МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ



Медицина в Кузбассе

Научно-практический журнал
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:
НП «Издательский Дом Медицина и Просвещение»

Адрес:
г.Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43

Шеф-редактор:
А.А. Коваленко

Научный редактор:
Н.С. Черных

Директор:
С.Г. Петров

Макетирование:
А.А. Черных
И.А. Коваленко

Издание зарегистрировано в Сибирском окружном межрегиональном территориальном управлении Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации № ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:
ООО «АНТОМ», 650004, г. Кемерово, ул. Сарыгина, 29

Тираж: 500 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Курилов К.С. - зам. главного редактора, Луцик А.А. - зам. главного редактора, Михайлуц А.П., Разумов А.С. - ответственный секретарь, Шипачев К.В., Чурляев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Горбатовский Я.А. (Новокузнецк), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Ивойлов В.М. (Кемерово), Казакова Л.М. (Кемерово), Колбаско А.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Подолужный В.И, (Кемерово), Рыков В.А. (Новокузнецк), Сапожков А.В. (Кемерово), Селедцов А.М. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Темерханов Ф.Т. (Кемерово), Усов С.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Ушакова Г.А. (Кемерово), Хайновская И.Я. (Кемерово), Царик Г.Н. (Кемерово), Швец Т.И. (Кемерово), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово), Чиченин Г.И. (Новокузнецк).

Спецвыпуск № 2 – 2003

УДК 616-036.86
ББК 28+5
П 781
032866

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ. Материалы научно-практической конференции, посвященной Европейскому и Российскому году инвалидов - 2003, 60-летию Кемеровской области, 25-летию Федерального государственного учреждения "Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов", Новокузнецк, 30 сентября - 3 октября 2003 года. - Новокузнецк, 2003. - 160 с.

Редакционная коллегия спецвыпуска:

Л.В. Сытин, к.м.н., Заслуженный работник
социальной защиты населения России;
Г.К. Золоев, д.м.н., профессор;
Е.М. Васильченко, к.м.н.

© "Медицина в Кузбассе", 2003 г.
Воспроиведение полностью или частями на русском и других языках разрешается по согласованию с редакцией.

ОГЛАВЛЕНИЕ

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Б.П. Андриевский, А.З. Виноградов, В.Е. Бекренев
МЕТОДИКА ОЦЕНКИ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕКРЕАЦИОННОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ (НА ПРИМЕРЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА) 11

В.Е. Бекренев, А.З. Виноградов
ПРОФИЛАКТИКА ИНВАЛИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПУТЕМ СОЗДАНИЯ ЦЕЛЕВОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ 12

Я.К. Бесстрашнова
ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОПИСАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА РЕГИОНА 14

А.З. Виноградов
КОНЦЕПЦИЯ СОЗДАНИЯ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ИНВАЛИДОВ 14

Д.М. Гарафутдинов, Г.В. Савицкая, В.В. Носырев, К.Н. Токарев
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕКОММЕРЧЕСКОГО МАРКЕТИНГА В ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ И СЛУХА . .16

Г.К. Золоев
РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ С УТРАТОЙ КОНЕЧНОСТИ В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ 18

М.В. Коробов
МЕСТО И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ СВЯЗИ РЕАБИЛИТОЛОГИИ В СИСТЕМЕ НАУЧНЫХ ЗНАНИЙ 19

Д.И. Лаврова, Л.Н. Чикинова
СОВРЕМЕННЫЙ ЭТАП В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНВАЛИДНОСТИ 20

А.Е. Лысенко, И.В. Шведовченко, К.К. Щербина
СЛОЖНОЕ И АТИПИЧНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ: СОДЕРЖАНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ 21

Л.М. Муруева
ОРГАНИЗАЦИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ 22

С.Н. Пузин
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ 23

Е.Г. Свистунова
СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЯХ 24

В.Ф. Соколова, Н.В. Черноусова
СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ 25

Л.В. Сытин, Н.И. Кузнецова, Л.В. Лыхина
КОНЦЕПЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОГО АМБУЛАТОРНОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ 27

В.Г. Тактаров, С.В. Шмелева
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТОЛОГИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ 28

В.П. Шестаков
НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ 29

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И СТАТИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ

Н.Д. Богомолова, Е.А. Цитко
ИНВАЛИДНОСТЬ И ИНВАЛИДИЗАЦИЯ ПО ПРИЧИНАМ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 31

Е.М. Васильченