВЦМП и ССТ. При этом положительная динамика электрофизиологической картины опережала клинические признаки восстановлений функций.

По степени изменения электрофизиологических параметров по сравнению с исходными данными (до операции и в различные сроки после реабилитации) определяли реабилитационный потенциал пациентов. При этом ни у одного из обследованных не наблюдалось одного и того же варианта количественного изменения всех анализируемых параметров. Эти особенности свидетельствовали о базовом различии физиологических резервов нервной системы у конкретных пациентов. В то же время они коррелировали с саногенетическими механизмами функционального восстановления, обусловленного клиническими особенностями патологии в разных группах пациентов [3]. Полученные данные являлись обоснованием для разработки дифференцированного подхода к проведению реабилитации у пациентов с аномалиями краниовертебрального перехода.

Наиболее высокому уровню восстановления функций мозга с достижением полного регресса или достаточной компенсации соответствовал и самый высокий реабилитационный потенциал. Он характеризовался увеличением амплитуды МО на 45-50% в сочетании с восстановлением ВЦМП и ССТ на 20%.

Наличие сирингомиелии при аномалиях Киари потребовало у большей части пациентов I группы более длительных сроков лечения и сопровождалось частичной нормализацией электрофизиологического паттерна, сохраняющегося в последующие сроки. Состоянию функциональной стабилизации соответствовал уровень среднего реабилитационного потенциала. Его критериями являлись признаки: увеличение амплитуды

МО на 30-50% в сочетании с восстановлением индексов ВЦМП и ССТ в пределах 10% и нормализацией R2 компонента.

Существенный сенсомоторный дефицит СМ при хорошем клиническом исходе определял сохранение особенностей предоперационного электрофизиологического фона у меньшей части пациентов I-ой и III-ей групп. Степень восстановления СМ в этих случаях оценивалась низким реабилитационным потенциалом, которому соответствовала динамика относительного увеличения амплитуды МО на 10-20% с сохранением признаков остаточной сенсорной недостаточности шейных сегментов СМ и снижением рефлекторной возбудимости надсегментарных структур (по данным компонента R2).

По данным диагностики, проведенной у пациентов с аномалиями краниовертебрального перехода через 24 месяца после операции и восстановительного лечения, позитивная или стабильная электрофизиологическая динамика выявлена у 98% пациентов.

Литература

1. Можаяев, С.В. Клинические и томографические проявления аномалии Киари и сирингомиелии / С.В. Можаяев, А.А. Скоромец, О.В. Щелкова // Российский нейрохирургический журнал им. проф. А.Л. Поленова. – 2015. – Т. VII. – №3. – С.16-21.

2. Третьякова, А.И. Нейрофизиологическая оценка функций спинальных и нижнестебельных структур у больных при мальформации Киари в динамике хирургического лечения / А.И. Третьякова [и др.] // Украинский нейрохирургический журнал. – 2011. – №1. – С.30-37.

3. Загустина, Н.А. Технология формирования индивидуальных программ нейрореабилитации / Н.А. Загустина, Ф.М. Соколова, Н.Е. Иванова, С.В. Гурин // Сб. материалов XIX всероссийской н-практ. конф. «Поленовские чтения» // Российский нейрохирургический ж. Специальный выпуск. – Т. XII. – СПб., 2020. – С.123-124.

Изделия и технологии, направленные на компенсацию физиологической недостаточности и ограничения способности к самообслуживанию у детей

Казакевич Д.С., Дорошенко И.Т., Алферова А.И., Голикова К.В.,
Захарова Н.А., Голикова В.В.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Важную роль в социальной реабилитации детей-инвалидов играют технические средства социальной реабилитации (далее – ТССР), которые могут частично или полностью компенсировать или устранить имеющиеся

ограничения жизнедеятельности, и, тем самым, повысить качество жизни ребенка-инвалида [1]. Обеспечение детей с инвалидностью ТССР является одним из важных направлений комплексной реабилитации, поскольку они способствуют повышению возможности вести самостоятельный образ жизни, сохранять максимально возможный уровень мобильности и бытовой активности, а также доступа к информации и образованию.

Значимость использования ТССР для детей-инвалидов подчеркивается, в том числе, в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (далее – МКФ) в разделе «Факторы окружающей среды». МКФ как классификация, базирующаяся на биопсихосоциальной модели инвалидности, при описании состояния здоровья ребенка обязательно учитывает факторы контекста (факторы, которые в своей совокупности отражают полную обстановку жизни ребенка). Факторы окружающей среды, являющиеся составной частью факторов контекста, позволяют врачу-реабилитологу и иным специалистам в полной мере оценить условия жизнедеятельности ребенка. Данные факторы, следовательно, могут оказывать как позитивное (являться облегчающими), так и негативное (являться барьерами) влияние на функционирование ребенка во внешнем мире. С позиции МКФ ТССР классифицируются следующим образом: e115 изделия и технологии для личного повседневного использования; e120 изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений; e125 средства и технологии коммуникации; e130 изделия и технологии для обучения; e135 изделия и технологии для труда и занятости; e140 изделия и технологии для культурного досуга, отдыха и спорта; e145 изделия и технологии для религиозной и духовной практики.

Возможность компенсации ограничений жизнедеятельности при помощи лекарственных средств и (или) ТССР входит в параметры оценки всех категорий жизнедеятельности, в том числе и способности к самообслуживанию [2].

Способность к самообслуживанию у детей – это способность самостоятельно справляться с основными физиологическими потребностями, выполнять повседневную бытовую деятельность и сохранять навыки личной гигиены, обеспечивающая эффективное независимое (в соответствии с возрастными особенностями) существование в окружающей среде [3]. Разные виды нарушений функций органов и систем детского организма (статодинамическая функция, манипулятивная функция кисти, сенсорные функции и др.) приводят к ограничению способности к самообслуживанию в детском возрасте и обуславливают нуждаемость в различных ТССР.

Необходимо учитывать, что степень сформированности навыков самообслуживания у здоровых детей не может быть идентичной взрослым. Любой ребенок не может самостоятельно обеспечить свое независимое существование в окружающей среде. Родитель или лицо, осуществляющее

уход, оказывает содействие ребенку в осуществлении личной гигиены, приеме пищи и питья, реализации бытовой активности, поддержке его здоровья и физического комфорта. Зависимость ребенка от взрослого – это его нормальное состояние или «физиологическая недостаточность» [2]. При этом существует множество вспомогательных изделий, предназначенных для компенсации указанной недостаточности у детей.

Цель исследования. Выделить изделия и технологии, направленные на частичную или полную компенсацию физиологической недостаточности и ограничения способности к самообслуживанию у детей.

Объект исследования. 30 детей-инвалидов в возрасте от 5 до 18 лет, имеющих ограничение способности к самообслуживанию; 173 ребенка, не имеющих ограничения способности к самообслуживанию и категории «ребенок-инвалид», в возрасте от 0 до 18 лет.

Всем детям были проведена оценка навыков самообслуживания по следующим шкалам: «Оценка сформированности навыков самообслуживания по шкале Бартел», «Оценка сформированности навыков самообслуживания по шкале Переверзевой М.В.», «Дневная активность ребенка по Pediatric Evaluation of Disability Inventory a computer adaptive test (PEDI-CAT), а также оценка функционирования с позиции МКФ по категориям и кодам доменов раздела «Активность и участие» (d4 – мобильность, d5 – самообслуживание, d6 – бытовая жизнь), раздела «Факторы окружающей среды» (e1 – продукция и технологии).

Результаты и обсуждение. В ходе исследования был проведен последовательный анализ формирования различных навыков самообслуживания у детей, не имеющих ограничения способности к самообслуживанию. Было установлено, что за первый год жизни у здоровых детей развиваются навыки мытья ($U=11,5$, $p=0,030$) и одевания ($U=0,0$, $p=0,002$), прогрессирование навыков повседневного быта ($U=1,0$, $p=0,004$) и приема пищи ($U=4,5$, $p=0,009$) происходит за период в 2 года жизни. За третий год жизни, в основном, формируются навыки одевания ($U=39,0$, $p=0,005$) и приема пищи ($U=48,0$, $p=0,017$). С 3-х летнего возраста у детей для значимого прогрессирования навыков самообслуживания (перехода навыка на новый уровень) требуется минимум два года жизни: повседневный быт ($U=27,0$, $p=0,002$), мытье ($U=36,0$, $p=0,009$), одевание ($U=36,0$, $p=0,009$), прием пищи ($U=41,0$, $p=0,018$), а с возраста 5-ти лет – три года жизни: повседневный быт ($U=27,5$, $p=0,004$), мытье ($U=26,0$, $p=0,003$), одевание ($U=36,5$, $p=0,018$), прием пищи ($U=40,5$, $p=0,031$). При достижении ребенком 8-летнего возраста необходимо три года для значимого совершенствования навыков мытья ($U=8,5$, $p=0,007$) и одевания ($U=65,0$, $p=0,004$), четыре года – повседневного быта ($U=8,5$, $p=0,016$), пять лет – приема пищи ($U=50,0$, $p=0,013$). В дальнейшем навыки самообслуживания значимо различаются только у 12-летних и 17-летних детей: повседневный быт

($U=22,0$, $p=0,014$), мытье ($U=22,0$, $p=0,014$), одевание ($U=24,0$, $p=0,020$), прием пищи ($U=22,0$, $p=0,014$).

Была проведена оценка кодов и категорий домена «Активность и участие» с позиции МКФ с целью определения удельного веса случаев затруднений при выполнении активности и вовлечении в участие у 30 детей-инвалидов. Данный анализ установил, что у 70,0% (ДИ: 52,1-83,3) пациентов исследуемой группы отмечались затруднения в реализации заботы о своем здоровье; в 63,3% (ДИ: 45,5-78,1) случаев были сложности в осуществлении заботы о собственной безопасности; в 40,0% (ДИ: 24,6-57,7) случаев у пациентов отмечались проблемы в использовании точных движений кисти, в использовании кистей и рук, а также в возможности поднятия и переноса объектов и др. Осуществлялась оценка влияния факторов окружающей среды на установленные затруднения с учетом нуждаемости детей-инвалидов в различных ТССР. Среди 30 детей-инвалидов в ТССР нуждались 22 (73,3%, 95ДИ: 55,6-85,8) ребенка.

С учетом полученных данных методом экспертных оценок были выделены различные изделия и технологии, направленные на частичную или полную компенсацию физиологической недостаточности и ограничения способности к самообслуживанию у детей (таблица).

Таблица – Перечень изделий и технологий, направленных на компенсацию ограничения способности к самообслуживанию у детей

Код или категория домена МКФ	Перечень изделий и технологий, направленных на компенсацию физиологической недостаточности способности к самообслуживанию у детей	Перечень изделий и технологий, направленных на компенсацию ограничения способности к самообслуживанию у детей-инвалидов
1	2	3
d510 Мытье	Круг на шею, матрас для купания Горка для купания Ванночка Сиденье для купания Коврик для ванны противоскользящий Защитный козырек для мытья волос Ступеньки к ванне	Протез верхних конечностей (для купания) Поручни для ванной и душевой Сиденье для ванны Приспособление для купания детей Ступеньки к ванне
d520 Уход за частями тела	Зубная щетка с таймером (световым, звуковым) Электрическая зубная щетка	Протез верхних конечностей (основной)

Продолжение таблицы

Код или категория домена МКФ	Перечень изделий и технологий, направленных на компенсацию физиологической недостаточности способности к самообслуживанию у детей	Перечень изделий и технологий, направленных на компенсацию ограничения способности к самообслуживанию у детей-инвалидов
1	2	3
d530 Гигиенические мероприятия при физиологических отправлениях	Памперсы одноразовые, трусики для приучения к горшку Горшок Детский писсуар Сиденье, накладка на унитаз Подставка для ног	Кресло-коляска комнатная, в том числе с судном или откидной спинкой, для подростков и детей Кресло функциональное с судном Поручни для туалета Приставка к унитазу Приспособление для туалета для детей Стомийное оснащение (моче-, калоприемник) Катетеры для самокатеризации Урологические прокладки Подгузники Впитывающие простыни
d540 Одевание	-	Протез верхних конечностей (основной) Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов
d550 Прием пищи	Посуда из небьющегося материала Нагрудник Миски, тарелки на присосках Кружки, чашки с антискользящим дном Столовые приборы (вилки, ложки) из безопасного материала Ниблер для прикорма Стульчик для кормления Термоложки (с термочувствительным наконечником)	Столик специальный для установки на инвалидную коляску Столик прикроватный; Протез верхних конечностей (основной) Зубные протезы Зонды для энтерального питания

Продолжение таблицы

Код или категория домена МКФ	Перечень изделий и технологий, направленных на компенсацию физиологической недостаточности способности к самообслуживанию у детей	Перечень изделий и технологий, направленных на компенсацию ограничения способности к самообслуживанию у детей-инвалидов
1	2	3
d5601 Сосание груди	Пустышка Накладка на грудь для кормления Дополнительная система кормления	Накладки на грудь (мамы), обеспечивающие нормальную форму соска (для кормления детей с расщелиной губы и/или неба)
d5602 Питание из бутылочки	Бутылочка для кормления (в т.ч. с ручками) Соски для бутылочки с потоком для каши	Бутылочка для детей с расщелиной губы и/или неба Соска для детей с расщелинами губы и неба
d5608 Питье, другое уточненное	Поильник-непроливайка Поильник с ручками Трубочки (соломки) для напитков	Протез верхних конечностей (основной) Зонды для энтерального питания Поильник для детей с расщелиной губы и/или неба
d571 Забота о собственной безопасности	Заглушка в розетку Блокираторы для дверей, шкафов, окон Радио-, видео-няня Умные детские часы (смарт-часы)	Шприц инсулиновый одноразового пользования трехкомпонентный (1 мл) или игла одноразовая для шприц-ручки; Тест-полоски для определения сахара в крови Датчик-глюкосенсор Глюкометр, глюкометр с речевым сопровождением функций Тонометр с речевым сопровождением функций Термометр с речевым сопровождением функций

Продолжение таблицы

Код или категория домена МКФ	Перечень изделий и технологий, направленных на компенсацию физиологической недостаточности способности к самообслуживанию у детей	Перечень изделий и технологий, направленных на компенсацию ограничения способности к самообслуживанию у детей-инвалидов
1	2	3
d630 Приготовление пищи	Деревянный нож Детский стул «Башня помощника» (стул-лестенка)	Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления Контактные линзы Очки Протез верхних конечностей (основной)

Заключение. Таким образом, в ходе исследования были выделены различные изделия и технологии, направленные на частичную или полную компенсацию физиологической недостаточности и ограничения способности к самообслуживанию у детей.

Литература

1. Помников, В.Г. Методика проведения медико-социальной экспертизы и формирование заключений о реабилитационных мероприятиях у детей: методическое пособие / В.Г. Помников, Г.О. Пенина, О.Н. Владимирова. – СПб.: СПбИУВЭК Минтруда России, 2015. – 176 с.
2. Смычек, В.Б. Реабилитация больных и инвалидов / В.Б. Смычек. – М., 2009. – 560 с.
3. Смычек, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычек, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькаманович. – Минск, 2005. – 420 с.

Механизм формирования боли и методы её оценки при ревматоидном артрите

Кныш Н.А.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Международная ассоциация по изучению боли (IASP) дает следующее определение понятию «боль»: «Боль – неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения» [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения, ревматоидный артрит (далее – РА) – заболевание с наиболее высокой частотой боли, которая встречается у 89% пациентов. Боль является основной причиной, заставляющей пациента с РА обращаться за медицинской помощью.

Болевой синдром возникает уже на ранних стадиях патологического процесса и приводит к существенным функциональным нарушениям, психологическим проблемам и социальным ограничениям, которые значительно ухудшают качество жизни пациентов и вызывают социальную дезадаптацию в относительно молодом, трудоспособном возрасте. Проблема боли актуальна для пациентов как с ранним РА, так и в развернутую и особенно в терминальную стадию заболевания, когда болевой синдром приобретает хронический характер.

При РА существуют различные фенотипы болевого синдрома. Наряду с типичной для артрита ноцицептивной (воспалительной) болью наблюдается боль с нейропатическим компонентом и боль, отвечающая критериям фибромиалгии.

Ноцицептивная боль при РА локализуется в воспаленных суставах и связана с наличием синовита. Воспаленная синовиальная оболочка вырабатывает различные медиаторы и цитокины. Под влиянием этих продуктов внутриклеточные сигнальные пути запускают каскад фосфорилирования, который снижает порог выработки потенциалов действия для ноцицепторных нейронов, повышая тем самым болевую чувствительность [2]. Провоспалительные цитокины, включая фактор некроза опухоли α (ФНО α), интерлейкин (ИЛ) 1 β , ИЛ6, ИЛ17, могут оказывать прямое влияние на ответ ноцицепторных нейронов. На сенсорных нейронах были обнаружены рецепторы к ФНО α , ИЛ1 β , ИЛ17. Кроме того, нейроны ганглия дорзального корешка экспрессируют проводящую сигнал трансмембранную субъединицу, которая связывает комплекс ИЛ6 – рецептор ИЛ6. Введение ФНО α , ИЛ6, ИЛ17 в нормальные коленные суставы крыс приводило к повышению частоты потенциалов действия С-волокон в ответ на болевые и неболевые стимулы. Воспалительные стимулы, индуцирующие хроническую боль, во многих случаях удается эффективно контролировать с помощью противоревматических препаратов.

Важную роль в формировании болевых ощущений при РА может играть патология внесуставных мягких тканей. Воспалительный процесс при РА поражает не только синовиальную оболочку суставов, но и другие синовиальные структуры. У части больных теносиновит сухожилий сгибателей пальцев кистей может быть одним из первых проявлений болезни и служит предиктором развития РА у больных с ранним артритом. Воспаление синовиальной оболочки сухожильных влагалищ у больных РА сопровождается такими же гистологическими изменениями, как и поражение синовиальных суставов. При морфологическом исследовании выявляются гипертрофия покровного слоя и формирование клеточных инфильтратов, со-

стоящих в основном из CD4+ Т-клеток и CD68+ макрофагов. В синовии сухожильных влагалищ при РА вырабатываются те же виды воспалительных медиаторов, что и в суставах. Кроме того, синовиальная оболочка обладает инвазивными свойствами и может индуцировать деструкцию сухожилия, опосредованную матриксными металлопротеиназами. Поэтому результатом хронического тендовагинита у больных РА может быть разрыв сухожилия, ведущий к функциональной недостаточности [3].

В настоящее время механизмы формирования боли при РА изучаются в эксперименте [4] и в клинических исследованиях [5]. Безусловно, воспаление играет ключевую роль в развитии боли при РА. Однако выраженность боли очень часто не коррелирует с активностью воспаления и сохраняется после активной противовоспалительной терапии. Боль в виде артралгий может предшествовать развитию достоверного РА в доклиническую стадию заболевания [6]. Кроме того, следует учитывать, что значительное число пациентов с РА имеют хроническую боль длительностью более 3 мес. Основной причиной ее возникновения является постоянно существующая боль, которая вызывает дисбаланс в работе периферической нервной системы и центральной нервной системы (далее – ЦНС). Этот феномен обозначается как центральная сенситизация. В основе ее лежит постоянная активация ноцицептивных рецепторов и нейрональных волокон, что приводит к возрастающей стимуляции ЦНС болевыми раздражителями и появлению гиперактивных нейронов. Их появление рассматривается в качестве ключевого механизма развития хронического болевого синдрома и поддерживается поломкой механизмов нейронального торможения. В результате в ЦНС формируется очаг возбуждения с самоподдерживающейся эктопической активностью нейронов и неактивных синапсов, что стимулирует развитие структурных и функциональных изменений в головном и спинном мозге. Следствием этих процессов является продолжение боли даже при устранении ее причины. Для боли с нейропатическим компонентом характерны необычные характеристики (жгучая, стреляющая и др.), иррадиация за пределы сустава, гипо- или гиперестезия прилегающих участков кожи, развитие гипералгезии (возникновение чрезмерной боли в ответ на болевой стимул) и аллодинии (возникновение боли под влиянием стимула, который в норме боли не вызывает), отсутствие эффекта от нестероидных противовоспалительных препаратов. Частота нейропатического компонента боли у пациентов с РА в исследованиях российских авторов составляет 37,3–43% [7, 8]. У большинства пациентов с нейропатическим компонентом боли выявляются неврологические нарушения в виде полинейропатии (55%), преимущественно дистальной сенсомоторной, реже встречаются туннельные синдромы (14%), сочетание полинейропатии с туннельными синдромами (4%) и шейная миелопатия (4%) [7].

Фибромиалгия при РА носит вторичный характер и проявляется распространенной болью, которая может сочетаться с характерными жалоба-

ми на усталость, неполноценный сон, когнитивные нарушения, мышечные спазмы и парестезии [9].

Хронический болевой синдром при РА тесно ассоциируется с тревожно-депрессивными расстройствами, которые также вносят свой вклад в его формирование [10]. Данные нарушения выявляются у большинства пациентов с РА и встречаются чаще, чем нейропатический компонент боли и фибромиалгия, хотя часто сочетаются с данными болевыми синдромами. Так, в исследовании Научно-исследовательского института ревматологии им. В.А. Насоновой депрессивные нарушения легкой и умеренной степени выявлены у 71% пациентов с РА. По данным Ивановской государственной медицинской академии частота тревожных расстройств достигала 58% (по данным шкалы HADS) и депрессивных расстройств 30-59% (по данным различных опросников) [6].

Следует отметить, что при разработке индекса активности ревматоидного артрита DAS28 было установлено, что показателем, наиболее полно отражающим воздействие заболевания на пациента, является не боль, а общая оценка пациентом состояния здоровья (далее – ООСЗ). Фактически ООСЗ представляет собой интегральный показатель, который одновременно характеризует все проблемы пациента, связанные с хроническим артритом. При определении данного показателя врач просит пациента оценить по визуальной аналоговой шкале (далее – ВАШ), насколько сильное влияние на него оказывает артрит с учетом всех имеющихся нарушений. Позднее при создании упрощенных индексов активности SDAI и CDAI в качестве исходного параметра также использовалась ООСЗ. Она стала и одним из четырех критериев ремиссии РА, рекомендованных экспертами ACR/EULAR (Европейская лига против ревматизма/Американский колледж ревматологии) [11].

Визуальная аналоговая шкала представляет собой отрезок прямой линии длиной 10 см с отметками от 0 до 10, где нулевой отметке соответствует отсутствие боли, а 10 представляет невыносимую боль. Методика использования визуально-аналоговой шкалы заключается в следующем: пациенту предлагают наметить точку на шкале, которая соответствует его интенсивности боли. С помощью линейки измеряется расстояние (мм) между нулевой отметкой и указанной больным точкой, соответствующей интенсивности ощущений пациента. На основании распределения баллов рекомендована следующая классификация: отсутствие боли (0-4 мм), слабая боль (5-44 мм), умеренная боль (45-74 мм), сильная боль (75-100 мм). Продолжительность измерения интенсивности боли с использованием ВАШ занимает меньше 1 мин. К недостаткам метода относятся обязательное наличие бумаги, ручки и линейки, данный тест не может быть выполнен в устной форме или по телефону. Применение ВАШ у пациентов пожилого возраста может быть ограничено наличием когнитивных нарушений или способности к передвижению в связи с заболеваниями опорно-двигательного аппарата [12].

Согласно клиническому протоколу диагностики и лечения пациентов с ревматическими заболеваниями, утвержденному Приказом МЗ РБ №522 от 10.05.2012 г. болезненность суставов при РА оценивается по 3-х балльной системе, где 0 – отсутствие боли; 1 – пациент отмечает незначительную болезненность; 2 – морщится; 3 – отдергивает руку.

Таким образом, болевой синдром при РА имеет сложный патогенез, включающий взаимодействие хронического аутоиммунного воспаления с центральными механизмами контроля боли. В зависимости от индивидуальных особенностей организма, которые связаны с генетическими факторами, преморбидным состоянием, коморбидностью и психологическим статусом, формируются особенности болевого синдрома у конкретного пациента с РА. Показателем, наиболее полно отражающим воздействие ревматоидного артрита на пациента, является общая оценка пациентом состояния здоровья – ООСЗ, одним из методов определения которой может служить визуальная аналоговая шкала ВАШ.

Литература

1. Sommer, C.L. Pain 2016: Refresher Courses / C.L. Sommer, M. S. Wallace // 16th World Congress on Pain. – 2016. – Part 1. – P.12-16.
2. Pinho-Ribeiro, F.A. Nociceptor Sensory Neuron-Immune Interactions in Pain and Inflammation / F.A. Pinho-Ribeiro // Trends in immunology. – 2017. – Vol. 38. – №1. – P.5-19.
3. Олюнин, Е.А. Боль при ревматоидном артрите. Особенности развития и методы коррекции / Е.А. Олюнин // Современная ревматология. – 2010. – Т. 4. – №2. – С.74-80.
4. Bas, D.B. Pain in rheumatoid arthritis: models and mechanisms / D.B. Bas, J. Su // Pain management. – 2016. – Vol. 6. – №3. – P.265-284.
5. Lee, Y.C. Association between pain sensitization and disease activity in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional study / Y.C. Lee, C.O. Bingham // Arthritis care & research. – 2018. – Vol. 70. – №2. – P.197-204.
6. Мясоедова, С.Е. Болевой синдром при ревматоидном артрите: особенности и механизмы боли, современные подходы к диагностике и лечению / С.Е. Мясоедова // Неврология и Ревматология. – 2019. – №1. – С.32-36.
7. Муслимова, Е.В. Нейропатическая и дисфункциональная боль при ревматоидном артрите / Е.В. Муслимова, С.П. Якупова, Э.З. Якупов // Неврологический вестник. – 2015. – Т. 47. – №1. – С.32-38.
8. Громова, М.А. Особенности хронического болевого синдрома при ревматоидном артрите и лечебно-диагностическая тактика / М.А. Громова, С.Е. Мясоедова // Клиницист. – 2016. – Т. 10. – №1. – С.12-16.
9. Gist, A.C. Fibromyalgia remains a significant burden in rheumatoid arthritis patients in Australia / A.C. Gist, E.K. Guymer // International journal of rheumatic diseases. – 2018. – Vol. 21. – №3. – P.639-646.
10. Громова, М.А. Хронический болевой синдром и тревожно-депрессивные расстройства у больных ревматоидным артритом / М.А. Громова, С.Е. Мясоедова, Е.Е. Мясоедова // Архив внутренней медицины. – 2014. – Т. 17. – №3. – С.36-38.
11. Олюнин, Ю.А. Оценка боли при ревматоидном артрите. Практическая значимость / Ю.А. Олюнин // Современная ревматология. – 2019. – Т. 13. – №1. – С.121-128.
12. Мохов, Е.М. Оценочные шкалы боли и особенности их применения в медицине (обзор литературы) / Е.М. Мохов, В.А. Кадыков, А.Н. Сергеев // Верхневолжский медицинский журнал. – 2019. – Т. 18. – №2. – С.34-37.

Обучение пользованию креслом-коляской пациентов с тетрапарезом

Коновалова Н.Г., Дробышева Е.Г., Деева И.В.

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Новокузнецк, Российская Федерация
Кузбасский гуманитарно-педагогический институт ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет», г. Новокузнецк, Российская Федерация

Пациенты с грубым тетрапарезом представляют собой сложнейший контингент для реабилитации и в большинстве являются мужчинами молодого возраста, утратившими здоровье вследствие травмы головного либо спинного мозга [1]. Сегодня продолжительность жизни этого контингента приближается к средней в популяции [2], что с особой остротой ставит вопросы их реабилитации, один из которых – восстановление мобильности.

В случае грубого тетрапареза восстановление вертикальной позы и ходьбы бывает достаточно сложно, поэтому пациенты осваивают кресло-коляску. Современные конструкции кресел-колясок очень разнообразны. Есть кресла-коляски с электроприводом, для управления которыми нужны минимальные возможности произвольных активных движений. Есть кресла-коляски активного типа, с помощью которых можно передвигаться по лестницам и разным поверхностям. Иные конструкции позволяют пользователям заниматься танцами или спортом [3, 4]. Однако реализация этих возможностей предъявляет серьезные требования к состоянию здоровья и физической подготовке пользователя, в частности, к силовой выносливости мышц, равновесию и координации движений, кардиореспираторной системе. Сформировать требуемые физические качества у людей с выраженным сенсорным и моторным дефицитом – задача нетривиальная.

Цель работы. Представить опыт обучения пользованию активным креслом-коляской пациентов с тетрапарезом.

Материал и методы. Работа проведена в отделении медико-социальной реабилитации, физиотерапии и лечебной физкультуры ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в 2018-2023 годах. В исследование вошли 52 пациента с травматической болезнью спинного мозга. Критерии включения: грубый тетрапарез, цель госпитализации – курс реабилитации с обучением пользованию креслом-коляской, информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: наличие противопоказаний к выполнению физической нагрузки. Характеристика контингента представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика контингента

Диагноз	Травма		Всего
	спинного мозга	головного мозга	
Женщины	6	5	11
Мужчины	37	4	41
Всего	43	9	52
Возраст, Ме (25-75%)	29 (24-36)	37 (33-43)	31 (26-37)

Пациенты обследованы при поступлении и перед выпиской. Наряду с клиническим неврологическим обследованием проводили тестирование уровня компенсации двигательных функций [5]. Кроме того оценивали навыки пользования креслом-коляской с помощью теста Wheelchair Skills Test (далее – WST), разработанного канадскими создателями программы обучения пользованию креслом-коляской Wheelchair Skills Program (далее – WSP). Данный тест состоит из 32 заданий. За каждое выполненное задание пациент получал 1 балл. Сумма баллов характеризовала эффективность использования кресла-коляски и выражалась в процентах [6]. Одновременно оценивали безопасность при выполнении навыка; в случае отказа выполнения навыка (при неуверенности пациента) безопасность считали 100%. По итогам первичного обследования анализировали факторы, ограничивающие освоение управления креслом-коляской. В процессе занятий уделяли особое внимание устранению этих факторов либо поиску путей компенсации.

У всех пациентов получено информированное согласие на обработку персональных данных. Исследование проведено в соответствии с Хельсинкской декларацией, принятой на 18-ой Генеральной Ассамблее ВМА.

Для обработки результатов использован пакет прикладных программ Statistica (версия 10.0.1011.0). Значимость различий внутри группы оценивалась по критерию Вилкоксона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Результаты представлены в виде медианы, первого и третьего квартилей: Ме (25-75%).

Методика обучения пользованию креслом-коляской включала курсы взаимосвязанных занятий лечебной физкультурой (ЛФК) и обучение пользованию креслом-коляской. Причем задачи, стоящие перед инструктором по ЛФК определялись совершенствованием двигательных функций, необходимых для управления креслом коляской.

Все пациенты посетили по 10 занятий ЛФК и обучению пользованию креслом-коляской. Занятие ЛФК предшествовало занятию по обучению пользованию креслом-коляской. Продолжительность каждого занятия – 30 минут, перерыв между занятиями – 50-60 минут.

Вводная часть занятий ЛФК включала упражнения для увеличения объема движений в суставах верхних конечностей, равновесия. Использо-

вали тренажер «Грация», закрепленный через блок к верхней рейке шведской стенки. Кисти пациентов фиксировали к рукояткам тренажера. Из исходного положения (далее – ИП): сидя лицом к шведской стенке выполняли движения в локтевых и плечевых суставах, наклоны и повороты туловища.

В основной части занятия выполняли наклоны, повороты туловища, сидя с прямой спиной, поочередно опираясь предплечьем одной руки о подлокотник кресла-коляски; сгибание и разгибание рук в упоре о рейку шведской стенки, перенос веса тела на стопы, держась руками за рейку шведской стенки. Более сложный вариант этой серии упражнений – выполнение из ИП: сидя на фитболе. В ИП: сидя в кресле-коляске, руки на резиновых подвесках в области плеч и предплечий выполняли движения руками назад и вперед, вниз и вверх; повороты и наклоны туловища. Все упражнения выполнялись со страховкой.

Заключительная часть занятия включала упражнения для дистальных суставов конечностей. В кистях фиксировали гантели; пациенты выполняли тыльное и ладонное сгибание кистей, пронацию и супинацию в лучевых и локтевых суставах. В заключение в кистях фиксировали гимнастическую палку, которой пациенты выполняли движения, аналогичные гребле на байдарке.

При обучении пользованию креслом-коляской для обозначения положения рук на ободьях колес обращались к образу циферблата часов. При управлении креслом-коляской пациенты использовали плоскостной захват. Вводная часть занятия включала продвижение вперед. Для этого пациент прижимал одновременно ладони обеих кистей к ободьям колес на уровне «11:00» и прокручивал их вперед на уровне «2:00». Повторяя движение, прокатывал кресло-коляску на 10 м.

Основная часть занятия включала продвижение назад, повороты, обучение пересаживанию с кресла-коляски на кушетку и обратно, доставание предметов с пола и полка. Если состояние здоровья пациента и его двигательные возможности позволяли – осваивали баланс на ведущих колесах, преодоление порога высотой 2 см, перемещение по пандусу вверх и вниз, разгон кресла-коляски с резкой остановкой, подъем и спуск по ступеням, преодоление канав, травянистых и каменистых поверхностей.

Заключительная часть занятия включала проезд в комфортном темпе 10 м вперед по прямой с контролем времени; продвижение кресла-коляски одним толчком руками с замером расстояния. Подводя итоги занятия, методист отмечал успехи пациента, совместно с ним определял на что следует обратить особое внимание на следующем занятии ЛФК.

Результаты. На момент начала лечения 8 человек не смогли выполнить ни одного задания WST, следовательно, оценка навыков составила 0%, безопасность – 100%. У остальных 44 человек оценка навыков варьировала от 19% до 59%, безопасность – от 44% до 75%.

У всех пациентов сила мышц плечевого пояса, плеча варьировала от 1 до 2 баллов, мышц кисти и предплечья – в пределах 1 балла по Lovett в модификации Л.Д. Потехина. Удерживать позу сидя без опоры о спинку кресла-коляски и подлокотники в течение 10-15 сек., опираться на стопы с отрывом таза от сиденья кресла-коляски при дополнительной опоре предплечьями о стол в течение 2-3 сек. могли 5 человек.

Все пациенты серьезно подошли к освоению кресла-коляски, четко выполняли инструкции методистов. К концу занятия ЛФК они имели внешние признаки утомления, но перерыва в 50-60 минут было достаточно для восстановления.

За две недели большинство обследованных смогли улучшить функцию сидения и расширить возможности управления креслом-коляской (таблица 2).

Таблица 2 – Динамика навыков пользования креслом-коляской

Показатель	Пользование креслом-коляской (%)		Безопасность, %	
	поступление	выписка	поступление	выписка
Me (25-75%)	20,3 (0,00-48,44)	51,6 (25,00-75,78)	64,1 (38,38-87,50)	79,7 (68,75-90,63)
p (поступление/выписка)	0,027709*		0,067890	

Примечание: p – статистическая значимость различий; * p<0,05

После курса лечения сила мышц плечевого пояса и плеч у всех обследованных составила 2 балла по Lovett и выше, сила разгибателей кисти и пальцев тоже составила 2 балла. Все пациенты могли сидеть без дополнительной опоры о спинку и подлокотники кресла-коляски 30 сек. и более; опираться на стопы с отрывом таза от сиденья кресла-коляски в течение 15-20 сек., что позволило им пересаживаться в кресло-коляску и обратно без силового вклада сопровождающих; в разной степени освоили управление креслом-коляской, улучшив свою мобильность. Лица (8 чел.), исходно не имевшие никаких навыков, закончили реабилитацию с оценкой по тесту WST от 16 до 31 Me (25-75%), безопасность – от 72 до 88 Me (25-75%). Пациенты, исходно имевшие начальные навыки управления креслом-коляской, тоже увеличили свою мобильность: эффективность по тесту WST составила от 38 до 87 Me (25-75%), безопасность – от 40 до 96 Me (25-75%).

Обсуждение. Принятая в отделении тактика позволяет получить неплохие результаты: пациенты с грубым тетрапарезом осваивают пользование активным креслом-коляской. Безусловно, успехи отдельных пациентов сильно различаются между собой, также, как и их реабилитационный потенциал. Предложенный подход позволяет, сохраняя общие принципы,

максимально индивидуализировать методику, учитывая двигательные возможности и состояние здоровья каждого пациента.

Часовой перерыв между занятиями дает пациентам возможность отдохнуть, но не утратить двигательные координации, которые формировали или совершенствовали на занятии ЛФК. Эти координации оказываются сразу востребованы для управления креслом-коляской, что, конечно, делает более интересными и осмысленными занятия ЛФК.

Наряду с формированием движений в суставах верхних конечностей на ЛФК большое внимание уделяется развитию равновесия в положении сидя, поскольку, с одной стороны, только хороший контроль положения туловища позволяет пациентам в полной мере использовать двигательные возможности верхних конечностей [7], с другой – умение держать позу важно для сохранения равновесия и обеспечения безопасности при движении. Исследования показали, что от 30% до 50% пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой имеют в анамнезе эпизоды падения, связанные с утратой баланса при использовании кресла-коляски [8].

Наше исследование подтвердило вывод, полученный коллегами о том, что наилучший прогноз в плане освоения активного кресла-коляски имеют пациенты с уровнем поражения С₆-С₇ [9].

Заключение. Обучение пациентов с грубым тетрапарезом пользованию активным креслом-коляской происходит успешно, если занятия ЛФК направлены на формирование позы, движений и увеличение силы мышц, необходимых для освоения управления креслом-коляской.

Литература

1. Бушков, Ф.А. Восстановление двигательных функций верхней конечности у пациентов с травмой шейного отдела спинного мозга / Ф.А. Бушков, Е.В. Романовская, Е.В. Усанова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121. – №1. – С.47-52.
2. Мирзаева, Л.М. Предикторы осложнений и летальных исходов травматических повреждений спинного мозга / Л.М. Мирзаева, С.В. Лобзин, И.В. Чистова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2020. – Т. 27. – №1. – С.59-71.
3. Васильченко, Е.М. Значение социальных факторов в эффективном обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации. Автоматизация процесса индивидуального подбора кресла-коляски / Е.М. Васильченко, О.И. Хохлова, К.К. Карапетян // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2019. – Т. 1. – №4. – С.45-55.
4. Маркелова, Е.В. Организационно-методические аспекты подбора кресла-коляски для детей с ДЦП / Е.В. Маркелова, Н.К. Зулина, О.И. Томина // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2021. – №2(88). – С.17-19.
5. Васильченко, Е.М. Адаптация маломобильных групп населения к креслу-коляске: основные проблемы и барьеры / Е.М. Васильченко, К.К. Карапетян, М.Г. Жестикова // Современные технологии и оборудование для медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения и спортивной медицины: материалы IV Международного конгресса VITA RENAB WEEK, посвященного 50-летию УралГУФК. – 2020. – С.27-32.

6. Хохлова, О.И. Эффективность обучения навыкам пользования креслом-коляской инвалидов с травматической болезнью спинного мозга / О.И. Хохлова, Е.М. Васильченко, В.В. Ляховецкая // Физическая и реабилитационная медицина. – 2021. – Т. 3. – №2. – С.47-55.

7. Бушков, Ф.А. Особенности применения кресло-коляски у спинальных пациентов / Ф.А. Бушков, Е.В. Романовская, Л.Е. Федоткина, Г.Е. Иванова // Вестник восстановительной медицины. – 2019. – №6(94). – С.2-10.

8. Nelson, A.L. Fall-related fractures in persons with spinal cord impairment: a descriptive analysis / A.L. Nelson, S. Ahmed, J. Harrow // SCI Nurs. – 2003. – №20. – P.30-37.

9. Бушков, Ф.А. Выделение клинико-реабилитационных групп среди пациентов с цервикальной тетраплегией / Ф.А. Бушков, А.Н. Разумов, Н.В. Сичинава // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2022. – Т. 25. – №1. – С.31-40.

Актуальность применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в психоневрологическом доме-интернате для престарелых и инвалидов

Корзун В.А., Корзун А.С., Карнильчик И.А., Емельянцева Т.А., Лакутин А.А.

УЗ «Борисовская центральная районная больница»,
г. Борисов, Республика Беларусь

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ) была предложена Всемирной организацией здравоохранения в 2001 году [1, 2] с целью унификации и стандартизации оценки функционального состояния, инвалидности и здоровья людей. МКФ предоставляет общий язык и структуру для описания и измерения состояния здоровья, функционирования и инвалидности в различных контекстах, включая стационарные учреждения социального обслуживания [3, 4]. МКФ анализирует «состояние здоровья», а не психическое расстройство или инвалидность, по трем компонентам (функции и структуры организма, активность и участие) с контекстуальными факторами (окружающая среда и личностные факторы). Несмотря на то, что с момента внедрения в практику прошло более 20 лет, МКФ до настоящего времени практически не применяется в стационарных учреждениях социального обслуживания нашей страны.

В данной статье рассматривается обоснование применения МКФ в психоневрологическом доме-интернате для престарелых и инвалидов (далее – ПНДИ) с целью совершенствования медицинской деятельности в части охраны здоровья и реабилитации лиц, проживающих в ПНДИ.

Одним из важных аспектов применения МКФ в ПНДИ является учет взаимосвязи между различными составляющими функционирования. Например, ограничения в физическом функционировании могут влиять на когнитивные способности и социальное взаимодействие. Учитывая эту взаимосвязь, реабилитационные мероприятия должны быть направлены на улучшение всех аспектов функционирования лиц, проживающих в ПНДИ.

В общей оценке ограничений жизнедеятельности используются категории нарушений структур и функций организма и ограничений активности и участия, которые и представляют собой индивидуальный профиль для конкретного индивида [4].

Целями реабилитации являются создание оптимальных условий для участия проживающего в бытовой и общественной жизни ПНДИ, возвращение его к активной социально-бытовой деятельности и в конечном итоге улучшение качества жизни не только проживающего, но и его родственников и лиц, ухаживающих за ним.

Основные задачи реабилитации:

- влияние на восстановление жизненных функций индивида с помощью физических, психических и других методов;
- воздействие на организм индивида с помощью медикаментозной терапии для улучшения и нормализации психических функций, эмоциональной сферы, поведения, обменных процессов и др.;
- разработка программы адаптации при необратимых изменениях, вызванных патологическим процессом [5].

Главными принципами реабилитации являются: максимально раннее начало, обоснованность, комплексность, индивидуализация, непрерывность, преемственность, а также мультидисциплинарность [6].

Методология постановки специфических целей и задач в сфере реабилитации, необходимость определения результативности мероприятий применительно к конкретному индивиду, решения научно-исследовательских задач, экономического и статистического анализа уровня здоровья, заболеваемости и инвалидизации населения, проведения медико-социальной экспертизы требуют применения единых подходов к оценке состояния каждого проживающего [7, 8].

МКФ в ПНДИ может применяться на следующих этапах:

1. Оценка и мониторинг функционального состояния проживающих.

Применение МКФ в ПНДИ позволит провести систематическую оценку и мониторинг функционального состояния проживающих, учитывая их индивидуальные особенности и потребности. Данный этап включает в себя оценку физического функционирования (например, подвижность, силу, координацию и др.), когнитивного функционирования (например, память, внимание, ориентацию, исполнительские функции и др.) и социального функционирования (например, коммуникативные навыки, социальное взаимодействие и др.). МКФ является важным инструментом в

формировании реабилитационного диагноза, который призван на своей основе сформулировать цель, задачи и выработать стратегии реабилитации. Реабилитационный диагноз, основанный на МКФ, включает в себя оценку различных аспектов функционирования, таких как физические, психологические и социальные факторы, ограничения в повседневной жизни и степень участия в социальной жизни.

2. Разработка программ реабилитации.

На основе данных МКФ специалисты ПНДИ могут разрабатывать программы реабилитации, направленные на улучшение функционального состояния и качества жизни проживающих. Данный этап включает выбор наиболее подходящих методов и ресурсов, оценку эффективности проводимых мероприятий.

3. Взаимодействие между специалистами ПНДИ и других учреждений.

МКФ способствует улучшению взаимодействия между различными специалистами как ПНДИ, задействованными в соответствии с их основным функционалом, определенным в должностных инструкциях, в процессе ухода и реабилитации проживающих (например, врачи, медицинские сестры, инструктор по трудовой терапии, инструктор-методист физической реабилитации, психолог, специалист по социальной работе и др., состав может отличаться в зависимости от имеющихся штатных должностей), так и других учреждений здравоохранения и социального обслуживания, позволяя им обмениваться информацией о функциональном состоянии и динамике проживающих, координировать свои действия для достижения наилучших результатов в реабилитации.

4. Интеграция междисциплинарных подходов.

Применение МКФ в ПНДИ способствует интеграции междисциплинарных подходов в процессе ухода и реабилитации, обеспечивая комплексное восстановление и поддержания функций проживающих. Данный этап включает физическую реабилитацию (например, физиотерапию, кинезитерапию, лечебную физическую культуру и др.), когнитивную реабилитацию (например, нейропсихологический тренинг, когнитивную стимуляцию и др.), социальную реабилитацию (например, социально-психологическую поддержку, адаптацию к жизни в ПНДИ и др.) и духовную поддержку.

5. Вовлечение семьи и общества.

Использование МКФ в ПНДИ позволит вовлечь семью и общество в процесс ухода и реабилитации, предоставляя им информацию о функциональном состоянии и индивидуальных потребностях проживающих, возможность участия в разработке и реализации программ реабилитации. Это может способствовать улучшению качества жизни проживающих и их семей, снижению нагрузки на системы здравоохранения и социальной защиты, обществу в целом.

Применение МКФ в ПНДИ является важным инструментом для научного обоснования и практической реализации современных подходов к уходу

и реабилитации престарелых и инвалидов. МКФ обеспечивает стандартизацию оценки функционального состояния, ограничений жизнедеятельности и здоровья, способствует разработке индивидуальных программ реабилитации, улучшает взаимодействие между специалистами и вовлечение семьи и общества в процесс ухода и реабилитации. Внедрение МКФ в практику стационарных учреждений социального обслуживания может способствовать совершенствованию медицинской помощи в части охраны здоровья и реабилитации лиц, проживающих в ПНДИ, повышению качества предоставляемых услуг, эффективности реабилитационных мероприятий и улучшению качества жизни проживающих и сотрудников домов-интернатов.

Тем не менее, применение МКФ в реабилитационном процессе не является идеальным и единственным инструментом для оценки функционального состояния лиц, проживающих в ПНДИ. В некоторых случаях возможно возникновение трудностей при определении категорий и классификации ограничений жизнедеятельности. Поэтому необходимо дополнительно учитывать индивидуальные особенности проживающих и использовать иные методы оценки функционального состояния [9, 10].

В дальнейшем, исследования и опыт применения МКФ в ПНДИ могут послужить основой для разработки и внедрения новых методов и технологий в области ухода и реабилитации престарелых и инвалидов, для обмена знаниями и опытом применения между специалистами, учреждениями и странами. Анализ данных, полученных с помощью МКФ, может выявить общие тенденции и проблемы в реабилитации лиц, проживающих в ПНДИ, что, в свою очередь, может послужить основой для разработки новых методик и подходов.

Таким образом, применение МКФ в ПНДИ представляет собой актуальный и перспективный аспект научных исследований и практической деятельности, направленный на совершенствование медицинской деятельности в части охраны здоровья и реабилитации лиц, проживающих в ПНДИ, повышение качества предоставляемых услуг, эффективности реабилитационных мероприятий и улучшение качества жизни проживающих и сотрудников домов-интернатов.

Литература

1. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) / World Health Organization. – Geneva: World Health Organization, 2001. – 303 p.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия) / Всемирная Организация Здравоохранения. – СПб: СПБИУВЭК, 2001. – 342 с.
3. Ишутина, И.С. Исследование показателей активности и участия инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания и семьях, на основе положений международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья / И.С. Ишутина, М.Д. Ходаковский, С.В. Павлова // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, Врач и Здоровье. – 2022. – №12(6). – С.170-182.

4. Сокуров, А.В. Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при оценке степени готовности инвалидов к сопровождению при получении услуг, включая сопровождаемое проживание / А.В. Сокуров, Т.В. Ермоленко, Л.А. Кожушко // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, Врач и Здоровье. – 2022. – №13(1). – С.173-185.
5. Ковальчук, В.В. Мультидисциплинарный принцип ведения пациентов после инсульта. Критерии эффективности и факторы успеха физической, нейропсихологической и медикаментозной реабилитации / В.В. Ковальчук, Е.Р. Баранцевич, А.С. Галкин // Эффективная фармакотерапия. – 2020. – №31. – Т. 16. – С.10-22.
6. Кадыков, А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 560 с.
7. Исанова, В.А. Использование стандартизированных показателей Международной функциональной классификации (МКФ) в нейрореабилитации: методическое пособие / В.А. Исанова. – Казань: Оста, 2013. – 36 с.
8. Scobbie, L. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework / L. Scobbie, D. Dixon, S. Wyke // Clinical Rehabilitation – 2011. – Vol. 25(5). – P.468-482.
9. Самойлов, В.О. Методология и методы оценки функционального состояния человека / В.О. Самойлов // Бюллетень науки. – 2009. – №6. – С.14-16.
10. Герегей, А.М. Современные методы оценки функционального состояния организма и физической работоспособности военнослужащего при решении научно-исследовательских задач биомедицинской направленности / А.М. Герегей, А.С. Ковалев, О.В. Ветряков // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2018. – №2(62). – С.202-208.

Практические мероприятия по преодолению профессионального выгорания у специалистов, оказывающих реабилитационные и социальные услуги инвалидам с нарушениями функций опоры и движения

Крамер И.В., Хохлова О.И., Васильченко Е.М.

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Новокузнецк, Российская Федерация

Профессиональный стресс возникает в ответ на трудности и специфические требования со стороны профессии. На него оказывают влияние также личные амбиции и самореализация личности [1]. Многие авторы отмечают негативные последствия профессионального стресса. К ним относятся: болезни, снижение количества и качества труда, трудовой мотивации, вовлеченности в работу, текучесть кадров, ряд психологических последствий, таких как, увеличение конфликтности в коллективе, переживания, депрессии и др. [1].

Признаки профессионального выгорания определяются по высоким и крайне высоким уровням симптомов:

- психоэмоциональное истощение – истощение эмоциональных, физических, энергетических ресурсов профессионала, работающего с людьми, проявляется в хроническом утомлении (эмоциональном и физическом), депрессии и раздражительности (всё, что раньше было интересно, не вызывает энтузиазма);

- деперсонализация – специфическая форма социальной дезадаптации профессионала, работающего с людьми, которая проявляется в уменьшении количества контактов с окружающими, негативизме и циничности по отношению к другим людям;

- редукция личных достижений – снижение чувства собственной компетентности и продуктивности, недовольство собой, снижение профессиональной и личной самооценки, негативное самовосприятие в профессиональной сфере, безразличие к работе.

Материал и методы. С целью выявления симптомов профессионального стресса и последующей разработки мероприятий по предотвращению профессионального выгорания у специалистов, оказывающих реабилитационные и социальные услуги инвалидам с нарушениями функции опоры и движения, нами проведено исследование у медицинских и социальных работников, предоставляющих такие услуги. В исследовании участвовали 175 человек, из них женщины – 171 (97,7%), мужчины – 4 (2,3%). Средний возраст участников исследования составил $44,9 \pm 11,71$ лет (от 20 до 66 лет), стаж работы – $10,4 \pm 11,08$ лет (от 1 месяца до 40 лет).

Распределение по занимаемым должностям: социальный работник – 73 (41,7%), медицинская сестра – 60 (34,3%), заведующий отделением – 7 (4,0%), старшая медицинская сестра – 6 (3,4%), врач – 5 (2,9 %), психолог – 3 (1,7%), инструктор-методист, инструктор по лечебной физкультуре – 3 (1,7%), сиделка – 3 (1,7%), специалист по реабилитации инвалидов – 2 (1,1%), воспитатель – 1 (0,6%), вспомогательный персонал – 12 (6,9%).

Наличие профессионального выгорания выявляли с помощью Опросника выгорания Маслач (MBI – Maslach Burnout Inventory) (в адаптации Н.Е. Водопьяновой [2]. Определяли уровни симптомов профессионального выгорания по отдельным субшкалам, а также интегрального показателя профессионального выгорания. При вычислении последнего суммировали усредненные значения по субшкалам: низкий уровень по отдельным субшкалам оценивали в 1 балл, средний – 2 балла, высокий – 3 балла, крайне высокий – 5 баллов (таблица 1).

Таблица 1 – Оценка уровней симптомов выгорания [2]

Субшкалы	Уровень выраженности, баллы			
	Низкий (1 балл)	Средний (2 балла)	Высокий (3 балла)	Крайне высокий (5 баллов)
Психоэмоциональное истощение	6-16	17-25	26-34	> 34
Деперсонализация	1-4	5-10	11-13	≥ 14
Редукция профессиональных достижений	37-48	28-36	22-27	< 21
Интегральный показатель профессионального выгорания	3-4	5-6	7-9	≥ 10

Результаты.

В таблице 2 представлена частота встречаемости различных уровней симптомов профессионального выгорания у обследованного контингента в виде абсолютных значений и долей от общего количества.

Таблица 2 – Частота встречаемости уровней показателей профессионального выгорания у респондентов, абс. (%)

Показатели	Отсутствие симптомов	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Крайне высокий уровень
Психоэмоциональное истощение	5 (2,9)	72 (41,1)	50 (28,6)	32 (18,3)	16 (9,1)
Деперсонализация	8 (4,6)	31 (17,7)	84 (48,0)	20 (11,4)	32 (18,3)
Редукция личных достижений	-	88 (50,3)	68 (38,9)	14 (8,0)	5 (2,9)
Интегральный показатель профессионального выгорания	6 (3,4)	53 (30,3)	52 (29,7)	43 (24,6)	21 (12,0)

Симптомы профессионального выгорания обнаружены у 169 (96,6%) респондентов, причем высокий и крайне высокий уровни интегрального показателя – у 64 (36,6%) человек и еще у 52 (29,7%) – средний уровень.

Крайне высокий уровень выгорания по субшкале «Деперсонализация» встречался в 2 раза чаще, чем по субшкале «Психоэмоциональное истощение» (у 18,3% против 9,1% респондентов), и в 6 раз чаще, чем по субшкале «Редукция личных достижений» (2,9% респондентов). И наоборот, низкий уровень выраженности симптомов по субшкале «Деперсонализация» наблюдался в 2,3 раза реже, чем по субшкале «Психоэмоциональное истощение», и в 2,8 раза реже, чем по субшкале «Редукция лич-

ных достижений»: у 31 (17,7%), у 72 (41,1%) и у 88 (50,3%) человек соответственно.

Результаты исследования дают возможность констатировать доминирование симптомов деперсонализации в признаках профессионального выгорания у специалистов, оказывающих реабилитационные услуги инвалидам с нарушениями функции опоры и движения. На втором месте симптомы психоэмоционального истощения, на третьем – редукции личных достижений.

Исходя из результатов проведенного исследования, а также учитывая возможное негативное влияние деперсонализации на качество оказываемых услуг и данные литературы, полагаем, что основные усилия при организации мероприятий по предотвращению профессионального выгорания должны быть направлены на оптимизацию производственной деятельности с увеличением роли профессиональных коммуникаций.

В таблице 3 представлены основные мероприятия, которые, на наш взгляд, лучше всего способствуют преодолению и профилактике профессионального выгорания.

Таблица 3 – Направления практической работы по преодолению и профилактике профессионального выгорания

Факторы профессионального выгорания	Практические мероприятия
<p>1. Связанные с деперсонализацией:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формальное, безэмоциональное, сведенное до минимума общение с коллегами и подопечными; - ощущение увеличивающегося количества требований окружающих, присутствие утомляемости и отсутствие радости от общения с коллегами и подопечными; - увеличивающееся безразличие по отношению к подопечным; - острое ощущение неблагодарности со стороны подопечных. 	<p>1. При деперсонализации:</p> <ul style="list-style-type: none"> - перераспределение участия сотрудников в деятельности организации (грамотное распределение рабочих заданий) [3], проведение ротаций сотрудников; - разделение ответственности среди членов коллектива [3]; - изучение условий труда, их улучшение и оптимизация; - проведение рабочих совещаний с целью обсуждения деятельности организации и участия сотрудников в принятии управленческих решений; - создание или пересмотр корпоративной культуры, организация корпоративного отдыха, проведение совместных неформальных мероприятий членов коллектива.

Факторы профессионального выгорания	Практические мероприятия
<p>2. Связанные с психоэмоциональным истощением:</p> <ul style="list-style-type: none"> - эмоциональное и физическое опустошение; - равнодушие и потеря интереса ко многому, что радовало раньше, все больше жизненных разочарований; - стремление к уединению; - ощущение на пределе своих возможностей. 	<p>2. При психоэмоциональном истощении:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вовремя прислушиваться к собственным эмоциям, ощущениям и мыслям, уделять время всем сферам жизни и работать в комфортном для себя темпе [4]; - развитие собственной эмоциональной устойчивости, составление и сохранение позитивного образа «Я» [5]; - занятие физкультурой и спортом, использование различных видов специальных двигательных и дыхательных упражнений, нормализация режима двигательной активности, различные системы закаливания [1]; - отдых, поездки, прогулки, время для бега и ходьбы [4]; - разделение личной жизни и работы; - снижение рабочей нагрузки.
<p>3. Связанные с редукцией личных достижений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - неумение найти правильное решение в конфликтной ситуации с коллегами и подопечными; - отсутствие атмосферы доброжелательности и оптимизма в отношениях с коллегами и подопечными; - отсутствие продуктивности рабочего дня, целей и планов на будущее. 	<p>3. При редукции личных достижений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - предоставление возможностей профессионального роста и развития; - проведение индивидуальных или групповых консультаций, коммуникативных тренингов, направленных на обучение навыкам общения, стратегиям эффективного поведения в конфликте [3, 6]; - использование различных способов компенсации затраченных усилий (отслеживание результатов, обсуждение своих достижений в профессиональной среде, получение благодарности от подопечных и др.);

Факторы профессионального выгорания	Практические мероприятия
	<ul style="list-style-type: none"> - использование различных способов мотивации к труду (различные виды благодарности от руководителей, материальное поощрение, различные способы наказания, гибкий график отпусков, перерывы на совместное чаепитие, и т.д.); - справедливое стимулирование труда.

Литература

1. Федюковская, М.Г. Психология стресса: учебное пособие / М.Г. Федюковская – СПб.: СПбУТУиЭ, 2018. – 173 с.
2. Водопьянова, Н.Е. Психодиагностика стресса / Н.Е. Водопьянова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
3. Борисова, М.В. Основные направления профилактики и коррекции профессионального выгорания / М.В. Борисова, Н.П. Ансимова // Ярославский педагогический вестник. – 2011. – №2. – С.212-215.
4. Рудакова, К.А. Профессиональное выгорание и способы его преодоления / К.А. Рудакова // Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации: сборник статей XLIII Международной научно-практической конференции. – Пенза: Наука и Просвещение, 2021. – С.161-164.
5. Майорова, Д.О. Основные способы профилактики профессионального выгорания педагогов дошкольной организации / Д.О. Майорова // Вестник современных исследований. – 2020. – №1-1 (31). – С.72-75.
6. Арифджанова, М.А. Синдром эмоционального выгорания врачей в период реструктуризации здравоохранения в период 2012-2015 годах в Российской Федерации / М.А. Арифджанова // Проблемы современного образования – 2020. – №6. – С.31-42.

Нейропсихологическая оценка преддементного и дементного расстройства у лиц с болезнью Альцгеймера

Лакутин А.А., Емельянцева Т.А., Корзун В.А.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь
УЗ «Борисовская центральная районная больница»,
г. Борисов, Республика Беларусь

Актуальность. Болезнь Альцгеймера (далее – БА) является основной причиной деменции и быстро становится одной из самых дорогостоящих, смертельных и обременительных болезней этого века. Новейшие данные по-

казывают, что к 2050 году распространенность деменции удвоится в Европе и утроится во всем мире, и эта оценка в 3 раза выше, если основываться на биологическом (а не клиническом) определении болезни Альцгеймера [1].

Научные и клинические исследования в области БА в настоящее время направлены на раннюю диагностику переходной фазы между преддементным снижением и деменцией [2]. Своевременное обнаружение преддементного расстройства и последующая терапия нейропротекторными препаратами, может иметь решающую роль в профилактике когнитивного снижения на при БА [3].

Материалы и методы. Исследование выполнено в рамках научно-исследовательской работы «Разработать метод медицинской реабилитации и порядок оценки ограничений жизнедеятельности пациентов с БА» (№ Г.Р. 20220628 от 25.04.2022), сроки выполнения 2021-2025 г.

В исследование вошли 182 пациента (М/Ж=39/143 (21,4%/78,6%) с БА в возрасте $75 \pm 10,63$ лет.

Нейропсихологическое обследование проводилось с использованием Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA), а также дополнительных методик нейропсихологической оценки когнитивных и эмоциональных нарушений (симптомов депрессии).

Для интерпретации полученных результатов использовался статистический метод логистической регрессии.

Для сопоставления качества прогностичности логистических регрессионных уравнений и взаимозависимости предиктора, а также переменной отклика были использованы показатели AUC (площади под ROC-кривой) и R^2 Найджелкерка (значения от 0 до 1).

Результаты и обсуждение. Результаты логистического регрессионного анализа шкалы MoCA представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели переменных в уравнении логистической регрессии для шкалы MoCA

Предикторы логистической регрессии	B	Стд. ошибка	Статистика Вальда	Достоверность (p)	Exp (B) / шансы	R ²	AUC
MoCA	-1,024	0,280	13,349	0,000	0,359	0,715	0,955

По результатам логистического анализа установлено, что шкала MoCA достоверно обладает высокой прогностической значимостью в дифференциальной оценке преддеменции и деменции у лиц с БА ($AUC=0,955$; $p<0,001$).

Производилась оценка чувствительности и специфичности шкалы MoCA в дифференциальной оценке преддементного расстройства и деменции у лиц с БА: чувствительность составила 80%, специфичность – 92,3%.

С целью повышения показателя чувствительности и специфичности шкалы MoCA в дифференциальной оценке преддементного расстройства и

деменции у лиц с БА, была произведена дополнительная нейропсихологическая диагностика когнитивных нарушений (речи, памяти, оптико-пространственный гнозиса), а также диагностика наличия и степени тяжести эмоциональных нарушений (симптомов депрессии).

Результаты анализа отображены в таблице 2 и рисунке.

Таблица 2 – Показатели переменных в уравнениях логистической регрессии для шкалы МоСА и ведущих когнитивных и эмоциональных (депрессивных) нарушений у лиц с БА

Предикторы логистической регрессии	B	Стд. ошибка	Статистика Вальда	Достоверность (p)	R ²	AUC	Exp (B) / шансы
МоСА	-1,067	0,332	10,324	0,001	0,824	0,981	0,344
Оптико-простр. нарушения	1,518	0,574	7,001	0,008			4,56
Нарушения памяти	–	–	–	0,364	–	–	–
Эмоциональные нарушения	–	–	–	0,746	–	–	–
Речевые нарушения	–	–	–	0,548	–	–	–

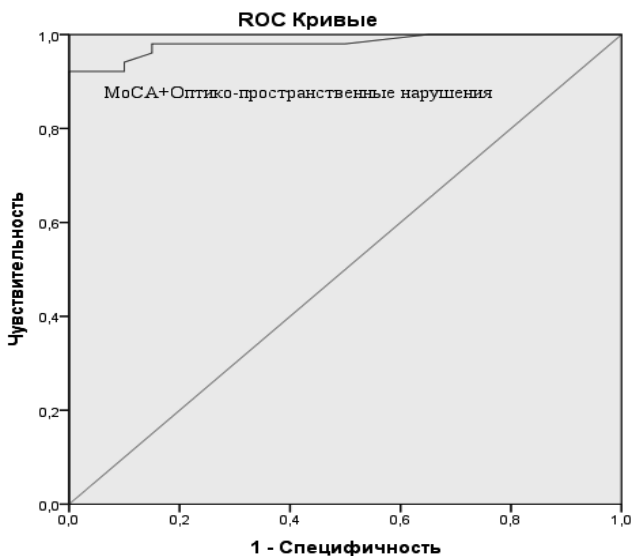


Рисунок – График вероятности шкалы МоСА и ведущих когнитивных и эмоциональных нарушений (симптомов депрессии) в дифференцированной оценке преддеменции и деменции

По результатам анализа, для дифференциальной оценки преддементного расстройства и деменции у пациентов с БА, необходимо проведение дополнительной оценки оптико-пространственных нарушений ($p < 0,01$). Дополнительная диагностика оптико-пространственных нарушений позволяет повысить чувствительность нейропсихологического обследования до 90%, специфичность – до 94,1%.

Результаты логистического анализа также показали, что увеличение выраженности оптико-пространственных нарушений у лиц с БА повышает в 4,5 шансы развития деменции у пациентов с БА ($p < 0,01$).

Выводы. В дифференциальной оценке преддементного расстройства и деменции у пациентов с БА диагностика нарушений оптико-пространственного гнозиса позволяет повысить чувствительность нейропсихологического исследования с использованием шкалы МоСА до 90%, специфичность – до 94,1%.

Наличие оптико-пространственных нарушений у лиц с БА повышает в 4,5 шансы развития деменции у лиц с БА.

Литература

1. Scheltens, P. Alzheimer's disease / P. Scheltens // *Lancet*. – 2021. – V. 397(10284). – P.1577-1590.
2. Dubois, B. Scheltens P research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria / B. Dubois [et al] // *Lancet Neurol*. – 2007. – №6(8). – P.734-746.
3. Dickerson, B.C. Functional abnormalities of the medial temporal lobe memory system in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: insights from functional MRI studies / B.C. Dickerson, R.A. Sperling // *Neuropsychologia*. – 2008. – №46(6). – P.1624-1635.

Изучение условий обучения лиц с расстройствами аутистического спектра в Республике Беларусь

Мартыненко А.И., Емельянцева Т.А., Захаревич О.Ю., Кринчик Т.Ю.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь
УЗ «Минский городской клинический центр детской психиатрии и психотерапии», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность изучения условий обучения у подростков и молодых людей с расстройствами аутистического спектра (далее – РАС) обусловлена тем, что в Республике Беларусь возрастает количество пациентов в возрасте до 18 и после 18 лет, имеющих ограничения жизнедеятельности (инвалидность) вследствие данного расстройства и возникают вопросы их дальнейшего получения образования.

Материал и методы. В рамках государственной научно-технической программы «Научно-техническое обеспечение качества и доступности медицинских услуг», 2021-2025 годы, научно-исследовательской работы «Разработать порядок оценки способности к обучению, профессиональному обучению и профессиональной подготовке, способности к трудовой деятельности у подростков и молодых людей с расстройствами аутистического спектра» проведено ретроспективное исследование условий получения образования 102 пациента с РАС (м/ж=86(84%)/16(16%)) в возрасте $18,00 \pm 1,43$. В большей части использовались акты освидетельствования пациента медико-реабилитационной экспертной комиссией (далее – МРЭК), индивидуальные программы реабилитации, абилитации инвалида (далее – ИПР(А)И) пациентов с РАС в период с 2020 г. по май 2023 гг.

Гендерный состав группы исследования представлен на рисунке 1.

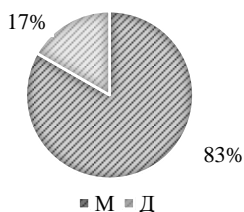


Рисунок 1 – Гендерный состав группы исследования

Результаты исследования и обсуждение. По результатам анализа из 102 пациентов с РАС 38 пациентов с РАС (37,3%) обучались в учреждениях общего среднего образования, 64 (62,7%) пациента – в учреждениях специального образования (рисунок 2).

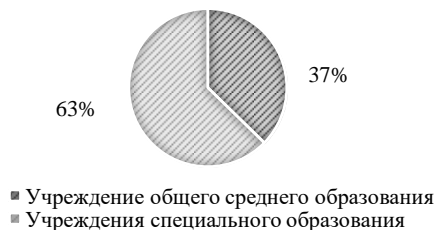


Рисунок 2 – Структура учреждений образования, где пациенты с РАС получали образование по результатам ретроспективного исследования (n=102)

В учреждениях специального образования 34 (53,1%) пациента с РАС обучались в специальной школе / специальной школе-интернате, 30 (46,9%) пациентов с РАС обучались в центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (далее – ЦКРОиР). Структура специальных учреждений образования, где пациенты с РАС получали образование по результатам ретроспективного исследования представлена на рисунке 3.



Рисунок 3 – Структура специальных учреждений образования, где пациенты с РАС получали образование по результатам ретроспективного исследования (n=64)

По результатам исследования по программе общего среднего образования обучались только 3 (3%) пациента с РАС; по специальной программе для детей с трудностями в обучении – 7 (7%) пациентов с РАС; по специальной программе для детей с тяжелыми нарушениями речи – 33 (33%) пациента с РАС; по специальной программе для детей с нарушениями слуха – 12 (12%) пациентов с РАС; по вспомогательной программе 1 отделения – 10 (10%) пациентов с РАС; по вспомогательной программе 2 отделения – 36 (35,3%) пациентов с РАС.

Результаты анализа программ образования у пациентов с РАС представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Структура программ образования у пациентов с РАС по результатам ретроспективного исследования (n=102)

Программы образования	Абс.	Проценты
Общего среднего образования	3	2,9
Вспомогательная программа 1 отделения	10	9,8
Вспомогательная программа 2 отделения	36	35,3
Программа для детей с тяжелыми нарушениями речи	33	32,4
Программа для детей с нарушениями слуха	12	11,8
Программа для детей с трудностями в обучении	8	7,8
Всего	102	100,0

Анализ программ образования у пациентов с РАС графически представлен на рисунке 4.

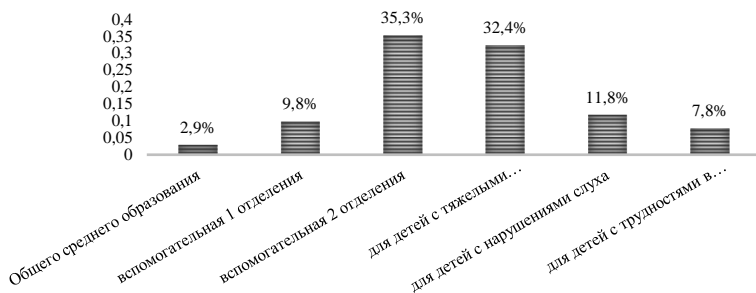


Рисунок 4 – Структура образовательных программ пациентов с РАС по результатам ретроспективного исследования (n=102)

Продолжают получать общее среднее или базовое образование 56 (54,9%) пациентов с РАС, 46 (45,1%) пациентов с РАС получили общее среднее или базовое образование.

По результатам проведенного ретроспективного анализа, после получения общего среднего или базового образования 32 (70%) пациентов с РАС прекратили образование, 14 (30%) пациентов с РАС продолжили образование, из них: 1 (7,1%) пациент с РАС – в высшем учебном заведении (по специальности «Биотехнолог»); 13 (92,9%) пациентов профессионально-техническое образование. Результаты проведенного анализа представлены на рисунке 5.



Рисунок 5 – Результаты анализа последующего образования после завершения среднего образования у пациентов с РАС в ретроспективном исследовании

По результатам ретроспективного анализа, из 102 пациентов с РАС у 40 (39,2%) способность к обучению при проведении медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) вообще не оценивалась. У 62 пациентов с РАС результаты оценки ограничений способности к обучению распределились следующим образом: у 9 (14,5%) пациентов с РАС ограничения способности к обучению ФК1; у 17 (27,4%) – ФК2; у 32 (51,6%) – ФК3; у 4 (6,5%) – ФК4 (таблица 2).

Таблица 2 – Результаты оценки степени выраженности ограничений способности к обучению у пациентов с РАС в ретроспективном исследовании

Функциональный класс ограничений	Абс.	Проценты
ФК 0	0	0
ФК 1	9	14,5
ФК 2	17	27,4
ФК 3	32	51,6
ФК 4	4	6,5
Всего	64	100,0

Проведен анализ ИПР(А)И пациентов с РАС. Следует отметить, что ИПР(А)И не заполнялась у 21 (20,6%) пациента с РАС.

Проведен анализ разделов, которые включает ИПР(А)И: освоение содержания образовательных программ, нуждаемость в создании специальных условий при получении образования, нуждаемость в содействии в трудоустройстве, нуждаемость в адаптации к трудовой деятельности.

В 56 случаях (69,1%) из 81 в отношении пациентов с РАС было вынесено заключение, что они «не нуждаются в освоении содержания образовательных программ», в 25 случаях (30,9%) – «нуждаются в освоении содержания образовательных программ» (таблица 3).

Таблица 3 – Показатели нуждаемости в освоении содержания образовательных программ у пациентов с РАС в ретроспективном исследовании

Нуждаемость в освоении содержания образовательных программ	Абс.	Проценты
Не нуждается	56	69,1
Нуждается	25	30,9
Всего	81	100,0

Результаты анализа нуждаемости в создании специальных условий при получении образования представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Показатели нуждаемости в создании специальных условий для освоения содержания образовательных программ у пациентов с РАС в ретроспективном исследовании

Нуждаемость в создании специальных условий для освоения содержания образовательных программ	Абс.	Проценты
Не нуждается	73	91,3
Нуждается	7	8,8
Всего	80	100,0

В 73 случаях (91,3%) из 80 в отношении пациентов с РАС были вынесены заключения, что они «не нуждаются в создании специальных условий при получении образования», в 7 случаях (8,8%) – «нуждаются в создании специальных условий при получении образования».

Выводы:

1. Вопросы возможности получения образования и условия получения образования у пациентов с РАС требуют дальнейшего изучения;

2. В настоящее время более 70% пациентов с аутизмом не получают дальнейшего образования после получения базового и общего среднего образования.

Литература

1. Смычек, В.Б. Информационно-статистический сборник по медицинской экспертизе и реабилитации в Республике Беларусь: в 2 ч.: информ.-стат. сб. / РНПЦ МЭ и Р; сост.: В.Б. Смычек, А.В. Копыток, С.И. Луцинская. – Минск, 2020. – Ч.1: Показатели инвалидности, 2020 г. – 116 с.

Коррекция когнитивных нарушений у детей с расстройством аутистического спектра методом гипобаротерапии

Оленская Т.Л., Николаева А.Г., Коваленко А.И., Данилова Е.Л.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

УЗ «Витебская городская клиническая больница №1»,
г. Витебск, Республика Беларусь

УЗ «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии»,
г. Витебск, Республика Беларусь

Аутизм – психическое расстройство из группы общих расстройств развития с характерными качественными аномалиями в социальном общении и взаимодействии, ограниченным стереотипным, повторяющимся набором интересов и деятельности [1].

Аутизм у детей является загадочным заболеванием, при котором у каждого пациента имеются свои симптомы. Однако каждому больному аутизмом присущи общие черты, которые и дают основания полагать о наличии этого заболевания [1].

В Республике Беларусь сейчас работает 53 центра раннего вмешательства. В стране ведется разработка социальной программы по информированию общества о детях с особенностями развития.

При Совете Республики создан Консультативный совет по вопросам социальной адаптации и интеграции детей с особенностями психофизического развития.

В Республике Беларусь в настоящее время находится 3 тысячи детей с расстройствами аутистического спектра. По мировым научным данным распространенность расстройств аутистического спектра составляет 1 случай на 160 новорожденных. Предполагаемо, различия в структуре и функционировании головного мозга лежат в основе этиологии расстройств аутистического спектра. Различия были выявлены в мозжечке, гиппокампе, лобной коре и ядрах ствола мозга [3].

Улучшение мозгового кровообращения является одним из важных защитных эффектов адаптации к гипоксии. В основе этого эффекта лежит увеличение плотности сосудов, которое наблюдается при адаптации к гипобарической гипоксии во многих органах, включая головной мозг [2, 4], и наиболее выражено это в коре, стриатуме и гиппокампе [5].

В центральной нервной системе также происходит структурная перестройка под воздействием гипоксии. Активизируется биосинтез нуклеиновых кислот и белка в нейронах и глиальных клетках головного мозга, наблюдается гипертрофия этих нейронов и увеличение активности ферментов и количества митохондрий. Данные структурные изменения проявляются совершенствованием функционирования ЦНС, прежде всего, условно-рефлекторной деятельности: происходит ускорение выработки и увеличение степени сохранности условных рефлексов. При этом изменяется поведение животных в конфликтных ситуациях: так, крысы приобретают способность осуществлять жизненно необходимый питьевой рефлекс при такой же силе электроболевого раздражения, которая ранее заставляла их отойти от поилки. У адаптированных крыс увеличивается резистентность к эпилептогенному действию сильного звукового раздражителя и соответственно исчезает «аудиогенная эпилепсия» [6, 7].

Таким образом, гипоксическое воздействие способствует увеличению функциональных возможностей головного мозга, что проявляется увеличением умственной работоспособности, улучшением процессов перехода информации из кратковременной памяти в долговременную и повышением устойчивости мозга к воздействию экстремальных факторов (переутомление, эпилептогены и т.д.).

Цель исследования. Исследование влияния периодической гипобарической адаптации (далее – ГБА) на детей с расстройством аутистического спектра.

Материал и методы. 15 детей с особенностями психофизического развития в возрасте от 3-х до 7 лет прошли курс ГБА. Адаптацию к гипоксии осуществляли в отделении гипобарической реабилитации с помощью многоместной медицинской вакуумной установки «Урал-Антарес». Курс

состоял из 20 сеансов продолжительностью по 60 минут на "высоте", так называемом "плато". Пациенты размещались в лечебном салоне на 18 посадочных мест; в барокамере во время сеанса находится медицинский работник для наблюдения за пациентами и оказания экстренной медицинской помощи.

Курс адаптации к гипоксии начинается со "ступенчатых" подъемов на высоту со скоростью 3-5 метров в секунду, "спуск" – со скоростью 2-3 метра в секунду и регулируется барооператором с пульта управления. 1-й день – высота 1500 метров. Все последующие дни высота ежедневно увеличивается на 500 метров. С 5-го сеанса пациенты ежедневно находятся на "лечебной" высоте 3500 метров.

Дети проходили курс вместе с родителями. Родители детей до и после курса ГБА прошли тестирование (тест на аутизм ATEC-Autism Treatment Evaluation Checklist).

Статистическая обработка результатов произведена с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Exel (2003), STATGRAFICS (2007). Для описания количественных показателей оценивали медиану, интерквартильный размах (Me, H, L). Различия считали достоверными при вероятности 95% ($p < 0,05$).

Результаты. В ходе курса обострения соматической патологии не было. После четвертого-пятого сеанса родители отмечали больше обычного возбудимость у детей, увеличение их активности. Но при этом дети стали более внимательны, обострился интерес к окружающей среде.

По окончании курса родители отметили улучшение речевых и коммуникативных навыков, социализации. Данные опросника представлены в таблице.

Таблица – Результаты теста на аутизм ATEC (Me, H, L)

Показатели (баллы)	До курса гипобарической терапии	После курса гипобарической терапии	W/p
Коммуникативные навыки	17,0[14,0; 21,5]	20,5[14,5; 22,5]	39,0/0,49
Социализация	19,5[17,5; 21,0]	17,0[15,0; 20,0]	24,0/0,42
Сенсорные навыки	22,5[17,0; 28,5]	23,0[21,0; 32,5]	42,0/0,31
Физические навыки	15,0[9,5; 19,5]	11,5[8,0; 16,5]	32,0/0,95

Многие из обследуемых показали улучшение сенсорных навыков с активацией познавательных способностей. Дети стали более активно интересоваться окружающими предметами, пытались все потрогать и воспроизвести действие, которое у них на глазах только что производили (измерить давление). Гиперактивность сменилась более размеренными действиями. Дети стали периодически возвращать взятые предметы на их прежние места. Все пациенты отметили улучшение сна.

По всем графам таблицы имеются положительные сдвиги, хотя в общем статистической достоверности не выявлено. Учитывая своеобразие патологии, индивидуальный анализ по лицам дал выраженную достоверность в коммуникационных навыках.

Выводы:

1. Курс периодической гипобарической адаптации обострения соматической патологии не вызвал, что подтверждает возможность применения у них метода ГБА.

2. Положительная динамика сенсорных навыков, социализации позволяет рекомендовать данный метод для развития коммуникационных навыков у лиц с задержкой психического развития и аутизмом.

Литература

1. Бородина, Л.Г. Типология отклоняющего развития. Варианты аутистических расстройств: (Монография) / Н.Я. Семаго, Л.Г. Бородина. – Эл.изд. – Москва: Генезис, 2020. – 370 с.

2. Манухина, Е.Б. Изменение плотности сосудистой сети поверхности коры головного мозга у крыс при экспериментальной гипертензии и адаптации к высоте / Е.Б. Манухина, И.А. Соколова // Кардиология. – 1982. – №10. – С.118-119.

3. Donovan, A.P. The neuroanatomy of autism – A developmental perspective / A.P. Donovan, M.A. Basson // Anat 230(1): 4-15. – 2017.

4. LaManna, J.C. Brain adaptation to chronic hypobaric hypoxia in rats / J.C. LaManna // J. Appl. Physiol. – 1992. – Vol. 72. – P.2238-2243.

5. Patt, S. Cerebral angiogenesis triggered by severe chronic hypoxia displays / S. Patt // J. Cereb. Blood Flow Metab. – 1997. – Vol. 17. – P.801-806.

6. Урманчеева, Т.Г. Эффекты хронической электростимуляции вентромедиальной области гипоталамуса у обезьян / Т.Г. Урманчеева, В.А. Хасабова // Нормобар. гипоксия в лечении, профилактике и реабилитации: сб. ст. – М.: Медицина, 1988. – 351 с.

7. Крапивин, С.В. Нейрофизиологические механизмы адаптации к гипоксии ЦНС животных с разной устойчивостью к недостатку кислорода / С.В. Крапивин // Эколого-физиол. проблемы адаптации: VII Всерос. симп. / Рос. ун-т Дружбы народов. – М., 1994. – С.128-129.

Ранняя помощь детям и их семьям в Российской Федерации: превентологические аспекты

Павлова С.В., Сокуров А.В., Салогуб А.М., Ермоленко Т.В., Ишутина И.С.

ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

В Российской Федерации наблюдается сокращение численности детского населения из-за снижения рождаемости. В течение нескольких по-

следних десятилетий суммарный показатель рождаемости остается на низком уровне (в 2022 году – 1,42), что не достаточно для обеспечения простого воспроизводства населения (необходим средний суммарный показатель – 2,15) [1, 2].

Из анализа описаний моделей ранней помощи детям и их семьям ведущих стран мира в доступных источниках отечественной и зарубежной литературы (включая Российскую Федерацию, Соединенные Штаты Америки и Федеративную Республику Германию) следует, что они имеют одинаковые цели, задачи и области работы [3, 4]. Однако, можно отметить существенные отличия в подходах, форматах и организации услуг раннего вмешательства, особенно в вопросах общей концепции профилактики.

В 2021 году был утвержден План мероприятий, связанный с реализацией Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года [5]. В данном Плате отдельно были выделены действия по снижению уровня материнской и младенческой смертности, улучшению репродуктивного здоровья и увеличению благополучия семей с детьми.

Для обеспечения здоровья населения, государство России сосредотачивает усилия на профилактических мерах в системе здравоохранения. В рамках этих мероприятий применяются новейшие методы диагностики, лечения и реабилитации, с целью выявления заболеваний уже на ранней стадии, особенно у детей, и проводятся скрининговые программы до рождения ребенка, а также неонатальный и пренатальный скрининг для выявления наследственных и врожденных заболеваний.

Физиологические особенности детей, раннего возраста от рождения до трех лет, включая пластичность мозга в раннем возрасте, принимаются во внимание при разработке мероприятий, направленных на развитие ребенка, так как такие реабилитационные программы могут значительно способствовать его прогрессу.

Необходимо отметить, что ухудшающаяся медико-демографическая ситуация в России отрицательно влияет на показатели физического, психического и соматического здоровья младенцев и маленьких детей. Факторы окружающей среды, такие как пандемия COVID, ухудшение нравственности и морали у взрослых, ослабление института семьи и многочисленные проблемы медико-социального характера, оказывают значительное негативное влияние на формирование организма и здоровое развитие младенцев.

Таким образом, важно укреплять профилактический подход к оказанию помощи детям и их семьям в Российской Федерации, чтобы создать систему предотвращения инвалидизации детей в раннем возрасте. Начальным и ключевым звеном в этой системе должен стать вопрос о здоровье женщин фертильного возраста, беременных женщин.

В рамках настоящего исследования было изучено 114 семей с младенцами, которые нуждались в услугах ранней помощи. Среди матерей, имевших младенцев вследствие перинатального поражения нервной си-

стемы, преобладали первородящие – 60,5%, у женщин, которые рожали повторно, – 29,8 %, в третий раз – 6,2%, четвертый – 3,5%. По результатам исследования многодетные семьи, имеющие трое и более детей с отклонением в развитии, составили наименьшую долю (9,7%). Из результатов исследования следует, что беременные женщины, у которых это первые роды, находятся в группе наибольшего риска возникновения патологических процессов у плода.

Характеристика матерей по демографическому признаку: от 15 до 20 лет – 11 человек (9,7%), от 21 до 25 лет – 28 человек (24,5%), от 26 до 30 лет – 35 человек (30,7 %), от 31 до 35 лет – 24 человека (21,1%), от 36 до 40 лет – 13 человек (11,4%), от 41 года и старше – 3 человека (2,6%). Данные показатели исследования согласуются с показателями Росстата: по данным 2021 г., матери в возрасте 30-34 лет – 30,5%, 25-29 лет – 27,3%, 35-39 – 17,8% и 20-24 лет – 16,8%.

Более показательной характеристикой является средний возраст первородящих. По оценкам С.В. Захарова, средний возраст матери при рождении первенца снизился за период 1956-1992 гг. с 25,1 до 22,3 лет [6]. В последующем, к 2018 г., возраст первородящих увеличился до 25,9 лет. Это согласуется с официальной статистикой Росстата: 2018-2020 гг. – 25,9 лет, а в 2021 г. – 26 лет [2, 6].

Изучение течения беременности у матерей детей с ограниченными возможностями здоровья, вызванными перинатальным поражением нервной системы, показывает, что 40% из этих женщин в прошлом имели более двух медицинских аборт или рубец на матке, а у 56% роды наступили преждевременно. 12,3% женщин сталкиваются с ранним прерыванием беременности, а у 7% женщин имелась в анамнезе замершая беременность, 3,5% матерей получили лечение от бесплодия. Также, один ребенок (0,9%) был рожден благодаря экстракорпоральному оплодотворению.

Во время беременности у 40% женщин наблюдались соматические заболевания, при этом 18,4% страдали артериальной гипертонией, различные эндокринопатии наблюдались у 13% беременных. Врожденный порок сердца был диагностирован у 3,5% беременных, хроническая дыхательная недостаточность у 4,4%; одна женщина страдала эпилепсией.

В первом триместре беременности некоторые женщины применяли различные лекарственные средства: жаропонижающие, антибиотики, противовирусные препараты, витамины.

Урогенитальными инфекциями страдали 79% женщин. У 28% женщин наблюдалось обострение хронического пиелонефрита, микоплазмоз был отмечен у 21% беременных, кандидоматоз у 9,6%, уреаплазмоз у 8,7%, хламидиоз у 9,6%, генитальный герпес у 1,7%.

Инфекционные заболевания во время беременности перенесли 30% женщин: ОРВИ – 19% (с гипертермией), гепатит – 6,1%, герпетическую инфекцию – 3,5%, туберкулез – 0,9%, ВИЧ-инфекция – 0,9%.

У 56% беременных женщин был диагностирован поздний токсикоз, угрозу прерывания беременности наблюдали у 78% женщин, многоводие – у 17%, а маловодие – у 1,7%, что является неблагоприятными показателями течения беременности.

Среди общей группы исследованных женщин у 40% табакокурение, 5,3% злоупотребляют алкоголем, а 1,7% употребляют различные наркотические средства.

При оценке неврологической патологии в неонатальном периоде проведен анализ структуры и тяжести гипоксически-ишемических и геморрагических поражений головного мозга у детей. По данным нейросонографии внутрижелудочковые кровоизлияния наблюдались в 42% случаях: I степени – 17,5%, II степени – 11,4%, III степени – 7,9%, IV степени – 5,3%. Внутрижелудочковые кровоизлияния часто сочетались с признаками незрелости мозга (9,7%) и регистрировались у недоношенных и доношенных, но незрелых детей. Ишемическое поражение мозга в виде кистозной формы перивентрикулярной лейкомаляции выявлено в 35,1% случаев.

Из общего числа обследуемых детей, в большинстве случаев лечение оказывалось в стационаре – 43%, в поликлинике – 8,8%, в поликлинике и стационаре – 21%; в диагностическом центре – 4,4%; в стационаре и диагностическом центре – 5,3%, в стационаре, центре и поликлинике – 1,8%, в стационаре, центре и специализированном детском саду – 3,5%, в диагностическом центре и поликлинике – 4,4%, в стационаре и санатории – 6%, в стационаре и специализированном детском саду – 1,8%.

Большинство детей с ОВЗ родились в тяжелом состоянии с признаками угнетения и мышечной гипотонии, а также имели перивентрикулярные поражения головного мозга согласно нейросонографическим данным, что связано с перинатальным поражением нервной системы в большинстве случаев.

По результатам медицинского наблюдения за детьми, которые проходили обследование, выявлено, что часто не удается определить причину заболевания. Кроме того, редко применяются современные методы нейровизуализации, такие как магнитно-резонансная томография и компьютерная томография, для подтверждения морфологического подпространства заболевания и нейрофизиологических методов для определения характера нарушенных функций и прогнозирования развития заболевания. Лечение основного заболевания проводилось с применением широкого спектра лекарственных препаратов и различных физических методов воздействия (массаж, остеопатия, мануальная терапия, физиотерапия), которые применялись в различных реабилитационных организациях (амбулаторно, стационарно, полустационарно).

При условии, если дети и семьи, которые нуждаются в ранней помощи, будут выявлены своевременно на ранних этапах, и реабилитационные мероприятия будут начаты по возможности сразу, это предотвратит прогрессирование инвалидности у детей на ранних стадиях.

При предоставлении услуг ранней помощи детям и их семьям нужно учитывать возможность междисциплинарного, комплексного подхода к их реализации в организациях здравоохранения, образования и социальной помощи населению.

Необходимо отметить, что получателям услуг ранней помощи не обязательно должен быть установлен диагноз. По мнению Барлоу, ребенок имеет право на получение дополнительной квалифицированной помощи, чтобы наверстать упущенное и подготовиться к посещению детского дошкольного учреждения. Услуги ранней помощи детям и их семьям должны предоставляться бесплатно, гарантированно. Необходимо при этом учитывать индивидуальное развитие детей для их наиболее полной социальной интеграции [3].

Литература

1. Демографический ежегодник России. 2021 / Статистический сборник. – М. – 2021. – С.66.
2. Естественное движение населения Российской Федерации за 2021 год / Стат. бюллетень. – М. – Росстат. – 2022.
3. Alia, W. Worried your child is delayed from the pandemic? Here's what experts say to do / W. Alia // Mode of access: <https://www.usatoday.com/indepth/news/education/2022/06/15/worried-delays-your-kid-early-intervention-important/9660431002>.
4. Underwood, K. Brophy Is the right to early intervention being honoured? A study of family experiences with early childhood services / K. Underwood, E. Frankel, K. Spalding // Mode of access: <https://doi.org/10.22215/cjcr.v5i1.1226>.
5. Концепция Демографической политики в Российской Федерации до 2025 года // Mode of access: <http://government.ru/docs/all/61461/http://government.ru/docs/all/61461>.
6. Захаров, С.В. Население России 2018: двадцать шестой ежегодный демографический доклад / С. В. Захаров. – М.: Изд. дом Высшей школы экономики. – 2020. – С.130.

Коррекция гиперактивного мочевого пузыря у пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения и травматической болезнью головного мозга

Палаткин П.П., Коновалова Н.Г.

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Новокузнецк, Российская Федерация
Кузбасский гуманитарно-педагогический институт ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет», г. Новокузнецк, Российская Федерация

Актуальность. Гиперактивность мочевого пузыря (далее – ГАМП) по данным исследования EPIC, проведённого в 2005 году (было опрошено 19165 человек из пяти стран), выявлена у 11,8% респондентов [1].

Наиболее частыми причинами нейрогенных расстройств мочеиспускания являются острое нарушение мозгового кровообращения различной этиологии и черепно-мозговая травма (далее – ЧМТ). Распространенность мозгового инсульта в популяции постоянно растет [2, 3]. ЧМТ относится к числу наиболее часто встречаемых видов повреждений. Их частота составляет 1,8-5,4 случая на 1000 населения и, по данным ВОЗ, возрастает в среднем на 2% в год [4]. Как правило, сопутствующая неврологическим нарушением ГАМП значительно снижает качество жизни данной категории больных.

Цель работы. Сравнить эффективность приема М-холинолитиков с тибиальной стимуляцией и без нее для коррекции нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей центрального генеза.

Материал и методы. В исследовании участвовали 12 пациентов с нарушением мочеиспускания центрального генеза вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (далее – ОНМК) и травматической болезни головного мозга (далее – ТБГМ); из них 7 (59%) мужчин, 5 (41%) женщин. Медиана возраста – 49,6 (35-59) лет. Средний балл MMSE $27,4 \pm 2,3$.

Критерии включения: гиперактивность детрузора; наличие информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: выраженные когнитивные нарушения с невозможностью контроля и оценки результата лечения; наличие у мужчин сопутствующих обструкций уретры (аденома простаты более 2 степени, стриктуры уретры); сопутствующая патология, служащая противопоказанием к проведению электропроцедур; наличие аллергии или побочных реакций на прием М-холинолитика. Для оценки когнитивной функции использовали Краткую шкалу оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE). Средний балл по шкале MMSE у включенных в исследование пациентов составил $27,4 \pm 2,3$.

Участники исследования были распределены по группам в зависимости от проводимого лечения ГАМП. Пациентам основной группы (n=6) проводилась тибиальная стимуляция курсом 7 дней один раз в 6 месяцев, в межкурсовой период назначался Солифенацин 10 мг утром. Пациенты контрольной группы (n=6) постоянно получали только М-холинолитик (Солифенацин 10 мг утром).

Для тибиальной стимуляции использовали электронейростимулятор Магнот 29Д (ООО «Магнот»). Применяли монофазные прямоугольные импульсы: длительность – 100 мкс, частота – 10 Гц, периоды стимуляция / пауза по 1,5 сек., сила тока – 20-40 мА, длительность процедуры – 15 минут. Силу тока подбирали до появления сгибания большого пальца стимулируемой ноги. Активный электрод размером 20x20 мм помещали на 5 см краниальнее медиальной лодыжки, пассивный электрод – на подошвенную поверхность стопы на 3 см дистальнее пяточной кости. Курс лечения: 7 ежедневных сеансов с 9 до 11 часов утра, что связано с суточным ритмом выделения антидиуретического гормона и активности почек.

Два курса реабилитации с интервалом в 6 месяцев прошли 7 человек (2 из основной группы и 5 – из контрольной), три курса – 5 человек (4 из основной группы и 1 – из контрольной). Всего проанализировано 29 историй болезни.

Всем пациентам при поступлении и перед выпиской проводилось нейроурологическое обследование включавшее, наряду с клиническим осмотром, проведение цистометрии с измерением объемов мочевого пузыря и остаточной мочи. При опросе уточнялись количество мочеиспусканий, их кратность, наличие императивных позывов на мочеиспускание, длительность произвольной задержки в случае императивного позыва, использование абсорбирующего белья. Влияние ГАМП на качество жизни оценивали с помощью международного опросника по влиянию недержания мочи на качество жизни (International Conference on Incontinence Questionnaire Short Form – ICIQ-SF).

Для обработки результатов исследования использован пакет прикладных программ Statistica (версия 10.0.1011.0). Статистическая значимость различий оценивалась внутри групп по критерию Вилкоксона, между группами – по критерию Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Результаты представлены в виде медианы, первого и третьего квартилей: Me (25-75%).

Результаты. При поступлении группы не имели статистически значимых различий по уродинамическим показателям (таблица 1). В обеих группах объем мочевого пузыря был уменьшен, число дневных и ночных мочеиспусканий – увеличено. Имели место императивные позывы на мочеиспускание, что вынуждало пациентов использовать абсорбирующее белье и снижало качество их жизни.

Таблица 1 – Динамика уродинамических показателей у пациентов в начале и в конце первого курса лечения (n=12), Me (25% – 75%)

Группа	Объем мочевого пузыря		Число мочеиспусканий				Балл ICIQ-SF	
			днем		ночью			
	1	2	1	2	1	2	1	2
Основная	120 (100-148)	165 (150-195)	12 (11-12)	9 (7-10)	3 (2-4)	2 (1-3)	13 (11-16)	3 (7-12)
p _{1/2}	0,027*		0,027*		0,043*		0,043*	
Контроль- ная	150 (120-160)	200 (180-200)	10 (6-10)	7 (5-8)	3 (2-3)	1 (1-1)	10 (0-12)	8 (0-8)
p _{1/2}	0,027*		0,345		0,027*		0,108	
p _{o/k}	0,521	0,810	0,128	0,229	0,810	0,471	0,262	0,336

Примечание: 1 – результат обследования в начале курса лечения; 2 – результат обследования по окончании курса лечения; $p_{1/2}$ – вероятность принятия нулевой гипотезы об отсутствии различий между показателями в динамике; $p_{o/k}$ – вероятность принятия нулевой гипотезы об отсутствии различий между основной и контрольной группами.

В результате курса лечения в обеих группах получен положительный эффект в виде увеличения объема наполнения мочевого пузыря, снижения кратности мочеиспусканий, увеличения времени удержания. В контрольной группе некоторые изменения не имели статистической значимости; в основной группе динамика всех показателей имела статистическую значимость. Однако между группами существенных различий к концу периода наблюдения не обнаружено.

Через полгода, при повторном обследовании, было обнаружено, что достигнутый положительный эффект у пациентов основной группы сохранился, различия между показателями при первичном и повторном поступлении были статистически значимы (таблица 2). У больных контрольной группы, напротив, наблюдалось возвращение исследуемых показателей к исходным значениям.

Таблица 2 – Динамика уродинамических показателей у пациентов до начала первого и второго курсов лечения (n=12), Me (25-75%)

Группа	Объем мочевого пузыря		Число мочеиспусканий				Балл ICIQ-SF	
			днем		ночью			
	1	2	1	2	1	2	1	2
Основная	120	145	12	10	3	3	13	10
	(100-148)	(140-188)	(11-12)	(8-10)	(2-4)	(1-3)	(11-16)	(2-12)
p _{1/2}	0,046*		0,027*		0,043*		0,043*	
Контроль- ная	150	155	10	9	3	2	6	6
	(120-160)	(128-160)	(6-10)	(6-10)	(2-3)	(2-3)	(0-12)	(0-12)
p _{1/2}	0,172		0,177		0,715		1,000	

Примечание: 1 – результат обследования в начале первого курса лечения; 2 – результат обследования по окончании курса лечения; p – статистическая значимость показателей до начала первого и второго курсов лечения.

Необходимо отметить побочный эффект лечения у части пациентов контрольной группы, который проявился в виде сухости слизистой полости рта, что провоцировало, по мнению пациентов, увеличение приема жидкости и, соответственно, кратности мочеиспускания. Удовлетворенность изменением характера мочеиспускания в контрольной группе достигнута лишь у двух человек. Четверо были не удовлетворены результатом, поскольку они не смогли отказаться от использования абсорбирующего белья. В основной группе, напротив, все пациенты были удовлетворены результатом лечения.

При последующем курсе тиббиальной стимуляции (через 1 год) у пациентов основной группы отмечалось дальнейшее уменьшение проявлений гиперактивности мочевого пузыря. В двух случаях после очередного курса тиббиальной стимуляции при последующей госпитализации отмечалось даже увеличение объема мочевого пузыря. В результате все исследованные показатели постепенно приближались к

норме: увеличивался объем наполнения мочевого пузыря, удлинялось время удержания мочи, уменьшалась кратность дневных и ночных мочеиспусканий, повышалось качество жизни.

Обсуждение. Проведенное исследование показало, что курс тиббиальной нейромодуляции один раз в полгода с приемом М-холинолитика в межкурсовой период приводит к хорошему клиническому эффекту с увеличением объема мочевого пузыря, уменьшением кратности мочеиспусканий и, соответственно, к повышению качества жизни пациентов с ОНМК и ТБГМ.

Применение лишь М-холинолитика тоже позволяет получить положительный эффект, но сохранить его в период между госпитализациями не удастся. Можно предположительно связать утрату эффекта с тем, что явления сухости слизистых, в частности полости рта, побуждают увеличивать количество выпитой жидкости, что, в свою очередь, повышает диурез. Нельзя исключить и вариант недостаточной комплаентности пациентов, когда сухость слизистых провоцирует самостоятельно сделать перерыв в приеме препарата, в результате чего пропадает достигнутый результат. В подтверждение этого предположения сошлемся на работы, в которых авторы, отмечая хороший эффект от применения М-холинолитика, приводят данные о возникновении неприятных побочных эффектов при длительном, непрерывном их использовании [5].

Явления сухости слизистой оболочки рта отмечены и в основной группе. Но пациенты этой группы, в соответствии с методикой лечения, делали перерыв в приеме М-холинолитика на время тиббиальной стимуляции. Сочетание метода тиббиальной стимуляции в условиях клиники с применением М-холинолитика в качестве поддерживающей терапии в период между курсами стимуляции, на наш взгляд, является оптимальным. Это дает возможность сохранить результаты, полученные от стимуляции и улучшить их в последующем.

Заключение. Регулярный прием М-холинолитиков позволяет достичь увеличения объема мочевого пузыря, уменьшения частоты мочеиспусканий. Однако побочные эффекты приема препарата в виде сухости слизистых побуждают пациентов к увеличению приема жидкости, либо к прекращению приема препарата, что делает эффект недостаточно стойким.

Проведение курса тиббиальной стимуляции один раз в полгода с перерывом приема препарата на это время позволяет уменьшить побочные эффекты фармакотерапии, улучшив при этом результат лечения, что сопровождается повышением качества жизни пациентов.

Литература

1. Irwin, D.E. Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study / D.E. Irwin, I. Milsom, S. Hunskaar // Eur Urol. – 2006. – Vol. 50. – №6. – P.1306-1315.

2. Агафонов, Б.В. Лечение двигательных и когнитивных расстройств у больных в резидуальном периоде инсульта / Б.В. Агафонов, Л.А. Подрезова, Е.А. Каравашкина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2010. – №12. – С.55-58.
3. Гусев, Е.И., Неврология: национальное руководство / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 880 с.
4. Синицын, Е.Д. Анализ первично освидетельствованных граждан старше 18 лет в Ярославской области за 2018-2020 годы с последствиями черепно-мозговой травмы и травматической болезнью головного мозга / Е.Д. Синицын, И.В. Лихачева // Инновационные принципы совершенствования системы медико-социальной экспертизы: современное состояние и перспективы развития: сб. трудов научно-практ. конф. – 2021, Москва. – С.130-135.
5. Шварц, П.Г. Урологические осложнения нарушений мозгового кровообращения / П.Г. Шварц, А.С. Кадыков, В.В. Шведков и др. // Актуальные вопросы неврологии. – 2007. – №2. – С.4-8.

Установка на труд как критерий трудового прогноза

Пастухова О.Д.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Труд (трудовая деятельность) – это один из видов человеческой деятельности, с помощью которого люди создают материальные и духовные ценности, необходимые им самим и обществу в целом. Трудовая деятельность приводит к развитию самих работников, которые приобретают новые навыки, раскрывают свои способности, пополняют и обогащают знания. Для здорового человека труд является естественной потребностью. При многих заболеваниях трудоспособность снижается или утрачивается совсем. Восстановление трудоспособности является не только целью лечения, но и как показывает опыт, средством терапии при большей части заболеваний. В настоящее время в Республике Беларусь проживает около 575 тыс. инвалидов, из них 200 тыс. трудоспособного возраста, 113 тыс. имеют рекомендации для продолжения трудовой деятельности [1]. Законодательство Республики Беларусь гарантирует содействие в трудоустройстве инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. По результатам медико-социальной экспертизы, медико-реабилитационными экспертными комиссиями выносятся решения об установлении группы инвалидности. Лицам, признанными инвалидами, составляются индивидуальные программы реабилитации, абилитации инвалида.

Индивидуальная программа реабилитации, абилитации инвалида – документ, определяющий комплекс реабилитационных мероприятий, конкретные виды и сроки проведения реабилитации инвалида, а также ответственных за ее проведение исполнителей [2].

Индивидуальные программы реабилитации, абилитации инвалидов включают в себя:

- общие данные об инвалиде;
- информацию об условиях и характере труда, определяющую нуждаемость в исключении воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов (факторов производственной среды и факторов трудового процесса), вида выполняемых работ, а также требования к созданию необходимых условий для труда инвалида, организации специальных условий для получения инвалидом образования;
- раздел медицинской реабилитации, медицинской абилитации;
- раздел профессиональной реабилитации, профессиональной абилитации и трудовой реабилитации;
- раздел социальной реабилитации, социальной абилитации [3, ст. 22, ч. 2].

При заполнении индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида в разделе «Профессиональная реабилитация, профессиональная абилитация и трудовая реабилитация» определяется нуждаемость инвалида в освоении содержания образовательных программ, создании специальных условий при получении образования, содействии в трудоустройстве, адаптации к трудовой деятельности с учетом медицинских показаний и противопоказаний в соответствии с основным и сопутствующими заболеваниями инвалида [4].

Важным фактором труда, в особенности, если человек имеет заболевание, является установка самого пациента на продолжение или возобновление трудовой деятельности.

Трудовой прогноз – это предвидение возможности или невозможности возвращения больного к своей прежней работе или к другой, не менее квалифицированной [5].

Реабилитация – система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду [5].

Пациент-центрированный подход заключается в учете индивидуальных потребностей пациента, его запросов и целей. Также важно учитывать психологическое состояние пациента, его переживания, страхи, убеждения и предрассудки, потребность в информации о заболевании, состоянии и дальнейших перспективах восстановления, в удобной и понятной для пациента форме. Пациент-центрированный подход основывается на биопсихосоциальной модели.

Социальные и психологические факторы играют большую роль в жизни больного человека, поэтому для эффективной реабилитационной и

лечебной помощи им следует уделять большое внимание, все это подразумевает биопсихосоциальная модель. Согласно данной модели предполагается комплексный подход к пациенту, кроме медицинских вмешательств, пациент как личность нуждается в психологическом и социальном лечении. Биопсихосоциальный подход требует более активного понимания психологических потребностей пациента и умения расшифровывать и корректировать его эмоциональное состояние. В процесс реабилитации необходимо включать работу с психоэмоциональной составляющей человека. Также данный подход подразумевает привлечение к процессу лечения и реабилитации различных специалистов [6].

Установка на труд, как психологический аспект, является важным критерием для оценки трудового прогноза.

Положительная установка на труд мотивирует человека к скорейшему восстановлению здоровья, обеспечивает возвращение к трудовой деятельности, выработку производственно-трудовых навыков, повышения социально-общественного статуса и тесной интеграции в общество [7].

«Установка на труд» пациента, как один из критериев трудового прогноза, на сегодняшний день отсутствует, следовательно, данный факт не учитывается при составлении индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалидов в части профессиональной и трудовой реабилитации.

Цель работы. В рамках пилотного исследования предложить варианты реализации в практике профессиональных консультаций принципа индивидуального подхода к пациенту с точки зрения биопсихосоциальной модели.

Материалы и методы. В ходе ретроспективного исследования был проведен анализ 20 трудоспособных пациентов. В тематическую выборку включены пациенты в возрасте: женщины до 58 лет, мужчины до 63 лет (средний возраст составил $48,6 \pm 5,2$ лет). Всем пациентам проведена профессиональная консультация, изучены документы и условия труда, представленные нанимателем: сведения о выполняемой работе, карта аттестации рабочего места по условиям труда, карта фотография рабочего времени, протоколы количественных измерений и расчетов факторов производственной среды, тяжести и напряженности процесса. В ходе консультации фиксировалось мнение пациентов о продолжении трудовой занятости, осуществлялась экспертно-реабилитационная диагностика в консультационно-поликлиническом отделении государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации».

Статистический анализ проводился с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel, а также с использованием приложения Vassarstats. Применялись методы описательной статистики. Для показателей, характеризующих качественные признаки, учитывалось абсолютное число, относительная величина в процентах (P, %), при расчете погрешности относительной вели-

ны использовался доверительный интервал (95% ДИ), для определения степени корреляции-коэффициента ранговой корреляции Кендалла.

Результаты и их обсуждение. В группе 20 (n=20) исследуемых пациентов 10 человек (50%, 95% ДИ: 27,8-72,1) были с заболеваниями терапевтического профиля, 6 (30%, 95% ДИ: 12,8-54,3) неврологического, 4 пациента (20%, 95% ДИ: 6,6-44,2) с заболеваниями травматологического профиля, что отражено на рисунке 1.

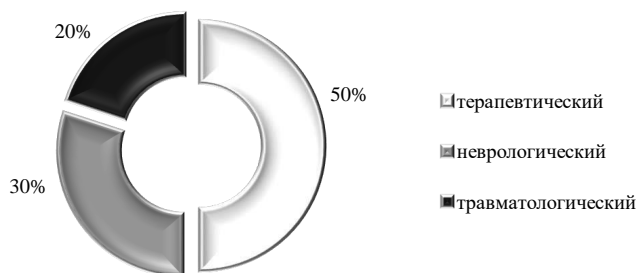


Рисунок 1 – Распределение пациентов, в зависимости от профиля заболевания (n=20)

Из них 8 человек (40%, 95% ДИ: 19,9-63,5) трудились в должностях специалистов, 12 человек (60%, 95% ДИ: 36,4-80,0) – в квалифицированных профессиях рабочих.

Положительная установка на труд отмечалась, из числа работающих в должностях специалистов, у 6 человек (75%, 95% ДИ: 35,5-95,5). Из числа пациентов, занятых в квалифицированных профессиях рабочих, выразили положительную установку на продолжение трудовой деятельности – 7 человек (58,3%, 95% ДИ: 28,6-83,5), что прослеживается на рисунке 2.



Рисунок 2 – Распределение количества пациентов, в зависимости от установки на труд (n=20)

Из числа пациентов с заболеваниями терапевтического профиля, положительная установка на труд фиксировалась у 8 человек (80%, 95% ДИ: 3,5-55,7), с заболеваниями неврологического профиля у 3 человек (50%, 95% ДИ: 13,9-86,0), с заболеваниями травматологического профиля у 2 человека (50%, 95% ДИ: 9,1-90,8), что отражено на рисунке 3.

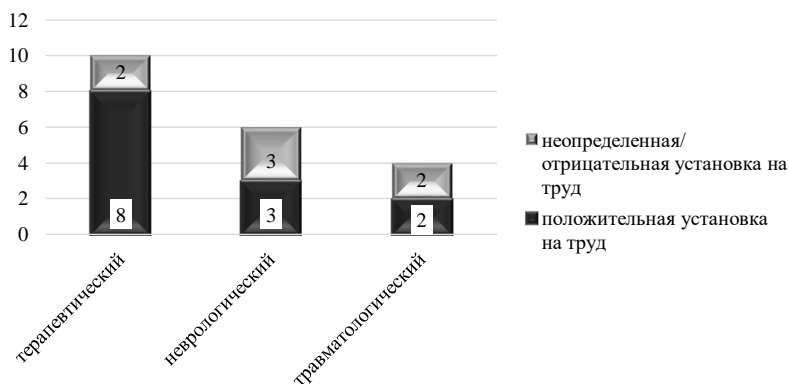


Рисунок 3 – Распределение пациентов по профилю заболевания, в зависимости от установки на труд (n=20)

Согласно полученным данным положительная установка на труд в испытуемой группе (n=20) отмечалась у 13 испытуемых (65%, 95% ДИ: 40,9-83,6), неопределенная/отрицательная – у 7 человек (35%, 95% ДИ: 16,3-59,0), что отражено на рисунке 4.

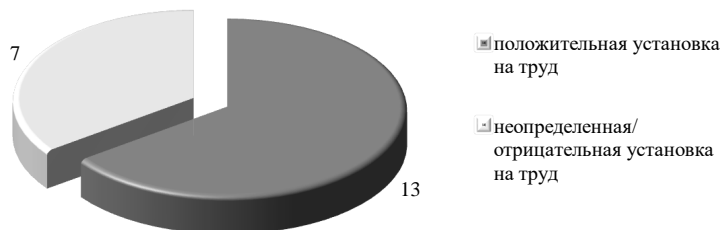


Рисунок 4 – Количественное распределение испытуемой группы в зависимости от установки на труд (n=20)

На данном рисунке прослеживается достаточно большой процент испытуемых (35%), которые высказали неопределенную/отрицательную установку на труд. Так же из рисунка 3 видно, что неопределенную/отрицательную установку на труд выражали 50% пациентов травматологического и неврологического профилей.

Следовательно, это требует дополнительной проработки и исследований, так как данный факт будет влиять на результативность выполнения мероприятий профессиональной и трудовой реабилитации содержащихся в индивидуальной программе реабилитации, абилитации инвалида и, соответственно, позволит предотвратить экономический ущерб от их невыполнения.

К каждому пациенту нужно искать индивидуальный подход, так как изменение паттернов поведения является сложной задачей для специалиста. Правильное выстраивание коммуникаций с пациентом, чтобы убедить его наиболее полно следовать рекомендациям, умение расположить к себе пациента, внушить позитивный настрой приобретает особую важность в работе медицинских специалистов. Восстановление социального статуса, работоспособности (трудоспособности), то есть возврат человека в семью, общество, коллектив является основным и многогранным процессом реабилитации.

В соответствии с пилотным исследованием индивидуальный подход к пациенту в профессиональном консультировании с точки зрения биопсихосоциальной модели предусматривает выявление профессионально значимых функций на основании сбора информации о профессиональной принадлежности, уровне квалификации, профессиональном статусе, уровне образования, составлении профессиограммы доступной профессии, проведение профессионального анализа.

Заключение. Биопсихосоциальная модель и принцип индивидуального подхода к пациенту, существующий в реабилитации обеспечивает социальную интеграцию пациента в общество и улучшение качества жизни в целом. Реализация этих подходов на практике возможна через разработку опросника для определения установки на труд. Это позволит оценить мотивацию и желание пациентов с различными профилями заболеваний к продолжению или возврату к трудовой деятельности и создаст возможность эффективно реализовать индивидуальную программу реабилитации, абилитации инвалида в части профессиональной и трудовой реабилитации.

Литература

1. Численность людей с инвалидностью в Республике Беларусь [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://mpt.gov.by/ru/trade-union-news/v-belarusi-prozhivaet-bolee-olumlionna-lyudey-s-invalidnostyu>. – Дата доступа: 23.05.2023.
2. Индивидуальная программа реабилитации, абилитации инвалида [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.mintrud.gov.by/ru/individualnaya-programma-reabilitacii-invalida-ru>. – Дата доступа: 25.05.2023.

3. Закон Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. №183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции» [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H12200183&p1=1>. – Дата доступа: 23.05.2023.

4. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 10 августа 2021 г. №96 «О формах индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида, ребенка-инвалида» [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=W22137244> – Дата доступа: 25.05.2023.

5. Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация // Высшая аттестационная комиссия Республики Беларусь [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://vak.gov.by/> – Дата доступа: 20.05.2023.

6. Шмонин, А.А. Организационно-методические основы восстановительной медицины и медицинской реабилитации / А.А. Шмонин, М.Н. Мальцева, Е. В. Мельникова, Г.Е. Иванова // Вестник восстановительной медицины. – №2 – 2017 – С.16-17.

7. Басакова, М.Е. Проблемы трудовой реабилитации и профессиональной переподготовки инвалидов / М. Е. Басакова, И.В. Соболева // Народнонаселение. – №2. – 2012. – С.110-118.

Трудовой прогноз у постинфарктных пациентов, занятых физическим трудом

Пацко А.И.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Труд и профессиональная деятельность – важнейшие составляющие в жизни людей, которые раскрывают перед человеком широкие возможности не только для приобретения материальных благ, но и для его самореализации как творческой личности. Способность к труду зависит от такого фактора, как здоровье. Здоровье и труд – социальные блага, важнейшие компоненты человеческого благосостояния, представляющие собой предпосылку, момент и результат социального развития, а также факторы, взаимообуславливающие друг друга: с одной стороны, накладывающие ограничения на их использование, а с другой стороны, расширяющие возможности друг друга.

В Республике Беларусь одним из ведущих расстройств, которые приводят к формированию ограничений жизнедеятельности (инвалидности) в настоящее время являются болезни системы кровообращения. В 2021 году количество лиц, в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний системы кровообращения составило 18438 человек [1]. А по сведениям Межгосударственного статистического комитета Содружеств Независимых Государств (далее – СНГ), в странах СНГ болезни системы кровообращения занимают первое место среди причин инвалидности и смертности взрослого населения. При этом значительная

часть таких людей находится в трудоспособном возрасте, нанося тем самым значительный экономический ущерб государству [2]. В 2019 году в странах СНГ показатель первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения составил 2951 случай на 100 000 человек населения (в 2018 году – 2991 случай). С диагнозом «болезни системы кровообращения» в 2019 году впервые были признаны инвалидами 139 пациентов на 100 тысяч человек населения в возрасте 18 лет и старше [3].

В структуре болезней системы кровообращения большую часть составляет ишемическая болезнь сердца (далее – ИБС), одним из ярких проявлений которой является инфаркт миокарда (далее – ИМ). Среди пациентов, перенесших ИМ в рабочих профессиях, связанных с физическим трудом, заняты около 70-80%. А интенсивный физический труд является фактором, утяжеляющим характер и течение заболевания сердечно-сосудистой системы, в связи с чем особенно важно определить наличие и исключить вредные факторы на рабочих местах с целью профилактики прогрессирования болезни.

Современные подходы к оценке результатов оказания медицинской помощи учитывают не только динамику восстановления нарушенных функций, но и социальное восстановление [4]. Это имеет особое значение для больных ИБС, чей типологический личностный склад предполагает высокую работоспособность и мотивированность трудовой деятельности, особую значимость ее в системе жизненных ценностей [5]. В это же время возврат или невозврат больных ИБС к трудовой деятельности определяется рядом объективных факторов, одним из которых является трудовой прогноз.

«Трудовой прогноз – это предвидение возможности или невозможности возвращения больного к своей прежней работе или к другой, не менее квалифицированной» [6]. Чаще трудовой прогноз зависит от клинического прогноза и совпадает с ним. В то же время клинический прогноз основан на клинико-функциональном диагнозе и характеризует вероятную динамику клинических проявлений и расстройств функций организма, при его определении оценивается эффективность проведенной терапии, наличие профилактики осложнений, медицинской реабилитации. А трудовой прогноз – это комплексный показатель, который основывается на оценке профессионально значимых нарушений, характера и течения заболевания, условий труда, в которых реализуется занятость.

Таким образом, клинический и трудовой прогнозы отражают разные аспекты и могут находиться в определенном противоречии друг с другом, особенно в тех случаях, когда имеющееся заболевание протекает без существенных функциональных нарушений, не приводит к ограничениям жизнедеятельности, и пациенты, несмотря на наличие патологии с морфологическими изменениями, могут длительно продолжать трудовую деятель-

ность в условиях не адекватных состоянию их здоровья, нанося ущерб и усугубляя свое состояние.

Определенные трудности возникают во время оценки трудового прогноза при сомнительном клиническом прогнозе, так как даже при таком прогнозе, при положительной установке на труд, возможно продолжение трудовой деятельности на специализированном рабочем месте или в обычных условиях труда, в профессиях рабочих и (или) должностях специалистов, служащих при сокращенной продолжительности рабочего времени, что позволило бы им сохранить прежний уровень жизни, избежать профессиональной и социальной дезадаптации.

Цель работы. Провести профессиографическое исследование пациентов с ИБС и на основании полученных данных оценить их трудовой прогноз.

Материалы и методы. В ходе ретроспективного исследования был проведен анализ 20 трудоспособных пациентов с ИБС. В тематическую выборку были включены пациенты трудоспособного возраста (женщины до 58 лет, мужчины до 63 лет, средний возраст составил $55,5 \pm 5,8$ лет). Проведена профессиографическая оценка всех пациентов по данным, представленным в консультационно-поликлиническое отделение ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации». Статистический анализ проводился с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel, а также с использованием приложения Vassarstats. Применялись методы описательной статистики. Для показателей, характеризующих качественные признаки, учитывалось абсолютное число, относительная величина в процентах (Р, %), при расчете погрешности относительной величины использовался 95 % доверительный интервал (95 ДИ).

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам, включенным в исследование, был проведен анализ клинико-функционального состояния, а также осуществлена профессиографическая оценка, изучены условия труда по данным, представленным для цели экспертизы нанимателем: производственная характеристика, сведения о выполняемой работе, материалы аттестации рабочего места по условиям труда, включающие: карту аттестации рабочего места по условиям труда, карты фотографии рабочего времени, протоколы количественных измерений и расчетов факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса. Были проанализированы и (или) оценены вредные и опасные факторы производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса в соответствии с нормативно-правовыми актами в сфере санитарно-гигиенических требований к условиям труда работников, определены медицинские противопоказания к работе на основании документов, регламентирующих допуск к работе к вредными и опасными условиями труда [7, 8].

В структуре ИБС преобладали инфаркты миокарда – у 15 (75%, 95% ДИ: 53,1-88,8) пациентов. Из них крупноочаговые инфаркты миокарда – у 8 (53,3%, 95% ДИ: 30,1-75,2) пациентов, мелкоочаговые инфаркты миокарда – у 4 (26,7%, 95% ДИ: 10,9-51,2) пациентов, повторные инфаркты миокарда – у 3 (20%, 95% ДИ: 7,0-45,1) пациентов.

Из 20 исследуемых пациентов 3 (15%, 95% ДИ: 5,2-36,0) пациента были заняты в должностях специалистов, а 17 (85%, 95% ДИ: 64,0-94,7) пациентов были заняты в квалифицированных профессиях рабочих, что отражено на рисунке 1.



Рисунок 1 – Распределение пациентов в зависимости от занятости (n=20)

Из числа пациентов, осуществляющих трудовую деятельность в профессиях рабочих, были заняты физическим трудом 14 (82%, 95% ДИ: 59,0-93,8) пациентов, а 3 (18%, 95% ДИ: 6,2-41,0) пациента не были заняты физическим трудом, что отражено на рисунке 2.



Рисунок 2 – Распределение пациентов (профессии рабочих), в зависимости от занятости физическим трудом (n=17)

Ограничения способности к трудовой деятельности были выявлены у 14 (70%, 95% ДИ: 48,1-85,4) пациентов из 20, то есть у всех пациентов, занятых физическим трудом, что отражено на рисунке 3.

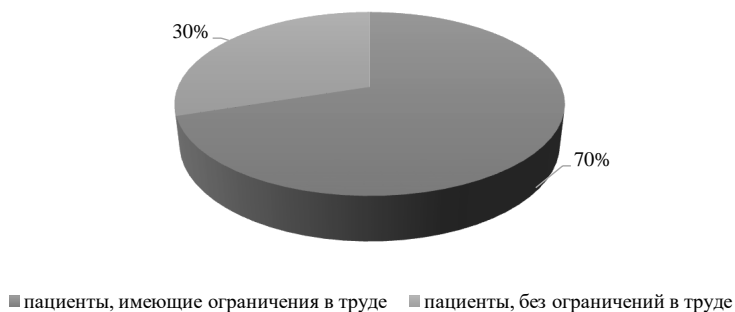


Рисунок 3 – Распределение пациентов, в зависимости от наличия ограничений в труде (n=20)

Способность к трудовой деятельности, из числа пациентов занятых физическим трудом и имеющих ограничения в труде, как видно из рисунка 4, была ограничена: в легкой степени у 4 (28,6%, 95% ДИ: 11,7-54,7) пациентов, в умеренной - у 6 (42,8%, 95% ДИ: 21,7-67,4) пациентов, в выраженной – у 2 (14,3%, 95% ДИ: 4,0-40,0) пациентов. У 2 (14,3%, 95% ДИ: 4,0-40,0) пациентов были определены резко выраженное ограничение способности к трудовой деятельности.

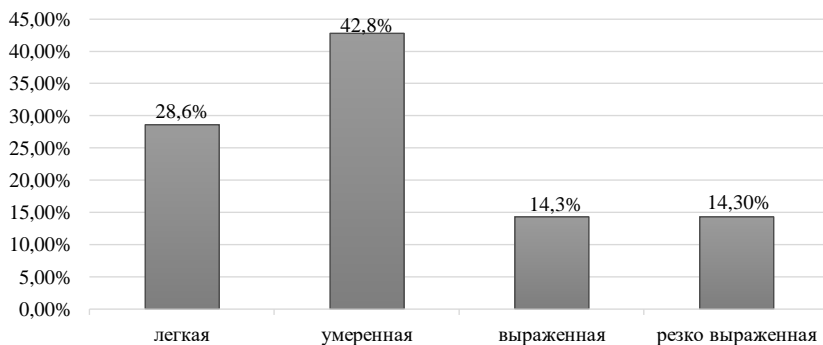


Рисунок 4 – Структура степени ограничений трудовой деятельности (n=14)

В ходе исследования выявлено, что факторы тяжести трудового процесса статического и динамического характера, обусловленные подъемом и перемещением груза вручную, стереотипными рабочими движениями, наклонами корпуса (более 30° от вертикали), поддержанием неудобной и (или) фиксированной, вынужденной рабочей позы присутствуют на рабочих местах у 14 пациентов. Из них у 3 (21,4%) пациентов условия труда по данному фактору были оценены классом 3.2 (вредный 2-й степени), у 7 (50%) пациентов классом 3.1 (вредный 1-й степени), а у 4 (28,6%) пациентов классом 2 (допустимый), что отражено на рисунке 5.

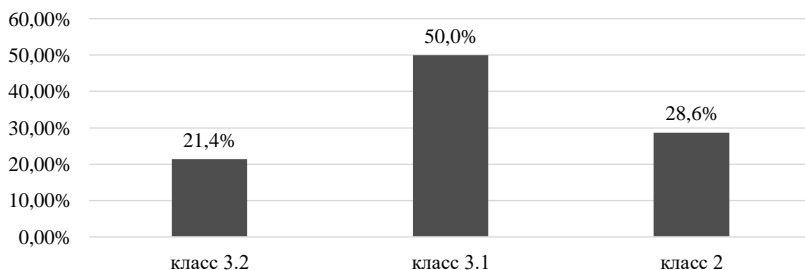


Рисунок 5 – Структура тяжести трудового процесса (n=14)

Из числа пациентов, имеющих ограничение способности к трудовой деятельности, у 3 (21,4%, 95% ДИ:7,6-47,6) пациентов клинко-трудоуой прогноз был оценен, как относительно неблагоприятный, в связи с необходимостью уменьшения влияния неблагоприятных производственных факторов и условий труда, а у 2 (14,3%, 95% ДИ:4,0-40,0) пациентов был оценен, как сомнительный, в связи с противопоказанностью трудовой деятельности, согласно критериев установления инвалидности у лиц старше восемнадцати лет, утвержденных постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.06.2021 №77 «О вопросах проведения медико-социальной экспертизы».

Для объективного суждения о способности к трудовой деятельности и трудовом прогнозе с точки зрения биопсихосоциальной парадигмы необходима детализация психофизиологических и социальных аспектов жизнедеятельности человека. Комплексная оценка физического состояния пациентов занятых в профессиях рабочих, требующих значительной мышечной активности, является особенно важной для предупреждения (профилактики) утяжеления заболевания и, как следствие, повышения группы инвалидности. Также значимую роль играет оценка психологического состояния пациента. Определение профессиональной активности, эмоционального настроения на профессиональную деятельность – важные факторы установки на трудовую

деятельность. Не оценивался такой показатель, как работоспособность, которая отражает характеристики тех систем и функций человека, которые необходимы для выполнения профессиональных задач и зависит от уровня физического, физиологического и психологического состояний, здоровья и других факторов, а учитывались лишь условия труда на рабочем месте.

Выводы. В ходе исследования было выявлено, что из числа пациентов, осуществляющих трудовую деятельность в профессиях рабочих, физическим трудом были заняты 14 (82%, 95% ДИ: 59,0-93,8) пациентов. Из них вредные условия труда по фактору тяжести трудового процесса присутствуют на рабочих местах у 10 пациентов: у 3 (21,4%) пациентов условия труда по данному фактору оценены классом 3.2 (вредный 2-й степени), у 7 (50%) пациентов классом 3.1 (вредный 1-й степени). Из числа исследуемой группы пациентов ограничения способности к трудовой деятельности, были выявлены у всех пациентов, занятых физическим трудом – у 14 (70%, 95% ДИ: 48,1-85,4) пациентов. Из числа пациентов, имеющих ограничение трудовой деятельности, у 3 (21,4%, 95% ДИ: 7,6-47,6) пациентов клинико-трудовой прогноз был оценен, как относительно неблагоприятный, в связи с необходимостью уменьшения влияния неблагоприятных.

Литература

1. Здравоохранение. (Статистические данные) [Электронный ресурс] // Режим доступа: https://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/zdravoohranenie_2. – Дата доступа: 21.05.2023.
2. Глущенко, В.А. Сердечно-сосудистая заболеваемость – одна из важнейших проблем здравоохранения / В.А. Глущенко, Е.К. Иркиленко // Медицина и организация здравоохранения. – 2020. – №4(1). – С.56-63.
3. Заболеваемость, инвалидность и состояние здравоохранения в странах Содружества: аналитическая записка // Межгосударственный статистический комитет содружества независимых государств Interstate statistical committee Of the commonwealth of independent states. – 2020.
4. Горелик, С.Г. Современное состояние и перспективы развития стационарного этапа реабилитации больных старческого возраста хирургического профиля в Российской Федерации (на примере г. Белгорода) / С.Г. Горелик, Т.В. Савушкина // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – №.4. – С.19-23.
5. Лобач, Л.Л. Психология труда: учебно-методическое пособие к проведению практических занятий для студентов специальности 1-08 01 01 «Профессиональное обучение» / И.И. Лобач, Е.Е. Белановская, О.В. Данильчик, Т.С. Каминская. – 2017. – 235 с.
6. Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация // Высшая аттестационная комиссия Республики Беларусь [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://vak.gov.by/node/1709>. – Дата доступа: 20.05.2023.
7. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 декабря 2012 г. №211 «Об утверждении Санитарных норм и правил «Гигиеническая классификация условий труда» и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2007 г. №176» // Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=W21326895r>. – Дата обращения 17.05.2023.
8. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 июля 2019 г. №74 «О проведении обязательных и внеочередных медицинских осмотров работающих» // Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W21934675&p1=1>. – Дата обращения: 21.05.2023.

Клинические рекомендации как источник совершенствования медицинской помощи инвалидам с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и хронической сердечной недостаточностью

Сабирова Э.Р., Бурыкин И.М., Ибрагимов Р.Ф., Шарафутдинова Г.М.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,
г. Казань, Российская Федерация

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Казань, Российская Федерация

ЧУЗ «Клиническая больница РЖД-Медицина», г. Казань, Российская Федерация
Казанская государственная медицинская академия - филиал ФГБОУ ДПО
РМАНПО Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Казань, Российская Федерация

Актуальность. Порядок организации медицинской реабилитации взрослых, утвержден Приказом МЗ РФ от 31 июля 2020 г. №788н. Медицинская реабилитация осуществляется на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи в три этапа с последующей оценкой эффективности реабилитационных мероприятий, реализованных в рамках индивидуального плана медицинской реабилитации. Лекарственная терапия, как составляющая медицинской реабилитации, также должна осуществляться с использованием современных клинических рекомендаций. На необходимость использования клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи указывается в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ. Фармакотерапия является важной частью медицинской реабилитации инвалидов. Однако качеству льготной фармакотерапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями уделяется мало внимания.

Цель. Отбор индикаторов, характеризующих качество и безопасность оказания медицинской помощи инвалидам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в субъектах Российской Федерации.

Материалы и методы. Проведен экспертный опрос 23 врачей по медико-социальной экспертизе. Одна из групп показателей разработана с учетом действующих клинических рекомендаций «Артериальная гипертензия у взрослых» (2020 г.), «Стабильная ишемическая болезнь сердца» (2020 г.), «Хроническая сердечная недостаточность» (2020 г.).

Все показатели оценивались каждым экспертом от 1 до 5 баллов по следующим критериям:

– степень социальной (общественной) значимости (критерий 1.1);

- возможность точной оценки при экспертизе случая повторного направления на освидетельствование в бюро МСЭ (критерий 1.2);
- степень вклада в улучшение показателей продолжительности и качества жизни инвалидов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (критерий 1.3);
- степень вклада в снижение уровня повторной инвалидности при сердечно-сосудистых заболеваниях (критерий 1.4);
- возможность контроля со стороны медицинского учреждения (критерий 1.5).

Для количественной оценки степени совпадения ответов экспертов рассчитывался коэффициент конкордации Кендалла (W). Значимость различий оценивалась с использованием непараметрического критерия Фридмана.

Результаты. По результатам исследования установлено, что среди показателей, сформулированных с использованием принципов клинических рекомендаций, наибольшим коэффициентом конкордации характеризовался показатель «контроль эффективности назначения лекарственных препаратов» ($W=0,37551$), что соответствует средней согласованности мнений экспертов. Для этого же показателя была получена статистически значимая разница по коэффициенту конкордации в сравнении со всеми другими показателями ($p=0,00000$).

На второй позиции по коэффициенту конкордации оказался показатель «подбор суточной дозы всех лекарственных препаратов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и инструкцией к лекарственному препарату» ($W=0,30019$), что также соответствует средней согласованности мнений экспертов. Для этого же показателя была получена статистически значимая разница по коэффициенту конкордации в сравнении со всеми другими показателями ($p=0,00001$). Для всех остальных основных показателей была констатирована преимущественно низкая согласованность мнений экспертов и высокая статистическая значимость различий.

Показатель «подбор курсовой дозы всех лекарственных препаратов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и инструкцией к лекарственному препарату» характеризовался коэффициентом конкордации $W=0,25082$, что соответствует низкой согласованности мнений экспертов, и высокой статистической значимостью различий ($p=0,00012$). Показатель «назначение фармакотерапии в соответствии с действующими клиническими рекомендациями» характеризовался коэффициентом конкордации $W=0,25078$, что соответствует низкой согласованности мнений экспертов, и высокой статистической значимостью различий ($p=0,00012$). Показатель «назначение лекарственных препаратов для нормализации липидного спектра крови при ишемической болезни сердца» характеризовался коэффициентом конкордации $W=0,19639$, что соответствует низкой согласованности мнений экспертов, и высокой статистической значимостью различий ($p=0,0017$).

Выводы. Несомненными лидерами среди показателей, сформулированных с использованием принципов клинических рекомендаций, являются показатель «контроль эффективности назначения лекарственных препаратов» ($W=0,37551$; $p=0,00000$) и показатель подбор суточной дозы всех лекарственных препаратов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и инструкцией к лекарственному препарату» ($W=0,30019$; $p=0,00001$), что свидетельствует об актуальности разработки критериев для оценки качества оказания медицинской помощи инвалидам, в том числе для сравнительной оценки на уровне регионов и медицинских организаций.

Реализация основных принципов и положений «Конвенции о правах инвалидов» в ГУ «Республиканский санаторий «Белая вежа» для ветеранов войны, труда и инвалидов»

Семенюк А.С., Корнелюк А.М.

ГУ «Республиканский санаторий «Белая Вежа» для ветеранов войны, труда и инвалидов», Республика Беларусь, пос. Приозерский, Республика Беларусь

Государственное учреждение «Республиканский санаторий «Белая Вежа» для ветеранов войны, труда и инвалидов» – это динамично развивающаяся санаторно-курортная организация, которая уже более 23 лет предлагает свои услуги по оздоровлению и санаторно-курортному лечению жителям Республики Беларусь, а также ближнего и дальнего зарубежья (рисунк 1, 2).



Рисунок 1 – Главный вход



Рисунок 2 – Лечебный корпус

В 2021 году решением Республиканской комиссии по государственной аттестации санаторно-курортных и оздоровительных организаций,

учреждение успешно подтвердило статус санаторно-курортных организаций первой категории.

Главной задачей учреждения является оказание санаторно-курортных услуг и реабилитационной помощи жителям республики на основе использования имеющихся в здравнице уникальных для Беларуси природных и преформированных (искусственно созданных) лечебных факторов.

Основные профили санатория: заболевания системы кровообращения, органов дыхания и опорно-двигательного аппарата.

Коечная мощность санатория – 250 мест, в том числе 225 мест для отдыхающих по путевкам Республиканского центра по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения и 25 мест для отдыхающих за счет собственных средств.

Ежегодно в учреждении при плановой загрузке проходят санаторно-курортное лечение более пяти тысяч человек.

В целом за 6 лет (с 2017 по 2022 год) и 3 мес. 2023 года в учреждении прошли оздоровление и лечение 28794 граждан, в том числе 8790 инвалидов.

В общей структуре оздоровившихся граждан удельный вес инвалидов составил 31%, инвалиды колясочники 2% (626 чел.).

Структура отдыхающих граждан с инвалидностью: 1 группа – 15% (1337 чел.); 2 группа – 80% (7017 чел.); 3 группа – 4% (369 чел.); ИОВ – 1% (67 чел.).

Доминирующей патологией у людей с инвалидностью является патология системы кровообращения 51% (4483 чел.), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани 37% (3252 чел.), болезни органов дыхания 5% (440 чел.), а также другая патология 7% (615 чел.).

С учетом вышеизложенного в учреждении созданы и постоянно совершенствуются условия для беспрепятственного доступа отдыхающих с ограниченными физическими возможностями к объектам инфраструктуры:

- все входы в здания, переходы между корпусами оборудованы пандусами и перилами;

- ширина проемов дверей, высота порожков приспособлены для передвижения в коляске, доступа во все кабинеты и номера санатория;

- на лестничных маршах предусмотрены перила с обеих сторон;

- в каждом корпусе предусмотрены лифты;

- для пациентов, передвигающихся в коляске, оборудованы 16 двухкомнатных номеров, расположенных на первых этажах спальных корпусов с отдельным выходом на улицу через балкон;

- в каждом номере для инвалидов – колясочников в душевых установлены специальные откидные стульчики;

- для слабовидящих отдыхающих на лестничных маршах первая и последняя ступени обозначены ярко-желтыми светоотражающими полосами, имеющими противоскользящее покрытие;

– стеклянные полотна входных дверей обозначены предупредительным двусторонним знаком «Желтый круг», хорошо заметным слабовидящим людям;

– в бассейне и ваннах имеются специальные подъёмники (рисунок 3-6).



Рисунок 3 – Пандус у главного входа



Рисунок 4 – Пандус в обеденном зале



Рисунок 5 – Подъёмник в бассейне



Рисунок 6 – Перила (вход в бассейн)

В зале механотерапии установлены специальные тренажеры для инвалидов-колясочников (рисунок 7-8)



Рисунок 7, 8 – Тренажеры в зале механотерапии

Распределение процедур осуществляется в программе «Умный санаторий». Это не требует посещения дополнительных кабинетов, что удобно для лиц с ограниченными физическими возможностями.

Вопрос полного и эффективного включения инвалидов в общество является одним из приоритетных направлений работы санатория.

Люди с ограниченными возможностями обладают высоким духовным и культурным потенциалом. Многие из них поют, пишут стихи, рисуют и с удовольствием принимают участие культурно-массовых мероприятиях санатория. Особой популярностью пользуются мастер-классы по прикладному искусству, где они учатся изготавливать поделки и сувениры своими руками (рисунок 9, 10).



Рисунок 9 – Концерт



Рисунок 10 – Поделки,
изготовленные отдыхающими

Вовлечение отдыхающих в социальную и культурную жизнь санатория помогает их творческой самореализации и личностному росту. А задача работников санатория - поддержать людей в сложной жизненной ситуации, помочь человеку найти себя и почувствовать, что он может жить полноценной, насыщенной и активной жизнью.

В 2023 году запланировано дальнейшее совершенствование безбарьерной среды в учреждении.

Разработана проектно-сметная документация, которая предусматривает информационное оснащение учреждения с применением визуальных, звуковых и тактильных средств информации, а именно:

- установка речевых звуковых электронных информаторов с дистанционным управлением;
- изготовление тактильных табличек со шрифтом Брайля;

– замена кнопок вызова и панелей управления движением лифтов в спальнях корпуса с выделением их цветом и маркировкой шрифтом Брайля;

– тактильные направляющие на полу;

– модернизация главного входа в учреждение и здание 1-го спального корпуса в части устройства автоматических распашных дверей.

С целью расширения повышения мобильности людей с ограниченными физическими возможностями прорабатывается вопрос закупки специального автомобиля для инвалидов колясочников.

Введение должности инструктора-методиста по эрготерапии для максимальной реадaptации инвалидов к окружающей среде и восстановления социальных, бытовых, рабочих, функциональных и двигательных навыков.

Санаторно-курортное лечение Республики Беларусь позволяет значительно улучшить качество жизни людей, в том числе с инвалидностью.

Современная лечебная база санатория «Белая Вежа» позволяет обеспечить доступную и качественную лечебно-оздоровительную помощь жителям Республики Беларусь.

Литература

1. Постановление Совета министров Республики Беларусь 13 июня 2017 г. №451 «Об утверждении национального плана действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов на 2017-2025 годы». – С.11.

2. Закон Республики Беларусь 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции» – С.21.

3. Статистические данные государственного учреждения «Республиканский санаторий «Белая Вежа» для ветеранов войны, труда и инвалидов» за 2017-2023 год.

Опыт применения криотерапии при болях в плече после мозгового инсульта

Сикорская И.С., Святская Е.Ф., Емельянов Г.А., Жукова Т.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Острое нарушение мозгового кровообращения, помимо неврологических проявлений, имеет множество коморбидных расстройств и осложнений. Одним из таких осложнений является постинсультная боль в плече. Распространенность развития постинсультного болевого синдрома в области плеча, по данным разных авторов, составляет от 16% до 80% [1, 2]. Столь высокая частота поражения в значительной степени объясняется особенностями анатомии и биомеханики плечевого сустава, а также фи-

зиологией сухожильной ткани [3]. Основными условиями формирования боли в области плеча являются: большая подвижность и недостаточная стабильность головки плеча в суставной впадине лопатки, уязвимость структур периферической нервной системы в области плечевого пояса и плеча, значительные функциональные нагрузки на нервно-мышечный аппарат плечевого сустава [4]. Возникновение болевого синдрома также связывают с нарушением двигательного контроля, чувствительными нарушениями, неглектом, спастичностью, сублюксацией плеча [5-8].

Повышение мышечного тонуса и болевой синдром в плече тормозят мышечную активность, затрудняя выработку изолированных произвольных движений в сегментах пораженной руки, нарушают у пациентов чувство равновесия в вертикальном положении и, в целом, затрудняют движения тела [9]. Сохраняясь в течение многих месяцев и даже лет, они приводят к формированию контрактур, препятствуют выполнению повседневных бытовых манипуляций и могут серьезно отразиться на психике пациента.

Анальгетический эффект криотерапии отмечают все авторы, занимающиеся данным вопросом [2-4]. Способность криотерапии быстро (через 5-10 мин.) и надолго (от 3 до 8 часов) снимать боль различного происхождения объясняется «блокированием» болевых рецепторов кожи и аксон-рефлексов, нормализацией антидромной возбудимости нейронов спинного мозга, участием эндогенных опиоидов в реализации эффектов криотерапии, а также регуляцией сосудистого тонуса и разрывом порочного круга «боль – мышечный спазм – боль».

Возможность регулирования мышечного тонуса – одно из наиболее ценных свойств криотерапии. Спазмолитические эффекты криотерапии при локальном воздействии связаны прежде всего с возбуждением кожных рецепторов и реализуются через экстерорецепторный аппарат кожи и гамма-мотонейронную систему. При этом отмечается снижение моносинаптической возбудимости спинного мозга и моторной реакции.

Вместе с тем, локальная криотерапия не вызывает значимого изменения центральной гемодинамики, не провоцирует развития ишемии миокарда, нарушений сердечного ритма и проводимости, не оказывает существенного влияния на артериальное давление, что позволяет использовать метод у пациентов мозговым инсультом в остром и раннем восстановительном периоде.

Цель исследования. Изучение эффективности локальной криотерапии для купирования болевого синдрома и понижения мышечного тонуса в области плеча у постинсультных пациентов.

Материалы и методы. В исследование были включены 29 пациентов в сроки 4-8 недель после мозгового инсульта (мужчин – 19, женщин – 10). Средний возраст пациентов 55 ± 7 лет. На момент поступления все пациенты предъявляли жалобы на боль и нарушение движений в плечевом

суставе. Выраженный парез руки наблюдался в 62% случаев, умеренный – в 38% случаев.

В качестве контрольной группы обследованы 22 пациента, сопоставимых по возрасту, полу, неврологическому дефициту и срокам заболевания. Обеим группам назначалась аналогичная базисная терапия и двигательная реабилитация.

Целенаправленное обследование пациентов включало: рентгенографию плечевых суставов (фронтальная проекция в положении сидя или стоя с опущенными вдоль тела руками); оценку функциональных возможностей верхней конечности, оценку пассивного объема движений в плечевых суставах (безболезненное отведение плеча), распределения тонуса мышц плечевого пояса, способность к повседневной деятельности.

Степень спастичности мышц, которая служила главным целевым показателем, определяли по модифицированной шкале Ашворт (Modified Ashworth Scale of Muscle Spasticity).

Для оценки болевого синдрома, связанного с повышением мышечного тонуса, проводилось определение объема безболезненного движения при пассивном отведении плеча с обеих сторон. Функциональные возможности верхней конечности оценивались по тесту «Оценка Моторики Ривермид» (Rivermead Motor Assessment).

Индекс Бартел (Barthel Index в версии Shah et al.) был использован в качестве дополнительного показателя оценки способности пациента к самообслуживанию в повседневной жизни.

Пациентам основной группы назначали курс локальной криотерапии в качестве монофизиотерапии ежедневно 10 процедур. Локальная криотерапия проводилась от аппарата «Kryotur 600». Аппликатор в виде манжеты накладывался на область надплечья; используемая температура 5-12°, продолжительность воздействия – 10-15-20 мин. Избранная температура аппликаторов аппарата оставалась постоянной в течение всей процедуры. Перед процедурой криотерапии пациентам проводили холодовую пробу.

Результаты исследования. Анализ результатов исследования показал, что после курса реабилитации в обеих группах отмечались позитивные сдвиги по всем параметрам (функция верхней конечности, мышечный тонус, активность повседневной жизни), однако в основной группе пациентов, получавших криотерапию, они были более значимыми.

Разница в объеме движений (безболезненное отведение плеча) здоровой и пораженной сторон в основной группе через 7 дней достоверно сократилась (с 88 до 35 градусов), а к концу курса – достигла 24 градусов. В контрольной группе значительная разница в объеме движений сторон (до 52,8 градусов) оставалась вплоть до окончания лечения, что может служить объективным показателем сохранения выраженности болевого синдрома.

По результатам исследования основного целевого показателя – мышечного тонуса – отмечалось значительное преимущество локальной криотерапии. Как следует из таблицы 1, при завершении курса уменьшение спастичности наблюдалось у подавляющего числа пациентов основной группы – 96,6% (28 чел.) и у 72,7% (16 чел.) – контрольной. Более значимо различались количественные показатели, характеризующие изменение тяжести спастичности. В основной группе балл по шкале Ашворт снизился на 3 пункта у 3 (10,4%) пациентов и на 2 пункта у 10 (34,5%) пациентов.

Таблица 1 – Изменение степени спастичности по шкале Ашворт

Изменение степени спастичности (баллы)	Основная группа (n=29), %	Контрольная группа (n=22), %
-3	10,4 (3)	-
-2	34,5 (10)	18,1 (4)
-1	51,7 (15)	54,6 (12)
0	3,4 (1)	27,3 (6)

Миорелаксирующий эффект стойко сохранялся в течение всего курса лечения, что значительно повысило доступность и эффективность методик физической реабилитации. Соответствующие показатели в контрольной группе составили: 0 (0%) и 4 (18,1%) пациента.

Снижение мышечного тонуса и болевого синдрома в области плеча под влиянием криотерапии привело к увеличению объема движений в плечевом суставе, что в свою очередь позитивно отразилось на функции верхней конечности (таблица 2).

Таблица 2 – Оценка функции верхней конечности

Rivermead Motor Assessment (баллы)	Основная группа (n=29), %		Контрольная группа (n=22), %	
	до	после	до	после
15	-	6,9 (2)	-	-
11-14	6,9 (2)	13,8 (4)	9,1 (2)	9,1 (2)
7-10	27,5 (8)	51,8 (15)	13,6 (3)	27,3 (6)
4-6	55,3 (16)	27,5 (8)	66,6 (14)	59,1 (13)
0-3	10,3 (3)	-	9,5 (2)	4,5 (1)

Низкие функциональные показатели (4-6 баллов) после курса реабилитации у пациентов основной группы сохранились только в 27,5%, а у 2 пациентов (6,9%) было отмечено практически полное восстановление функции пораженной руки. В контрольной группе на фоне сохраняющего-

ся болевого синдрома восстановление функции верхней конечности можно охарактеризовать как незначительное. Максимально достигнутый показатель для данной группы составил 7-10 баллов и был зарегистрирован у 27,3% (6) пациентов. В тоже время большинство пациентов (59,1%) продемонстрировали неудовлетворительную функциональную активность (преимущественно 4-6 баллов).

Динамика показателей независимости в повседневной жизни (таблица 3) подтверждает клинически значимые преимущества пациентов основной группы в освоении базисных адаптивных способностей (навыков личной гигиены, самостоятельного приема пищи, одевания и перемещения).

Таблица 3 – Динамика активности повседневной деятельности

Barthel Index, (баллы)	Основная группа (n=29), %		Контрольная группа (n=22), %	
	до	после	до	после
100	-	13,8 (4)	-	-
95-80	10,3 (3)	24,2 (7)	9,1 (2)	13,7 (3)
75-60	51,8 (15)	31,0 (9)	54,5 (12)	50,0 (11)
55-40	24,2 (7)	27,6 (8)	22,7 (5)	31,7 (7)
35-20	10,3 (3)	3,4 (1)	9,1 (2)	4,6 (1)
менее 20	3,4 (1)	-	4,6 (1)	-

Выраженную зависимость от посторонней помощи после курса реабилитации сохраняли 31% пациентов основной группы и 36,3% – контрольной. В то же время, количество пациентов с легкой физической зависимостью (24,2%) в основной группе превосходило таковое в контрольной группе в 1,8 раза.

Пациенты основной группы демонстрировали достаточную уверенность в передвижении и выполнении бытовых манипуляций, охотнее посещали занятия эрготерапией. 4 пациента (13,8%) основной группы с умеренным парезом левой (недоминантной) руки к моменту выписки были полностью независимы в повседневной жизни.

Выводы. Обобщая полученные результаты, можно заключить, что включение локальной криотерапии в комплексную физическую реабилитацию пациентов мозговым инсультом, осложненного болевым синдромом в области плеча, в значительной степени способствует снижению аномально высокого тонуса мышц плечевого пояса, обеспечивая регресс боли и возрастание функциональной активности пораженной руки. Благодаря увеличению объем безболезненных движений в плечевом суставе пациенты получают возможность эффективнее восстановить утраченные навыки повседневной жизни в процессе реабилитации. Для сохранения анальгети-

ческого и спазмолитического эффекта криотерапии целесообразно повторять процедуры дважды в день с интервалом 4-5 часов, непосредственно перед лечебной физкультурой и эрготерапией.

Литература

1. Barlak, A. Poststroke shoulder pain in Turkish stroke patients: relationship with clinical factors and functional outcomes / A. Barlak, S. Unsal, K. Kaya, S. Sahin-Onat // *Int J Rehabil Res.* – 2009. – № 32(4). – P.309-315.
2. Данилов, В.И. Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики / В.И. Данилов, Д.Р. Хасанова – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. – 248 с.
3. Широков, В.А. Боль в плече: патогенез, диагностика, лечение / В.А. Широков. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 240 с.
4. Симонян, В.А. Дифференциальная диагностика боли в области плеча (1-е сообщение) / В.А. Симонян, Я.А. Гончарова, С.К. Евтушенко // *Международный неврологический журнал.* – 2006. – №4(8). – С.138-141.
5. Mohamed, E Khallaf. Optimizing overall function of the upper limb is effective treatment for shoulder pain in individuals with stroke: a randomized controlled trial / Mohamed E Khallaf // *International Journal of Physiotherapy and Research, Int J Physiother Re.* – 2014. – Vol. 2. – №2. – P.474-79.
6. Sheean, G. The pathophysiology of spasticity / G. Sheean // *European Journal of Neurology.* – 2002. – Vol. 9. – P.3-9.
7. Demirci, A. Shoulder pain in hemiplegic patients / A. Demirci, B. Ocek, F. Koseoglu // *J Phys Med Rehabil Sci.* – 2007. – №1. – P.25-30.
8. Lindgren, I. Shoulder pain after stroke: a prospective population-based study / I. Lindgren, A. Jonsson, B. Norrving, A. Lindgren // *Stroke.* – 2007. – №38. – P.343-348.
9. Rajaratnam, B. Predictability of simple clinical tests to identify shoulder pain after stroke / B.S. Rajaratnam, N. Venketasubramanian, P.V. Kumar et al. // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* – 2007. – Vol. 8. – №8. – P.1016-1021.

Анализ параметров частоты сердечных сокращений в период проведения физических тренировок у пациентов с инфарктом миокарда

Степанец Е.А., Крупенин В.П., Елинский А.А., Кобылко Л.А.

У «Гомельский областной кардиологический центр»,
г. Гомель, Республика Беларусь

УП «КАРДИАН», г. Минск, Республика Беларусь

УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов
Великой Отечественной войны», г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Кардиологическая реабилитация (далее КР) – это всеобъемлющие (комплексные) долгосрочные программы, включающие медицинскую оценку функционального состояния пациента, модификацию сердечно-сосудистых факторов риска, обучение и консультирование

пациентов перенесших инфаркт миокарда левого желудочка (далее – ИМ ЛЖ) [1]. Эти программы предназначены для ограничения физиологических и психологических последствий заболеваний сердца, снижения риска внезапной смерти или повторного ИМ, контроля за симптомами болезни сердца, стабилизации и обратного развития атеросклеротического процесса. Для лиц, способных выполнять физическую нагрузку, тест с физической нагрузкой (далее – ФН) – лучший способ оценить функциональные возможности сердца и косвенно оценить коронарное кровообращение [2, 3]. В тоже время существует категория пациентов, у которых имеют место относительные или абсолютные противопоказания для проведения теста с ФН (к примеру наличие аневризмы верхушки ЛЖ, желудочковых нарушений ритма высоких градаций) – «слабая» реабилитационная группа. Данная категория пациентов с противопоказаниями к нагрузочному тестированию нуждается в индивидуальном подходе к КР, а также к созданию методов оценки переносимости и эффективности КР [4].

Важным показателем физиологической реакции на физические нагрузки КР, является изменение частоты сердечных сокращений (далее ЧСС) и уровня артериального давления (далее – АД). Согласно клиническим рекомендациям Российского кардиологического общества по реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда, при выполнении программы реабилитации прирост ЧСС при проведении КР не должен превышать 20 ударов, от исходного показателя. Показатели ЧСС и АД измеряются до, во время и после КР и вносятся в индивидуальные карты физической реабилитации пациента и хранятся в истории болезни [5].

Физические тренировки (далее ФТ) проводятся методистами лечебной физической культуры (далее – ЛФК) в тесном сотрудничестве с лечащим врачом, который определяет принадлежность больного к определенному функциональному классу тяжести течения заболевания, соответственно, назначает объем и интенсивность реабилитационных мероприятий. ФТ – занятия ЛФК в щадяще-тренирующем режиме продолжительностью до 20 мин, с максимальной ЧСС на высоте нагрузки до 110 в мин. Рекомендуется участие в специальных группах длительных физических тренировок по программе «слабой» группы ЛФК. Ходьба – в среднем темпе до 90 шагов в минуту без элементов ускорения; дистанция тренирующей ходьбы – 3 км в день за 3-6 приемов.

Цель настоящего исследования. Провести анализ параметров ЧСС в период проведения ФТ по данным индивидуального подсчета (зафиксированные в индивидуальных картах физической реабилитации пациента) и при проведении холтеровского мониторирования электрокардиограммы (далее – ХМ-ЭКГ).

Материалы и методы исследования. Организовано проспективное клиническое исследование пациентов, находившихся в отделении медицинской реабилитации кардиологического профиля учреждения «Гомельский

областной клинический госпиталь ИОВ». В исследование было включено 30 пациентов: перенесшие ИМ ЛЖ (на раннем и позднем этапах медицинской реабилитации). Средний возраст пациентов составил $57,97 \pm 8,8$ лет, из них лица мужского пола составили 83,3% ($n=25$). 73,3% лица трудоспособного возраста ($n=22$). Реваскуляризация была проведена 52,2% пациентам: стентирование 39,1%, АКШ и МКШ – 13%.

При поступлении в отделение реабилитации пациентам определялась степень двигательной активности: на 4-ую ступень двигательной активности поступили 36,7% ($n=11$), на 5-ую ступень – 53,3% ($n=16$), на 6-ую ступень – 10% ($n=3$). КР для пациентов на разных ступенях двигательной активности отличается. В «слабую» группу были включены пациенты 4-ой ступени двигательной активности, это пациенты с ИМ ЛЖ в подостром периоде заболевания (на раннем этапе медицинской реабилитации). В «сильную» группу были включены пациенты 5-ой и 6-ой ступени двигательной активности, пациенты с ИМ ЛЖ (стадия рубцевания, на позднем этапе реабилитации) и пациенты после клапанной коррекции. Анализ показателей ЧСС проводился в период выполнения пациентами лечебной гимнастики (далее – ЛГ) и дозированной ходьбы (далее – ДХ).

Всем пациентам группы исследования было проведено ХМ-ЭКГ с использованием системы длительного мониторингирования ЭКГ и АД «Кардиан СДМ» производства УП «КАРДИАН» [6]. В рамках проведения данного исследования, сотрудниками унитарного предприятия «Кардиан», был разработан специальный алгоритм «Анализа участка ХМ-ЭКГ». Данный алгоритм позволил выделить определенный участок ХМ-ЭКГ и провести анализ средней, минимальной и максимальной ЧСС исключительно на «необходимом» отрезке ЭКГ. В исследование были включены участки ХМ-ЭКГ соответствовавшие периоду выполнения пациентом ЛГ и ДХ [7].

В анализ были включены следующие параметры ЧСС:

- средняя и максимальная ЧСС по данным ХМ-ЭКГ за сутки;
- максимальная ЧСС по данным ХМ-ЭКГ в период выполнения пациентом ЛГ и ДХ;
- максимальная ЧСС в период выполнения пациентом ЛГ и ДХ зафиксированная в карте физической реабилитации при самостоятельном подсчете;
- субмаксимальная ЧСС (с учетом возраста и ступени двигательной активности);
- прирост показателя ЧСС.

Описание изучаемых параметров производили путем расчета средних выборочных значений и стандартного отклонения ($M \pm \delta$). Анализ полученных данных проводился с использованием программа SPSS Statistics v23,0.

Результаты и обсуждение. Субмаксимальная ЧСС пациентов «слабой» группы в среднем составила $90,6 \pm 2,8$ ударов в минуту. Средняя ЧСС

за сутки по ХМ-ЭКГ – $71 \pm 9,1$ ударов в минуту. Максимальная ЧСС за сутки по ХМ-ЭКГ – 104 ± 13 ударов в минуту, при проведении ЛГ – $86,3 \pm 11,3$ ударов в минуту, при проведении ДХ – $96,18 \pm 13,9$ ударов в минуту. Анализ параметров ЧСС представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Анализ параметров ЧСС пациентов «слабой» группы

Параметры	Средний показатель (ударов в минуту)	Минимальный показатель (ударов в минуту)	Максимальный показатель (ударов в минуту)
Субмаксимальная ЧСС	$90,6 \pm 2,8$	85	94
Средняя ЧСС по ХМ-ЭКГ	$71 \pm 9,1$	57	92
Максимальная ЧСС по ХМ-ЭКГ	104 ± 13	80	120
Максимальная ЧСС ЛГ по ХМ-ЭКГ	$86,3 \pm 11,3$	70	106
Максимальная ЧСС ДХ по ХМ-ЭКГ	$96,18 \pm 13,9$	75	119
Максимальная ЧСС ЛГ при самостоятельном подсчете	$73,7 \pm 11$	62	102
Максимальная ЧСС ДХ при самостоятельном подсчете	$81,6 \pm 10$	70	103

По данным анализа, таблица 1, наблюдается превышение ЧСС у пациентов при проведении ДХ по данным ХМ-ЭКГ. А так же показателя максимальной ЧСС за сутки наблюдения. Пациенты вне проведения ЛГ и ДХ превышают показатели субмаксимальной ЧСС. Достоверные различия наблюдаются в показателях ЧСС между самостоятельным подсчетом ЧСС по сравнению с данным ХМ-ЭКГ в период проведения пациентами ДХ, $p=0,041$ ($\chi^2=0,265$). Различий в показателях ЧСС при проведении ЛФК не наблюдалось, $p=0,286$ ($\chi^2=0,249$). Измерения ЧСС при ХМ-ЭКГ проводятся непрерывно на протяжении ЛГ и ДХ, в то время как самостоятельный подсчет только вначале и в конце занятий [8, 9].

Анализ параметров ЧСС для пациентов «сильной» группы. Субмаксимальная ЧСС пациентов «сильной» группы в среднем составила $125,1 \pm 5,1$ ударов в минуту. Средняя ЧСС за сутки по ХМ-ЭКГ $68,7 \pm 10,7$ ударов в минуту. Максимальная ЧСС за сутки по ХМ-ЭКГ $103,9 \pm 15,4$ ударов в минуту, при проведении ЛГ – $88 \pm 17,3$ ударов в минуту, при проведении ДХ – $93,9 \pm 18,9$ ударов в минуту. Анализ параметров ЧСС представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Анализ параметров ЧСС пациентов «сильной» группы

Показатель	Средний показатель (ударов в минуту)	Минимальный показатель (ударов в минуту)	Максимальный показатель (ударов в минуту)
Субмаксимальная ЧСС	125,1 ± 5,1	117	137
Средняя ЧСС по ХМ-ЭКГ	68,7 ± 10,7	46	89
Максимальная ЧСС по ХМ-ЭКГ	103,9 ± 15,4	74	129
Максимальная ЧСС ЛГ по ХМ-ЭКГ	88 ± 17,3	57	117
Максимальная ЧСС ДХ по ХМ-ЭКГ	93,9 ± 18,9	62	127
Максимальная ЧСС ЛГ при самостоятельном подсчете	76,6 ± 9,1	60	94
Максимальная ЧСС ДХ при самостоятельном подсчете	82,3 ± 13,5	117	137

У пациентов «сильной» группы средние значения ЧСС при ЛГ и ДХ не превышают субмаксимальную ЧСС. Так же как и в «слабой» группе наблюдается различие показателей ЧСС при измерении ХМ-ЭКГ и при самостоятельном подсчете, в период выполнения ДХ $p=0,005$ ($\chi^2=0,0,59$), при проведении ЛФК – $p=0,046$ ($\chi^2=0,392$).

Сравнительный анализ прироста ЧСС. Как указывалась выше, прирост ЧСС при проведении КР не должен превышать более чем 20 ударов от исходной ЧСС. Анализ прироста ЧСС в группе исследования представлен в таблице 3.

Таблица 3 – Анализ прироста ЧСС в группе исследования

Показатель	Средний прирост ЧСС (ударов)	Количество пациентов с приростом ЧСС более 20 ударов
ЧСС ЛГ по ХМ-ЭКГ	17 ± 11,4	8
ЧСС ДХ по ХМ-ЭКГ	25 ± 11,7	23
ЧСС ЛГ при самостоятельном подсчете	6 ± 8,5	2
ЧСС ДХ при самостоятельном подсчете	9,4 ± 21	4

У пациентов группы исследования наибольший прирост ЧСС составил 25 ударов при проведении ДХ по данным ХМ-ЭКГ (n=23). При самостоятельном измерении превышение ЧСС от исходно на 20 ударов наблюдалось у 6 пациентов (2 человека при ЛГ и 4 человека при ДХ).

Выводы:

1. У пациентов «слабой» группы по данным анализа наблюдается превышение ЧСС при проведении ДХ по данным ХМ-ЭКГ и максимальной ЧСС за сутки наблюдения.

2. Пациенты «слабой» группы вне проведения КР (ЛГ и ДХ) превышают допустимые показатели субмаксимальной ЧСС.

3. Наблюдаются различия в показателях ЧСС между самостоятельным подсчетом ЧСС пациентом и при измерении по данным ХМ-ЭКГ. В период проведения пациентами «слабой» группы ДХ, $p=0,041$ ($\chi^2=0,265$), «сильной» группы как при ДХ ($p=0,005$ ($\chi^2=0,059$), так и при ЛФК ($p=0,046$ ($\chi^2=0,392$).

4. У пациентов группы исследования наибольший прирост ЧСС составил 25 ударов, при проведении ДХ по данным СМ-ЭКГ (n=23).

Литература

1. Sudzhaeva, S.G. National recommendations rehabilitation of patients with cardiological and cardiosurgical profile (cardiological rehabilitation) / S.G. Sudzhaeva, O.A. Sudzhaeva, T.S. Gubich, N.A. Kazaeva, M.A. Gapich. – Minsk, 2010.

2. Zolotukhin, N.N. Indicators of the state of the body in coronary heart disease / N.N. Zolotukhin // Bulletin of Rehabilitation Medicine. – 2019. – №3(91). – P.15-19.

3. Baklushin, A.E. Contents and first results of rehabilitation of cardiac patients in the clinic / A.E. Baklushin, I.E. Mishina, S.V. Romanchuk, Yu.V. Dovgalyuk, V.V. Belova, N.E. Alexandriyskaya, S.L. Arkhipova Bulletin of Rehabilitation Medicine. 2014. – P.43-46.

4. Kouidi, E. Transtelephonic electrocardiographic monitoring of an outpatient cardiac rehabilitation programme / E. Kouidi, A. Farmakiotis, N. Kouidis, A. Deligiannis // Clin. Rehabil. – 2006. – V. 20. – P.1100-1104.

5. Chistyakova, Yu.V. The effectiveness and tolerability of physical training in patients who have suffered a myocardial infarction, depending on the initial tolerance to physical activity / Yu.V. Chistyakova, I.E. Mishina, Yu.V. Dovgalyuk, I.V. Mitryaeva // Bulletin of Restorative Medicine. – 2021. – №20(3). – P.104-112.

6. User manual of the daily ECG and BP monitoring system "CARDIAN SM" SAD 941 111 001 RP.

7. Ivanova, G.E. Pilot project «Development of the medical rehabilitation system in the Russian Federation». Systems for monitoring and monitoring the effectiveness of medical rehabilitation in acute myocardial infarction / G.E. Ivanova, D.M. Aronov, M.G. Bubnova, I.E. Mishina // Bulletin of the Ivanovo Medical Academy. – 2016. – №21(1). – P.15-18.

8. Lucani, D.A portable ECG monitoring device with Bluetooth and Holter capabilities for telemedicine applications / D. Lucani, G. Cataldo, J. Cruz [et al.] // Proceedings of the 28th IEEE EMBS Annual International Conference, New York City, USA, Aug 30-Sept 3. – 2006. – P.5244-5247.

9. Doimo, S. Impact of ambulatory cardiac rehabilitation on cardiovascular outcomes: a long-term follow-up study / S. Doimo, E. Fabris, M. Piepoli // European Heart Journal. – 2019. – №40. – P.678-685.

Оценка функции равновесия при постинсультной атаксии с использованием шкалы Берга

Чапко И.Я.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Атаксия является достаточно частым проявлением последствий нарушений кровообращения в вертебробазилярном бассейне [1]. В настоящее время актуальность приобретает отбор методов диагностики, позволяющих осуществлять определение степени выраженности нарушений, а также обусловленных ими ограничений жизнедеятельности. Это необходимо как для целей медико-социальной экспертизы, так и медицинской реабилитации, когда возникает необходимость объективизации эффекта проведенных мероприятий. В связи с этим определенный интерес представляет использование общепризнанных шкал и тестов для количественной оценки функции равновесия, в частности шкалы равновесия Берга. По литературным данным выявлена высокая межрейтинговая надежность шкалы, которая доказала чувствительность к изменениям у пациентов в период от 14 до 90 дней после инсульта [2, 3], выявила высокую корреляционную связь с индексом Бартел, шкалой равновесия Тинетти [4, 5], зарекомендовала себя, как наиболее убедительный функциональный тест, позволяющий выделить контингент пожилых людей, склонных к падению [6].

Цель исследования. Оценка степени выраженности нарушений функции равновесия и координации движений у пациентов с атаксией и сопоставительная грация полученных результатов по шкале «ограничения функционирования (далее – ОФ)» в системе доменов «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ)».

Материалы и методы. Проведена клиническая, клинико-функциональная оценка состояния пациентов (обследовано 40 человек) с атаксией, обусловленной патологией кровообращения в вертебробазилярном бассейне (далее – ВББ): 31 (77,5%,) мужчин и 9 (22,5%) женщин. Статодинамические нарушения у пациентов после инфаркта головного мозга проявлялись атаксией различной степени выраженности (40 чел.; 100,0%): легкая – у 16 чел. (40,0%), у 17 чел. (42,5%) – умеренная, у 5 пациентов (12,5%) имели место выраженные нарушения, 2 чел. (5,0%) – резко выраженные.

Результаты. В ходе исследования была проведена адаптация теста – Шкала равновесия Берга (Berg Balance Scale – BBS), которая предназначена для оценки функции равновесия и включала ряд заданий, позволявших оценить сохранение равновесия при следующих действиях: стоянии, вставании из положения сидя на стуле, при выполнении сложных проб, таких

как стояние на одной ноге, стояние в тандемном положении стоп вдоль одной линии, стояние с закрытыми глазами и другие. Для выполнения теста использовалась шкала, представленная 14 пунктами, по которым проводилась оценка функции равновесия в положении сидя, стоя на узкой и широкой опоре, стояние с закрытыми глазами, сохранение равновесия при перемене положения тела, поворотах и так далее. Каждый пункт шкалы оценивался от 0 до 4 баллов, где 0 баллов – невозможность выполнить задание, 4 балла – уверенное выполнение задания без потери равновесия (норма). Итоговая сумма баллов варьировала от 0 до 56 – чем выше показатель, тем выше качество выполнения задания. В ходе исследований была проведена оценка результатов в зависимости от степени выраженности нарушений функции равновесия и координации движений и градация по шкале «ограничения функционирования» МКФ по доменам нарушений: вестибулярной функции (b235), комбинированных моторно-рефлекторных функций (b750), функций произвольных двигательных реакций (b755), контроля произвольных двигательных функций (b760) [7].

Результаты исследований показали, что пациенты с легкими нарушениями функции равновесия (16 чел., 40,0%) (1 – легкие нарушения, ОФ 5-24%, баллы 45,3+4,5) способны вставать из положения «сидя», однако периодически вынуждены использовать руки; способны стоять более 2-х минут без поддержки, способны сидеть без поддержки спины и с опорой стопами на пол или на табурет, не используя руки в течение 2 минут; способны уверенно садиться из положения «стоя» с минимальным использованием рук; способны уверенно пересест с одного стула на другой, стоящий рядом, двумя путями – используя подлокотники, и без использования подлокотников, с незначительным использованием рук; способны стоять без поддержки с закрытыми глазами в течение 10 секунд и более длительного времени; способны уверенно стоять без поддержки со стопами сведенными вместе в течение 1 минуты; способны уверенно наклониться вперед от вертикальной оси с вытянутой рукой более чем на 25 см.; способны поднять объект с пола из положения «стоя»; способны оглянуться и посмотреть назад, через правое и через левое плечо в положении «стоя» с перемещением веса тела с одной ноги на другую; способны уверенно поворачиваться 360° за 4 секунды или меньше; способны стоять одной ногой на стуле без поддержки, в том числе помещая поочередно каждую ногу на стул/табурет, но совершая действие более длительное время и неуверенно; способны стоять без поддержки при тандемном расположении стоп (одна стопа непосредственно перед другой) более 30 секунд; способны стоять на одной ноге (без поддержки поднять одну ногу и уверенно стоять более 30 секунд); способны стоять на одной ноге (без поддержки поднять одну ногу и уверенно стоять более 10 секунд).

Пациенты с умеренными нарушениями функции равновесия (17 чел., 42,5%) (2 – умеренные нарушения, ОФ 25-49%, баллы 30,2+4,8) способны

независимо вставать из положения «сидя» после одной или двух повторяющихся попыток, однако необходимо использование рук для осуществления опоры на предметы или сиденье стула; способны стоять более 2-х минут без поддержки, но под контролем; способны сидеть без поддержки спины и с опорой стопами на пол 2 минуты при контроле; способны садиться из положения «стоя» с использованием рук и с опорой икроножной области голени о стул; способны уверенно садиться из положения «стоя» с минимальным использованием рук; способны неуверенно пересест с одного стула на другой, стоящий рядом с использованием рук; способны стоять без поддержки с закрытыми глазами и частичным посторонним контролем не более 10 секунд; способны неуверенно стоять без поддержки со стопами сведенными вместе в течение 1 минуты с посторонним контролем; способны уверенно наклониться вперед от вертикальной оси с вытянутой рукой не более чем на 12 см.; неуверенность и пошатывание при попытке поднять объект с пола из положения «стоя»; способны с трудом оглянуться и посмотреть назад, через правое и через левое плечо в положении «стоя» с небольшим и контролируемым смещением веса тела; способны уверенно поворачиваться на 360° за 4 секунды или меньше только в одну сторону; способны стоять одной ногой на стуле, но под контролем; способны стоять без поддержки при тандемном расположении стоп (одна стопа непосредственно перед другой), незначительно пошатываясь, не более 30 секунд; способны с трудом, неуверенно и пошатываясь, медленно поднять ногу, стоять на одной ноге не более 5-10 секунд с контролем или помощью.

Пациенты с выраженными нарушениями функции равновесия (5 чел., 12,5%) (3 – выраженные нарушения, ОФ 50-95%, баллы 20,6+4,9) испытывают потребность в легкой помощи, для того чтобы встать и сохранять равновесие, или могут самостоятельно независимо вставать из положения «сидя» после нескольких повторяющихся попыток или при использовании трости; способны стоять 30 секунд без поддержки; способны сидеть без поддержки спины и с опорой стопами на пол 30 секунд при контроле; способны сесть из положения «стоя» независимо от других лиц, но движение вниз не контролируют; способны неуверенно пересест с одного стула на другой, стоящий рядом, с использованием рук, с устными советами и/или под контролем постороннего, а иногда с помощью одного человека; неспособны стоять без поддержки с закрытыми глазами, или могут закрывать глаза на время не более 3 секунд; неспособны стоять без поддержки со стопами сведенными вместе даже в течение 30 секунд с посторонним контролем, отмечается потребность в помощи, для того чтобы поставить вместе стопы, но сохраняется способность устоять 15 секунд в требуемом положении; способны неуверенно наклониться вперед от вертикальной оси с вытянутой рукой не более чем на 5 см. с посторонним контролем; невозможность действия при попытке поднять объект с пола из

положения «стоя» – необходим посторонний контроль; неспособны оглянуться и посмотреть назад, через правое и через левое плечо в положении «стоя» со смещением веса тела, поворачиваются боком, но равновесие сохраняется, однако при повороте требуется контроль; способны неуверенно поворачиваться кругом на 360° только в одну сторону и медленно, иногда испытывая потребность в контроле или устном совете; способны стоять одной ногой на стуле с посторонней помощью и поддержкой; неспособны стоять без поддержки при тандемном расположении стоп в течение 15 секунд, нуждаются в помощи, чтобы сделать маленький шаг для коррекции и удержания равновесия; неспособны стоять на одной ноге: могут совершать попытку поднять ногу, однако неспособны ее удержать в течение 2-3 секунд, с трудом сохраняя равновесие или падая, без посторонней поддержки.

Пациенты с абсолютными нарушениями функции равновесия (2 чел., 5,0%) (4 – абсолютные нарушения, ОФ 96-100%, баллы 9,0+1,0) нуждаются в максимальной посторонней помощи, для того чтобы встать или сохранять равновесие; не могут выдерживать 30 секунд стоя без помощи; испытывают невозможность сидеть без поддержки 10 секунд; неспособны сесть из положения «стоя» независимо от других лиц, требуется посторонняя помощь, чтобы сесть; неспособны самостоятельно пересестись с одного стула на другой, стоящий рядом, необходима помощь или контроль двух человек; неспособны стоять без поддержки с закрытыми глазами, требуется посторонняя помощь, для того чтобы избежать падения; неспособны стоять без поддержки со стопами сведенными вместе даже с посторонним контролем, отмечается потребность в помощи, для того чтобы поставить вместе стопы, но отмечается невозможность устоять даже 15 секунд в требуемом положении; неспособны наклониться вперед от вертикальной оси с вытянутой рукой, падают при попытке наклона; невозможность действия при попытке поднять объект с пола из положения «стоя», требуется помощь, чтобы избежать падения; неспособны оглянуться и посмотреть назад, через правое и через левое плечо в положении «стоя» со смещением веса тела, поворачиваются боком, но равновесие сохраняется; неспособны оглянуться и посмотреть назад, через правое и через левое плечо в положении «стоя», при повороте требуется помощь, чтобы избежать падения; неспособны самостоятельно поворачиваться кругом на 360°, нуждаясь в помощи при повороте; неспособны стоять одной ногой на стуле даже с посторонней помощью; неспособны стоять даже с посторонней помощью минимальное время (до 5-10 секунд) при тандемном расположении стоп (одна стопа непосредственно перед другой), падают при шаге или стоя; неспособны стоять на одной ноге при невозможности осуществления попытки поднять ногу без последующего нарушения равновесия и падения.

Заключение. Таким образом, использование шкалы равновесия Берга позволяло более точно оценивать степень выраженности атаксии у па-

циентов с патологией кровообращения в вертебробазилярном бассейне, дифференцированно определять нарушения «функций, активности и участия» в системе доменов МКФ, подлежащие последующему индивидуальному восстановлению и реабилитации.

Литература

1. Субочева, С.А. Коррекция состояния равновесия и ходьбы при вестибуло-мозжечковой атаксии постинсультного происхождения: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.11 / С.А. Субочева; Сибир. федер. науч.-клин. центр. – Томск, 2020. – 24 с.
2. Berg, K.O. Measuring balance in the elderly: validation no fan instrument / K.O. Berg // *Can J Public Health.* – 1992. – №83(2). – P.7-11.
3. Thorbahn, L.D. Use of the Berg Balance Test to predict falls in elderly persons / L.D. Thorbahn, R.A. Newton // *PhysTher.* – 1996. – №76. – P.576-583.
4. Скворцов, Д.В. Диагностика и тестирование двигательной патологии инструментальными средствами / Д.В. Скворцов, Г.Е. Иванова, Б.А. Поляев, Л.В. Стаховская // *Вестник восстановительной медицины.* – №5. – 2013. – С.74-78.
5. Shumway-Cook, A. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test / A. Shumway-Cook, S. Brauer, M. Woollacott // *Phys Ther.* – 2000. – №80. – P.896-903.
6. Chiu, A.Y. A comparison of four functional tests in discriminating fallers from non-fallers in older people / A.Y. Chiu, S.S. Au-Yeung, S.K. Lo // *DisabilRehabil.* – 2003. – №25. – P.45-50.
7. Смычек, В.Б. Об использовании Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: методические рекомендации / В.Б. Смычек, В.В. Голикова, А.В. Копыток. – Минск: Медисонт, 2020. – 86 с.

Оценка статодинамических нарушений функций нижних конечностей у пациентов с травматическими и компрессионно-ишемическими невропатиями

Чапко И.Я.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность оценки функций нижней конечности у пациентов с травматическими и компрессионно-ишемическими невропатиями в аспекте задач медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации вызвана необходимостью совершенствования качества предоставляемых медицинских услуг реабилитационной помощи, улучшения качества экспертно-реабилитационной диагностики, решением социальных вопросов с учетом практической реализации положений «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ)» [1, 2, 3]. Изучение последствий травматических поражений периферической нервной системы касается преимущественно наруше-

ний функции кисти [4]. Вместе с тем, статодинамические нарушения, затрагивающие нижние конечности, достаточно часто встречаются и сложны в реабилитационной практике, вызывают значимые социальные последствия, так как ограничивают мобильность пациента [5, 6].

Цель исследования. Разработка метода оценки функций нижней конечности у пациентов с травматическими и компрессионно-ишемическими невропатиями с использованием доменов МКФ.

Материалы и методы. Проведено клинико-функциональное исследование 65 пациентов. Среди обследованных было 49 (75,4%) мужчин и 16 (24,6%) женщин. Возрастное распределение пациентов показало, что большинство были представлены в возрасте от 51 до 60 лет – 27 чел. (41,5%). Среди установленного этиологического фактора преобладала подгруппа пациентов с травматическим генезом заболевания – 42 чел. (64,6%). Компрессионно-ишемическая этиология невропатий отмечалась у 23 (35,4%) пациентов. Оценка топографической локализации показала, что наиболее часто отмечалось поражение малоберцового нерва (31 чел.; 47,7%), несколько реже наблюдались невропатии большеберцового (19 чел.; 29,2%) и седалищного (15 чел.; 23,1%) нервов.

Двигательные нарушения у пациентов с невропатиями нижних конечностей проявлялись преимущественно в виде вялого периферического пареза различной степени выраженности (65 чел.; 100,0%). Алгический синдром, зафиксированный у 38 чел. (58,5%), был представлен болевыми ощущениями различного генеза. Трофические нарушения, проявлявшиеся в виде гипотрофии различной степени выраженности или атрофии мышц, истончения и индурации кожных покровов, рубцов от заживших язв, выявлялись у 29 (44,6%) пациентов. В 15 случаях (23,1%) во время осмотра отмечались различные проявления вегетативных нарушений: цианотичность кожных покровов, снижение кожно-мышечной температуры, отечность.

Результаты. Для проведения комплексной оценки нарушенных статодинамических функций и обусловленных ими ограничений жизнедеятельности, из общего набора был выделен и апробирован базовый набор кодов МКФ, который был адаптирован к применению у пациентов с травматическими и компрессионно-ишемическими невропатиями.

Оценка нарушений функции нижних конечностей вследствие периферического вялого пареза включала количественную оценку проприоцептивной функции (b260), функции осязания (b265), сенсорных функций, связанных с температурой и другими раздражителями (b270), ощущения боли (b280), функции подвижности сустава (b710), мышечной силы (b730), мышечного тонуса (b735), комбинированных моторно-рефлекторных функций (b750), функции стереотипа походки (b770).

Результаты комплексной оценки нарушений статодинамической функции нижних конечностей у пациентов нами были ранжированы в числовом и процентном нарастающем значении и оформлены в виде специ-

альных таблиц-определителей, что позволяло более точно проводить количественную оценку нарушений.

Оценка проприоцептивной функции (b260, проприоцептивная функция, сенсорные функции ощущения положения частей тела относительно друг друга) осуществлялась на основании исследования мышечно-суставного чувства (оценка распознаваемости направления пассивных движений в концевых фалангах пальцев стопы пациента, мелких, средних и крупных суставах, чувства положения, движения и силы конечности или ее сегмента), оценки веса сравниваемых предметов здоровой и пораженной конечностью.

Оценка функции осязания (b265) осуществлялась на основании исследования распознавания осязания при нанесении раздражения кожной поверхности конечности предметами с различной концевой поверхностью (затупленная игла, кисточка) с сопоставлением в пораженном и здоровом сегменте конечности.

Оценка сенсорных функций, связанных с температурой и другими раздражителями (b270) осуществлялась на основе определения чувствительности (порогов различения) к температуре, поверхностному и глубокому давлению, методом исследования вибрационной чувствительности с помощью низкочастотного (64-128 Гц) камертона. Оценивается продолжительность ощущения вибрации (на пальцах ног, на лодыжках, надколенниках, костях таза), сравнивают порог вибрационной чувствительности на правой и левой конечности.

Определение ощущения боли (b280) осуществлялось на основе опроса пациента. Оценивалась локализация боли (сегмент конечности или генерализованная), интенсивность боли (легкая, умеренная, сильная: целесообразно использовать визуально-аналоговую шкалу боли), периодичность (периодическая: часы, дни; непостоянная, постоянная), связь болей с физиологическими движениями (а также со сгибанием-переразгибанием сегментов конечности), иррадиация, характер мероприятий для купирования боли (проходят самостоятельно, купирующихся после кратковременного или продолжительного отдыха, требуют использования лекарственных средств, ничем не купируются и т.д.). Вместе с тем, ощущение боли должно комплексно оцениваться в совокупности с объективными данными осмотра пациента: наличие гиперестезии, гиперпатии, аллодинии; степень выраженности трофических нарушений, вегетативные проявления во время осмотра, степень затруднения манипулятивной функции конечности из-за усиления болей во время осмотра.

Определение функции подвижности сустава (b710, функция подвижности сустава, функции объема и свободы движения в суставах) осуществлялось на основании определения объема движений в суставах (пассивные движения, затем активные, справа – слева; разгибание – сгибание). Объем движений, или амплитуды активного и пассивного движений, то есть пре-

дел, при котором движения прекращаются активно или пассивно, определялся в градусах по шкале угламера.

Определение мышечной силы (b730, функции мышечной силы, функции, относящиеся к силе сокращения отдельной мышцы или группы мышц) предусматривало использование прямых методов (пациент осуществляет активные движения, которым врач оказывает сопротивление), косвенно (наблюдая, как пациенту удается удерживать вытянутые и приподнятые ноги). Выполнялось определение силы мышц тазового пояса, мышц, сгибающих и разгибающих бедро, голень, сгибателей и разгибателей стопы и пальцев. Оценивалось наличие видимых движений; пальпируемое сокращение мышечных волокон (без движения или с движением в прилежащем суставе), при визуальном отсутствии движений; наличие движения при исключении воздействия силы тяжести; движения при действии силы тяжести (с преодолением собственного веса конечности); движения при внешнем противодействии специалиста, в сопоставлении с аналогичным на здоровой стороне. Использование метода функциональных проб заключалось в подсчете количества приседаний, которые пациент может сделать.

Определение мышечного тонуса (b735, функции мышечного тонуса, функции, связанные с напряжением мышц в покое и сопротивлением, оказываемым при пассивном движении), осуществлялось с использованием метода определения поперечной твердости мышцы и глубины погружения (вдавливания) пальцев врача в мышцу пациента на основании субъективного ощущения сопротивления, получаемого врачом при пальпации (ощупывании) различных групп мышц пациента. Мышечный тонус также определялся путём пассивного сгибания и разгибания конечностей пациента, оценивая субъективное ощущение степени сопротивления, которое возникает при пассивных движениях.

Оценка комбинированных моторно-рефлекторных функций (b750, моторно-рефлекторные функции, функции непроизвольных автоматических сокращений мышц, вызванных определенными стимулами) осуществлялась на основе неврологического исследования характера, равномерности (норморефлексия, анзорефлексия, арефлексия) сухожильно-периостальных или кожных рефлексов.

Оценка функции ходьбы (b770, функции стереотипа походки, функции двигательного стереотипа, связанные с ходьбой, бегом или другими движениями тела) осуществлялась на основании анализа содружественной локомоторной функции верхних и нижних конечностей, туловища: оценивалась поза пациента во время ходьбы; усилия, необходимые для инициации ходьбы и остановки; длина шага; ритмичность ходьбы; наличие непроизвольных движений; ширина расстановки стоп при ходьбе, наличие «отрыва пятки от пола»; сохранение равновесия при повороте. Анализировалась обычная ходьба, ходьба на стопах и носках, тандемная ходьба. До-

полнительно оценивалась необходимость опоры при передвижении, поддержки сопровождающего в переносе веса тела и в удерживании равновесия.

Определение степени мобильности с использованием МКФ и оценка таких категорий как «активность и участие» включала обследование ограничений в движениях пациента посредством объективизации способности изменения положения тела или перемещения с одного места на другое (d410, d415); способности к передвижению в различных местах, преодолению препятствий и использованию различных технических средств (d460, d465).

Оценка изменения позы тела (d410) осуществлялась на основании анализа способности принятия и изменения положения тела с осуществлением перемещения тела: поворот на бок, подъем из положения «лежа» в положение «сидя», подъем из положения «сидя» в положение «стоя» и обратно, подъем из кресла, чтобы лечь в кровать, приседание, подъем из положения «на корточках» или «на коленях» в положение «сидя» и «стоя», способность к наклону тела и перемещению центра тяжести.

Оценка способности поддержания положения тела (d415, поддержание положения тела) осуществлялась на основании анализа возможности сохранения пребывания в необходимом положении (в положении «лежа», «сидя», «стоя», «на корточках» и «на коленях») в определенном по длительности временном промежутке при осуществлении повседневной бытовой активности (во время разговора, принятия пищи, чтения, письма) или на работе (стоя или сидя, а также при необходимости поддерживать положение тела в вынужденном положении согласно технологии выполняемых работ).

Оценка способности к передвижению в различных местах (d460, передвижение в различных местах) осуществлялась на основании анализа ходьбы и передвижения в разнообразных местах и ситуациях (ходьба из комнаты в комнату в квартире, в пределах здания, вдоль улицы города). Анализировалась способность передвигаться в пределах нескольких комнат (жилища, кабинетов поликлиники, стационара и других зданий) с сохранением (или утратой) способности преодолевать препятствия (пороги, бордюры, лестничные пролеты) в пределах своего жилища и других зданий; ходьба и передвижение вне своего дома и вне других зданий.

Оценка способности к передвижению с использованием технических средств (d465, передвижение с использованием технических средств) осуществлялась на основании определения степени сохранности и возможности передвижения из одного места в другое (передвижение из комнаты в комнату в квартире, в пределах здания, вдоль улицы города), по любой поверхности или в любом месте, используя специальные средства, предназначенные для облегчения передвижения (передвижение в кресле-каталке, с ходунками, с тростью и др.).

Заключение. Таким образом, метод оценки статодинамических функций нижних конечностей с использованием МКФ позволяет оценивать нарушения функции у пациентов с травматическими и компрессионно-ишемическими невропатиями, которое проводится при возникновении стойких последствий заболеваний и травм периферической нервной системы с формированием вялого периферического пареза и нарушений чувствительности, а также оценивать влияние нарушенных функций на способность к передвижению у данной категории пациентов.

Литература

1. Пономаренко, Г.Н. Медицинская реабилитация / Г.Н. Пономаренко // Геотар-Медиа. – Москва, 2021. – 368 с.
2. Пономаренко, Г.Н. Физическая и реабилитационная медицина / Г.Н. Пономаренко. – Геотар-Медиа. – Москва, 2019. – 512 с.
3. Смычек, В.Б. Основы МКФ: монография / В.Б. Смычек, В.В. Голикова. – Минск, 2015. – 432 с.
4. Попелянский, Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: руководство для врачей / Я.Ю. Попелянский. – МЕДпресс-информ. – Москва, 2015. – 352 с.
5. Корнилов, Н.В. Травматология и ортопедия / Н.В. Корнилов. – Геотар-Медиа. – Москва, 2016. – 592 с.
6. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура: учебное пособие. 4-е изд. доп. / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. – Геотар-Медиа. – Москва, 2020. – 704 с.

Профилактика инвалидности: современный взгляд на проблему

Разуванов А.И., Михеденко Е.А., Козлова С.В.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Процесс демографического старения населения – является не абстрактным понятием, а актуальной проблемой настоящего, которая требует разработки мероприятий по ее решению [1]. Практически в каждой стране мира растет не только численность пожилых людей, но и их объемная доля в составе всего населения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2030 г. люди в возрасте 60 лет и старше будут составлять одну шестую жителей планеты. К этому времени их численность увеличится до 1,4 млрд человек против 1 млрд человек в 2020 г. К 2050 г. численность населения в возрасте 60 лет и старше удвоится (составив 2,1 млрд. человек) [2].

Согласно международным критериям, население страны считается старым, если доля людей в возрасте 65 лет и старше превышает 7%. Согласно данным Национального статистического комитета Республики Бе-

ларусь на начало 2023 г. численность населения в возрасте 65 лет и старше в Беларуси достигла 1 517 148 человек, что составило 16,5% от всего населения страны. Доля людей в возрасте 65 лет и старше в населении Беларуси является одной из самых больших среди стран СНГ и увеличивается ежегодно. Таким образом, пожилые люди составляют значительную и все увеличивающуюся часть населения Беларуси [3, 4].

Трансформация рынка труда под воздействием глобального старения населения и несовершенства пенсионных систем порождает неолиберальный подход правительств многих стран, согласно которому люди старшего возраста рассматриваются как скрытый ресурс для роста экономики [4]. Однако пожилые люди гораздо чаще страдают от функциональных нарушений, сопутствующих заболеваний, последствий полипрагмазии. В среднем у одного пациента 60-70 лет имеют место 2-3 самостоятельных заболеваний, а после 75 лет – уже 4-6 заболеваний [5].

По состоянию на 01.01.2023 года общая численность людей с инвалидностью в Республике Беларусь, отмеченная в социальном отчете общественного объединения «Белорусское общество инвалидов», достигла 497,4 тыс. человек, что составляет 5,4% от численности населения страны [3, 6]. Общие тенденции позволяют предположить, что старение лиц с инвалидностью будет иметь схожий характер со старением всего населения Республики Беларусь.

В связи с этим актуальным становится вопрос о возможности, эффективности и порядке проведения профилактических мероприятий, направленных на устранение возникающих различных барьеров в полноценном функционировании лиц пожилого и старческого возраста. Однако принципы укрепления здоровья людей старше 65 лет не могут быть просто перенесены из существующих клинических рекомендаций на популяцию пожилых. В данном контексте особую роль приобретают профилактические меры, способные повысить функционирование граждан за счет раннего выявления заболевания на ранних стадиях, когда лечение может быть более эффективным.

Актуальность данной темы обусловлена не только демографическими изменениями, но и потребностью в обеспечении высококачественной жизни для этой категории населения. Адекватное лечение и ранняя интервенция позволяют минимизировать последствия и ограничить прогрессирование заболеваний, способствуя их активному участию в обществе. Профилактические программы должны быть нацелены на индивидуальные потребности и особенности каждого пациента.

Цель. Выработать предложения по профилактике инвалидизирующих заболеваний в контексте текущих социально-демографических тенденций в Республики Беларусь.

Материалы и методы исследования. Для достижения цели исследования были изучены материалы (всего более 60 источников) поисковых

систем: elibrary, PubMed, iLex.by на тему профилактики инвалидности. В процессе обработки источников информации применялся метод контент-анализа.

Результаты. Согласно Закону о здравоохранении Республики Беларусь медицинская профилактика – комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение и укрепление здоровья пациента, формирование здорового образа жизни, снижение вероятности возникновения и распространения заболеваний и патологических состояний, их раннее выявление, установление причин и условий их возникновения и развития, а также на предотвращение неблагоприятного воздействия на здоровье человека факторов среды его обитания [7].

Традиционно профилактика разделяется на первичную, вторичную и третичную. Единого мнения по определению каждой из составных частей профилактики нет. С нашей точки зрения, наиболее подходящими являются определения, данные профессором Пилипцевичем Н.Н. [8]:

Первичная профилактика – основной раздел профилактики, имеет целью предупреждение самих условий, вызывающих непосредственные причины заболеваний. Направлен на предупреждение возникновения патологического процесса, предупреждение воздействия факторов риска.

Вторичная профилактика – меры воздействия на условия и факторы, способствующие развитию уже возникшего заболевания или повреждения. Нацелена на раннее выявление заболеваний, предупреждение рецидивов, прогрессирования патологического процесса и возникновения его осложнений.

Третичная профилактика – предупреждение перехода возникших или врожденных функциональных нарушений в устойчивые дефекты. Это комплекс мероприятий по реабилитации пациентов.

В Республике Беларусь в настоящее время проводятся мероприятия по реализации Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 19 января 2021 г. № 28. В состав данной программы входит подпрограмма «Профилактика неинфекционных заболеваний». Задачами этой подпрограммы являются: снижение влияния факторов риска неинфекционных заболеваний за счет создания единой профилактической среды; обеспечение всеобщего и доступного охвата населения услугами первичной медицинской помощи; снижение преждевременной смертности и стабилизация инвалидности населения, наступивших по причине неинфекционных заболеваний. Исходя из данных задач, можно отметить, что подпрограмма «Профилактика неинфекционных заболеваний» в большей степени направлена на мероприятия первичной и третичной профилактики. Термин «вторичная профилактика» упоминается только в клинических протоколах (к примеру, [9]), однако, как правило, он используется в контексте выполнения лечения. Характер таких

данных изложен без выявления связей с инвалидностью (вышеназванные документы такую информацию не должны содержать), что не позволяет использовать их в прогнозировании и, соответственно, в профилактике инвалидности.

Между тем вторичная профилактика, учитывая текущий демографический контекст, может помочь в снижении морбидности у пожилого населения в целом и у лиц с инвалидностью в частности, что, в свою очередь, позволит снизить тяжесть инвалидности. Следовательно, раннее выявление и эффективное управление последствиями заболеваний будет способствовать улучшению качества жизни, продлению активности и независимости пациентов. Применение же мультидисциплинарного подхода, включающего врачей разных специальностей, психологов и социальных работников, позволит создать более комплексные и персонализированные программы вторичной профилактики.

В разработке новой модели профилактики инвалидности, основанной на системном подходе, ключевую роль играет новый понятийный аппарат. Этот аппарат не только усиливает понимание сложной природы профилактических мер, но и обеспечивает ясное взаимопонимание между всеми участниками процесса – врачами, пациентами и их родственниками. Для врачей это означает более точное определение понятий, помогающих принимать обоснованные решения. Для пациентов и их родственников – это понимание того, какие риски и угрозы существуют и какие меры можно принять для предотвращения инвалидности.

Предлагаемый нами понятийный аппарат, включает понятия «риска», «вызова» и «угрозы», является неотъемлемой частью разработки эффективной модели профилактики инвалидности. Эти понятия помогают систематизировать информацию и аргументированно подойти к решению возникающих проблем.

Риск – зарождающаяся опасность возникновения инвалидности. Риск представляет собой основу для определения, кому и какие профилактические меры следует применять.

Вызов – объективно формирующая опасность возникновения инвалидности. Вызов подразумевает наличие фактора, который заслуживает приоритет профилактики.

Угроза – реально существующая опасность возникновения инвалидности. Угроза включает в себя потенциальные осложнения, ухудшение качества жизни и повышенную зависимость от медицинской помощи.

Путем внедрения этого нового понятийного аппарата, на наш взгляд, понятие профилактики инвалидности приобретает более четкий и интуитивно понятный характер. Она позволяет определить четкие критерии и параметры оценки формирования инвалидности еще на этапе лечения и, соответственно, предупредить их.

Для удобства использования предложенного понятийного аппарата на практике его можно представить в виде матрицы вторичной профилактики инвалидности (далее – МВПИ). Данная матрица включает в себя соотношение вероятности события (статистический параметр) и опасности возникновения инвалидности, которая в свою очередь подразделяется на риск, вызов и угрозу. МВПИ создаст более наглядный и понятный подход, который обеспечит целенаправленное внедрение профилактических мер, а также определит время и место их воздействия. Это, в свою очередь, будет способствовать эффективности профилактики, улучшению здоровья и качества жизни населения пенсионного возраста, а также возможности предотвращения их инвалидизации. Кроме того, МВПИ обеспечит индивидуализированный подход к пациентам, позволяющий разработать комплекс медицинских, гигиенических, педагогических и других мер, направленных на устранение выявленных у них ограничений в функционировании. Такой подход максимизирует эффективность профилактики, позволит сократить общую нагрузку на систему здравоохранения и повысит качество жизни пациентов.

Заключение. Таким образом, современный взгляд на проблему инвалидности, основанный на новом понятийном аппарате и матрице управления процессом вторичной профилактики, представляется нам новым инструментом для решения этой сложной проблемы. Предложенные идеи при должном научном сопровождении и разработке будут способствовать не только раннему выявлению и лечению заболеваний, но и акцентировать внимание на важность индивидуального подхода к каждому пациенту. Это открывает новые перспективы на пути снижения инвалидности, что является важным шагом в улучшении качества жизни людей и устойчивости общества в целом.

Литература

1. Старение населения – проблемы и возможности [Электронный ресурс] // [unece.org](https://unece.org/DAM/highlights/what_ECE_does/Russian/0726_056_UNECE_AGEING.pdf) Режим доступа: https://unece.org/DAM/highlights/what_ECE_does/Russian/0726_056_UNECE_AGEING.pdf. – Дата доступа: 18.05.2023.
2. Старение и здоровье [Электронный ресурс] // [who.int](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health) – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. – Дата доступа: 18.05.2023.
3. Население Республики Беларусь на 1 января 2023 г. [Электронный ресурс] // belstat.gov.by – Режим доступа: https://www.belstat.gov.by/upload-belstat/upload-belstat-pdf/official_statistika/2023/Naselenie_2022.pdf. – Дата доступа: 20.07.2023.
4. Матрица современной социологии [Электронный ресурс] // elib.bsu.by – Режим доступа: <https://elib.bsu.by/handle/123456789/295108>. – Дата доступа: 18.05.2023.
5. Аспекты реабилитации инвалидов пожилого возраста в Российской Федерации [Электронный ресурс] // cyberleninka.ru – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/aspekty-reabilitatsii-invalidov-pozhilogo-vozrasta-v-rossiyskoy-federatsii>. – Дата доступа: 18.05.2023.

6. Социальный отчет на 01.01.2023 [Электронный ресурс] // beloi.by – Режим доступа: <https://beloi.by/o-ezhegodnom-otchete-oo-beloi-2023/soczialnyj-otchet-na-01-01-2023/>. – Дата доступа: 18.05.2023

7. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-ХП (с изм. и доп.) // Пех. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

8. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. пособие / Н.Н. Пилипцевич [и др.]; под ред. Н.Н. Пилипцевича. — Минск: Новое знание, 2015. — 784 с.

9. Об утверждении клинических протоколов [Электронный ресурс] : Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.07.2022 № 80 // Пех. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Аверочкина Э.Н.	230	Гур А.О.	28, 30
Азаренок М.К.	177	Данилова Е.Л.	397
Алферова А.И.	47, 364	Деева И.В.	375
Анисович С.В.	234, 245	Деревянко А.В.	181
Артюшенко-	5, 9, 14	Дорошенко И.Т.	47, 213, 221, 364
Кострова М.В.		Дробышева Е.Г.	375
Асриян А.Ю.	92	Дулуб О.И.	359
Аухадеев Э.И.	186	Евдочкова Т.И.	337
Ацель Е.А.	186	Елинский А.А.	433
Барбарчик К.Д.	181	Емельянов Г.А.	226, 227, 292,
Богданович О.М.	181		428
Бодрова Р.А.	186	Емельянцева Т.А.	38, 68, 89, 251,
Бондарева Е.А.	181		256, 341, 344,
Борисевич М.В.	47		380, 389, 392
Борисенко А.В.	274	Ермоленко Т.В.	400
Боровой А.П.	28, 104, 269	Жилевич Л.А.	89
Бояровская А.В.	19, 24, 160	Жукова Т.В.	226, 227, 292,
Бурькин И.М.	146, 422		349, 428
Бут-Гусаим В.В.	332	Загорская Т.В.	352
Василевский С.С.	332	Запарий Н.С.	92, 131, 135
Васильева Л.П.	189, 196	Захаревич О.Ю.	38, 355, 392
Васильченко Е.М.	384	Захарова Н.А.	47, 364
Васильченко Я.В.	28, 30, 104,	Зуева А.В.	234, 239, 245
	116, 269	Ибрагимов Р.Ф.	146, 422
Верш В.А.	203	Иксанов Х.В.	186
Воронец О.А.	73, 79, 234,	Ильюхин П.А.	43
	239, 245	Ильясевич И.А.	359
Галиновская Н.В.	111, 208	Ишутина И.С.	230, 400
Голикова В.В.	213, 218, 364	Казакевич Д.С.	47, 56, 300,
Голикова К.В.	47, 364		305, 311, 364
Горустович Л.Н.	221	Казанцева Ю.И.	52
Гребень Н.Ф.	33	Кандыбо И.В.	279

Карнильчик И.А.	68, 251, 380	Львова Н.Л.	28, 30, 104, 269
Киреева И.А.	56	Макарова О.В.	141
Кисель М.А.	63	Малахова И.В.	165, 171
Кныш Н.А.	104, 370	Малюк Б.В.	279
Кобылко Л.А.	208, 433	Мартыненко А.И.	38, 355, 392
Коваленко А.И.	397	Марьенко И.П.	274
Козлова С.В.	448	Мингазутдинова Э.Р.	146
Колюка О.Е.	148, 287	Митлицкая Е.В.	107, 156
Коновалова Н.Г.	375, 404	Михеденко Е.А.	448
Копыток А.В.	234, 239, 245, 305	Можейко М.П.	274
Корзун А.С.	68, 251, 380	Мохаммади М.Т.	279
Корзун В.А.	68, 89, 251, 256, 380, 389	Мыц А.С.	181
Корнелюк А.М.	424	Найденов В.Ю.	14
Короткий А.А.	73, 79	Никифорова О.Л.	111
Корявая Е.В.	19	Николаева А.Г.	177, 397
Крамаренко А.Н.	274	Николаева Н.В.	208
Крамер И.В.	384	Овсянник Ю.А.	116, 327
Кринчик Т.Ю.	392	Оленская Т.Л.	177, 397
Крупенин В.П.	433	Орлова М.Г.	84
Кузьмина В.Б.	84	Осипов Ю.В.	121, 126, 264, 320
Лабунь А.И.	264	Павлова С.В.	230, 400
Лавренкова А.Н.	14	Палаткин П.П.	404
Лакутин А.А.	38, 68, 89, 251, 256, 341, 380, 389	Пастухова О.Д.	409
Лецкая О.А.	92	Пахомова М.Э.	131
Литвинцев С.В.	315	Пацко А.И.	415
Лихачев С.А.	274	Пашкевич Л.А.	279
Лукашевич А.А.	279	Перкова В.Е.	282
Лукьянчик А.П.	245	Пирогова Л.А.	332
Лушинская С.И.	43, 99, 234, 239	Писарик В.М.	84
		Плешко И.В.	274
		Попович Ю.М.	46
		Потапенко О.И.	135

Радута В.И.	148, 287	Усова Н.Н.	274
Разуванов А.И.	279, 305, 341, 359, 448	Филиппович А.Н.	327, 352
Родионова А.Ю.	141	Францкевич В.А.	121, 126
Ростовцев В.Н.	84	Хамко КМ.	320
Рочева Я.С.	148, 287	Хейфец Е.Н.	165, 171
Рудкова Е.В.	47	Хейфец Н.Е.	165, 171
Сабирова Э.Р.	146, 422	Ходаковский М.Д.	230
Салогуб А.М.	400	Хохлова О.И.	203, 384
Свинцов А.А.	148, 287	Чапко И.Я.	116, 327, 439, 443
Святская Е.Ф.	226, 227, 292, 297, 428	Чернякина Т.С.	148
Селькина В.Д.	337	Шабанова О.А.	230
Семёнов А.В.	84, 165	Шалатонина О.И.	279
Семенюк А.С.	424	Шарафутдинова Г.М.	422
Серянова Н.М.	154	Шестаков В.П.	148, 287
Сивухина А.В.	189, 196	Шкурко Т.В.	297
Сикорская И.С.	226, 227, 292, 428	Шнигир А.А.	121, 126
Слипченко Э.Г.	156	Эйсмонт О.Л.	279
Смычѣк В.Б.	38, 56, 63, 160, 300, 305, 311	Ярош А.С.	332
Сниткова Н.В.	297		
Сокуров А.В.	230, 400		
Соловьева С.Л.	315		
Солтан М.М.	165, 171		
Сошникова Е.В.	359		
Спиридонова В.С.	154		
Степанец Е.А.	433		
Солов С.В.	141		
Табанькова Ю.В.	208		
Терехович Т.И.	84		
Тишкина Ю.Е.	24, 269		

СОДЕРЖАНИЕ

I. ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

1. Основные недостатки, выявленные в результате анализа работы по организации и проведению оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизы качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Витебской области в 2022 г. 5
Артюшенко-Кострова М.В.
2. Профилактика конфликтных ситуаций в работе медико-реабилитационных экспертных комиссий 9
Артюшенко-Кострова М.В.
3. Методические рекомендации по организации и проведению оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизы качества медицинской помощи в организациях здравоохранения 14
Артюшенко-Кострова М.В., Найденов В.Ю., Лавренкова А.Н.
4. Критерии оценки нарушений функций организма у пациентов с глаукомой в рамках проведения медико-социальной экспертизы 19
Бояровская А.В., Корявая Е.В.
5. Особенности распределения ограничений жизнедеятельности «коморбидных» пациентов разных возрастных групп с превалирующей патологией органа зрения 24
Бояровская А.В., Тишкина Ю.Е.
6. Оценка нарушенных функций организма у пациентов с туберкулезом органов дыхания при первичном освидетельствовании в медико-реабилитационной экспертной комиссии 28
Васильченко Я.В., Львова Н.Л., Гур А.О., Боровой А.П.
7. Туберкулез органов дыхания как актуальная медицинская, социальная и экономическая проблема 30
Васильченко Я.В., Львова Н.Л., Гур А.О.
8. Расстройства депрессивного спектра: проблемы диагностики и экспертизы 33
Гребень Н.Ф.
9. Разработка критериев оценки ограничений жизнедеятельности у детей с расстройствами аутистического спектра с использованием положений МКФ 38
Емельянцева Т.А., Смычѣк В.Б., Мартыненко А.И., Захаревич О.Ю., Лакутин А.А.
10. Тяжесть первичной инвалидности населения Республики Беларусь вследствие злокачественных новообразований молочной железы 43
Ильяхин П.А., Луцинская С.И.

11. **Показатели, оказывающие влияние на длительность инвалидности у детей при острых лейкозах** 47
Казакевич Д.С., Дорошенко И.Т., Алферова А.И., Борисевич М.В., Рудкова Е.В., Голикова К.В., Захарова Н.А.
12. **Актуальные проблемы установления инвалидности в Российской Федерации: на примере онкопациентов** 52
Казанцева Ю.И., Черняева А.К.
13. **К вопросу о системе управления качеством медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы** 56
Киреева И.А., Смычёк В.Б., Казакевич Д.С.
14. **Управление качеством оказания медицинской помощи: процессы, риски, эффективность** 63
Кисель М.А., Смычёк В.Б.
15. **Совершенствование модели управления системой оказания и контроля качества медицинской помощи и реабилитации в психоневрологическом доме-интернате для престарелых и инвалидов** 68
Корзун В.А., Корзун А.С., Карнильчик И.А., Емельянцева Т.А., Лакутин А.А.
16. **Тяжесть первичной инвалидности вследствие болезни Паркинсона и паркинсонизма** 73
Короткий А.А., Воронец О.А.
17. **Анализ первичной инвалидности вследствие болезни Паркинсона и паркинсонизма с учетом региона проживания** 79
Короткий А.А., Воронец О.А.
18. **Показатели для оценки деятельности учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор** 84
Кузьмина В.Б., Писарик В.М., Ростовцев В.Н., Семёнов А.В., Орлова М.Г., Терехович Т.И.
19. **Результаты сравнительного анализа ограничений функционирования и жизнедеятельности у пациентов с ранним и поздним началом болезни Альцгеймера** 89
Лакутин А.А., Емельянцева Т.А., Жилевич Л.А., Корзун В.А.
20. **Анализ первичной инвалидности среди взрослого населения вследствие сахарного диабета в г. Москве и Центральном федеральном округе в динамике за 2017-2021 гг.** 92
Лецакая О.А., Асриян А.Ю., Запарий Н.С.
21. **Инвалидность населения Республики Беларусь вследствие катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции** 99
Луцинская С.И.
22. **Нарушения функций и структур организма у пациентов с ревматоидным артритом** 104
Львова Н.Л., Васильченко Я.В., Боровой А.П., Кныш Н.А.

23. **Болезнь Кароли – редкий случай из практики проведения медико-социальной экспертизы** 107
Митлицкая Е.В.
24. **Анализ временной нетрудоспособности пациентов, перенесших инфекцию COVID-19 в легкой и среднетяжелой формах, в амбулаторных условиях** 111
Никифорова О.Л., Галиновская Н.В.
25. **Оценка влияния наличия и выраженности нарушений функций тазовых органов на риск формирования и тяжесть первичной инвалидности** 116
Овсянник Ю.А., Чапко И.Я., Васильченко Я.В., Попович Ю.М.
26. **Набор МКФ-кодов и категорий доменов при несчастных случаях на производстве** 121
Осипов Ю.В., Францкевич В.А., Шнигир А.А.
27. **Методы исследований нарушений функций, структур организма, ограничений активности и участия у пациентов с последствиями несчастных случаев на производстве** 126
Осипов Ю.В., Францкевич В.А., Шнигир А.А.
28. **Характеристика повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией среди лиц в возрасте 18-44 лет в г. Москве за 2016-2021 года** 131
Пахомова М.Э., Запарий Н.С.
29. **Прогнозирование как функция направления для снижения инвалидности вследствие злокачественных новообразований головного мозга** 135
Потапенко О.И., Запарий Н.С.
30. **Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов вследствие сахарного диабета** 141
Родионова А.Ю., Столов С.В., Макарова О.В.
31. **Использование экспертного опроса для отбора индикаторов, характеризующих качество и безопасность оказания медицинской помощи инвалидам с сердечно-сосудистыми заболеваниями** 146
Сабирова Э.Р., Мингазутдинова Э.Р., Бурькин И.М., Ибрагимов Р.Ф.
32. **Основные итоги реализации в Российской Федерации Конвенции ООН о правах инвалидов** 148
Свинцов А.А., Чернякина Т.С., Радута В.И., Шестаков В.П., Рочева Я.С., Колюка О.Е.
33. **Инвалидность и реабилитация при колоректальном раке в Удмуртской Республике за 2018-2022 гг.** 154
Серянова Н.М., Спиридонова В.С.

34. **Анализ первичной инвалидности детского населения в разрезе обслуживаемых районов Солигорской межрайонной медико-реабилитационной экспертной комиссии** 156
Слипченко Э.Г., Митлицкая Е.В.
35. **Критерии оценки ограничений активности и участия, факторов окружающей среды у пациентов с глаукомой в рамках проведения медико-социальной экспертизы** 160
Смышлёв В.Б., Бояровская А.В.
36. **Внутриорганизационный контроль качества и безопасности медицинской деятельности и национальная система оценки качества медицинской помощи: научные разработки и новеллы правового регулирования** 165
Хейфец Н.Е., Хейфец Е.Н., Солтан М.М., Семёнов А.В., Малахова И.В.
37. **Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в клинической лаборатории: внедрение результатов научных исследований** 171
Хейфец Е.Н., Хейфец Н.Е., Солтан М.М., Малахова И.В.

II. ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

38. **Оценка эффективности реабилитации методом кинезиологического тейпирования пациентов после пневмонии, ассоциированной с COVID-19, по паттерну дыхания с использованием «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья»** 177
Азаренок М.К., Оленская Т.Л., Николаева А.Г.
39. **Мультидисциплинарный подход в нейропсихологической реабилитации пациентов** 181
Барбарчик К.Д., Бондарева Е.А., Богданович О.М., Деревянко А.В., Мыц А.С.
40. **Особенности разработки индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов с позиций международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья** 186
Бодрова Р.А., Аухадеев Э.И., Иксанов Х.В., Ацель Е.А.
41. **Социально-психологические аспекты реабилитации лиц с травмами опорно-двигательного аппарата** 189
Васильева Л.П., Сивухина А.В.
42. **Типы отношения к болезни и мотивационная структура личности лиц с травмами опорно-двигательного аппарата как мишени социально-психологической реабилитации** 196
Васильева Л.П., Сивухина А.В.

43. **Динамика психологического состояния пациентов с травматической болезнью спинного мозга по окончании курса медико-социальной реабилитации** 203
Верш В.А., Хохлова О.И.
44. **Оценка эффективности дифференцированной программы медицинской реабилитации у пациентов после реваскуляризации миокарда в сочетании с хронической вертеброгенной болью в нижней части спины** 208
Галиновская Н.В., Кобылко Л.А., Николаева Н.В., Табанькова Ю.В.
45. **Дорожная карта проведения медицинской реабилитации детей с низкорослостью** 213
Дорошенко И.Т., Голикова В.В.
46. **Социальная реабилитация детей с низкорослостью** 218
Дрошенко И.Т., Голикова В.В.
47. **Алгоритм консультирования для профессиональной ориентации детей с низкорослостью, достигших 14-летнего возраста** 221
Дорошенко И.Т., Горустович Л.Н.
48. **Реабилитационный диагноз и его значение в медицинской реабилитации** 226
Емельянов Г.А., Святская Е.Ф., Жукова Т.В., Сикорская И.С.
49. **Физическая активность для пациентов с артериальной гипертензией** 227
Жукова Т.В., Емельянов Г.А., Святская Е.Ф., Сикорская И.С.
50. **Использование международной классификации функционирования, нарушения жизнедеятельности и здоровья для оценки нуждаемости инвалидов с нарушениями психических функций в сопровождаемом проживании** 230
Ишутина И.С., Ходаковский М.Д., Шабанова О.А., Павлова С.В., Сокуров А.В., Аверочкина Э.Н.
51. **Потребность детей, впервые признанных инвалидами, в медицинской реабилитации, абилитации** 234
Копыток А.В., Воронец О.А., Зуева А.В., Луцинская С.И.
52. **Потребность детей-инвалидов в профессиональной и трудовой реабилитации** 239
Копыток А.В., Воронец О.А., Луцинская С.И., Зуева А.В.
53. **Организационно-правовые аспекты формирования и выполнения индивидуальных программ реабилитации, абилитации ребенка-инвалида** 245
Копыток А.В., Зуева А.В., Воронец О.А., Лукьянчик А.П., Анисович С.В.

54. **Биопсихосоциодуховный подход к реабилитации лиц, проживающих в психоневрологическом доме-интернате для престарелых и инвалидов** 251
Корзун В.А., Корзун А.С., Карнильчик И.А., Емельянцева Т.А., Лакутин А.А.
55. **Основные направления реабилитации лиц с когнитивными расстройствами в психоневрологическом доме-интернате для престарелых и инвалидов** 256
Корзун В.А., Емельянцева Т.А., Лакутин А.А.
56. **Медицинская реабилитация детей с идиопатическим сколиозом в Республике Беларусь** 264
Лабунь А.И., Осипов Ю.В.
57. **Оценка реабилитационного потенциала у пациентов с болезнями системы кровообращения в сочетании с онкологическими заболеваниями** 269
Львова Н.Л., Васильченко Я.В., Тишкина Ю.Е., Боровой А.П.
58. **Медицинские аспекты оценки реабилитационного потенциала пациентов с инфарктом мозга и внутримозговым кровоизлиянием** 274
Марьенко И.П., Усова Н.Н., Плешко И.В., Лихачев С.А., Можейко М.П., Борисенко А.В., Крамаренко А.Н.
59. **Эффективность медицинской реабилитации пациентов после ревизионного эндопротезирования коленного сустава** 279
Пашикевич Л.А., Разуванов А.И., Лукашевич А.А., Мохаммади М.Т., Эйсмонт О.Л., Шалатонина О.И., Кандыбо И.В., Малюк Б.В.
60. **Оценка способности к речевым коммуникациям у пациентов с патологией кровообращения в вертебробазилярном бассейне с позиций МКФ** 282
Перкова В.Е.
61. **Правовые аспекты реабилитации и социальной адаптации инвалидов вследствие военной травмы в Российской Федерации** 287
Радута В.И., Свинцов А.А., Шестаков В.П., Рочева Я.С., Колюка О.Е.
62. **Эффективность медицинской реабилитации пациентов после нейрохирургического лечения дегенеративных поражений позвоночника с позиций качества жизни** 292
Святская Е.Ф., Емельянов Г.А., Сикорская И.С., Жукова Т.В.
63. **Ударно-волновая терапия при «синдром болевого плеча» в нейрореабилитации** 297
Святская Е.Ф., Сниткова Н.В., Шкурко Т.В.
64. **Основные проблемы и перспективы развития службы медицинской реабилитации** 300
Смышчёр В.В., Казакевич Д.С.

65. **О функционировании системы медицинской реабилитации в Республике Беларусь** 305
Смышчёр В.Б., Казакевич Д.С., Копыток А.В., Разуванов А.И.
66. **К вопросу о концепции совершенствования государственной службы медицинской реабилитации** 311
Смышчёр В.В., Казакевич Д.С.
67. **Психологическая реабилитация депрессивных пациентов в контексте Российской ментальности** 315
Соловьева С.Л., Литвинцев С.В.
68. **Медицинская реабилитация при посттравматической рефлекторной дистрофии кисти** 320
Хамко К.М., Осипов Ю.В.
69. **Стандартизация методов экспертно-реабилитационной оценки атаксий у пациентов с нарушениями мозгового кровообращения** 327
Чапко И.Я., Овсянник Ю.А., Филиппович А.Н.

III. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

70. **Особенности статики шейного отдела позвоночника у пациентов с расстройствами адаптации** 332
Василевский С.С., Пирогова Л.А., Бут-Гусаим В.В., Ярош А.С.
71. **Клинический случай рецидива аденомы паращитовидной железы при ультразвуковом исследовании** 337
Евдочкова Т.И., Селькина В.Д.
72. **Актуальность исследования сопутствующие психических расстройств у пациентов после перенесенного инфаркта мозга** 341
Емельянцева Т.А., Лакутин А.А., Разуванов А.И.
73. **Синдром дефицита внимания и гиперактивности, болезнь Паркинсона и болезнь Альцгеймера: есть ли связь?** 344
Емельянцева Т.А.
74. **Современные подходы к антигипертензивной терапии** 349
Жукова Т.В.
75. **Инфаркт головного мозга у детей (клинический случай)** 352
Загорская Т.В., Филиппович А.Н.
76. **Особенности агрессивного поведения у детей с аутизмом дошкольного возраста с позиции международных подходов** 355
Захаревич О.Ю., Мартыненко А.И.
77. **Аномалии развития краниовертебральной области: динамика клинических и нейрофизиологических показателей в оценке функций спинного мозга** 359
Ильясевич И.А., Дулуб О.И., Сошникова Е.В., Разуванов А.И.

78. **Изделия и технологии, направленные на компенсацию физиологической недостаточности и ограничения способности к самообслуживанию у детей** 364
Казакевич Д.С., Дорошенко И.Т., Алферова А.И., Голикова К.В., Захарова Н.А., Голикова В.В.
79. **Механизм формирования боли и методы её оценки при ревматоидном артрите** 370
Кныш Н.А.
80. **Обучение пользованию креслом-коляской пациентов с тетрапарезом** 375
Коновалова Н.Г., Дробышева Е.Г., Деева И.В.
81. **Актуальность применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в психоневрологическом доме-интернате для престарелых и инвалидов** 380
Корзун В.А., Корзун А.С., Карнильчик И.А., Емельянцева Т.А., Лакутин А.А.
82. **Практические мероприятия по преодолению профессионального выгорания у специалистов, оказывающих реабилитационные и социальные услуги инвалидам с нарушениями функций опоры и движения** 384
Крамер И.В., Хохлова О.И., Васильченко Е.М.
83. **Нейropsychологическая оценка преддементного и дементного расстройства у лиц с болезнью Альцгеймера** 389
Лакутин А.А., Емельянцева Т.А., Корзун В.А.
84. **Изучение условий обучения лиц с расстройствами аутистического спектра в Республике Беларусь** 392
Мартыненко А.И., Емельянцева Т.А., Захаревич О.Ю., Кринчик Т.Ю.
85. **Коррекция когнитивных нарушений у детей с расстройством аутистического спектра методом гипобаротерапии** 397
Оленская Т.Л., Николаева А.Г., Коваленко А.И., Данилова Е.Л.
86. **Ранняя помощь детям и их семьям в Российской Федерации: превентологические аспекты** 400
Павлова С.В., Сокуров А.В., Салогуб А.М., Ермоленко Т.В., Ишутина И.С.
87. **Коррекция гиперактивного мочевого пузыря у пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения и травматической болезнью головного мозга** 404
Палаткин П.П., Коновалова Н.Г.
88. **Установка на труд как критерий трудового прогноза** 409
Пастухова О.Д.

89.	Трудовой прогноз у постинфарктных пациентов, занятых физическим трудом	415
	<i>Пацко А.И.</i>	
90.	Клинические рекомендации как источник совершенствования медицинской помощи инвалидам с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и хронической сердечной недостаточностью	422
	<i>Сабирова Э.Р., Бурыкин И.М., Ибрагимов Р.Ф., Шарафутдинова Г.М.</i>	
91.	Реализация основных принципов и положений «Конвенции о правах инвалидов» в ГУ «Республиканский санаторий «Белая вежа» для ветеранов войны, труда и инвалидов»	424
	<i>Семенюк А.С., Корнелюк А.М.</i>	
92.	Опыт применения криотерапии при болях в плече после мозгового инсульта	428
	<i>Сикорская И.С., Святская Е.Ф., Емельянов Г.А., Жукова Т.В.</i>	
93.	Анализ параметров частоты сердечных сокращений в период проведения физических тренировок у пациентов с инфарктом миокарда	433
	<i>Степанец Е.А., Крупенин В.П., Елинский А.А., Кобылко Л.А.</i>	
94.	Оценка функции равновесия при постинсультной атаке с использованием шкалы Берга	439
	<i>Чапко И.Я.</i>	
95.	Оценка статодинамических нарушений функций нижних конечностей у пациентов с травматическими и компрессионно-ишемическими невропатиями	443
	<i>Чапко И.Я.</i>	
96.	Профилактика инвалидности: современный взгляд на проблему	448
	<i>Разуванов А.И., Михеденко Е.А., Козлова С.В.</i>	
	<i>Авторский указатель</i>	454

Научное издание

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ
ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ**

Сборник научных статей

Основен в 1999 году

Выпуск 25

Издается в авторской редакции

Ответственный за выпуск *Е. С. Патей*
Компьютерная верстка: *А. П. Лукьянчик, А. В. Зуева,*
М. Д. Аниськова, О. А. Воронец

Подписано в печать 19.09.2023. Формат 60×84/16.

Бумага офсетная. Печать цифровая.

Усл. печ. л. 27,1. Уч.-изд. л. 26,3.

Тираж 40 экз. Заказ 23652.

Издатель и полиграфическое исполнение:
общество с ограниченной ответственностью «Колорград».

Свидетельство о государственной регистрации
издателя, изготовителя, распространителя печатных
изданий № 1/471 от 28.07.2015.

Пер. Велосипедный, 5-904, 220033, Минск.

+375 17 361 91 40

post@segment.by
segment.by

facebook.com/segment.by
vk.com/segment_belarus
instagram.com/segment.book



Для авторов и ученых



Наш сайт



Интернет-магазин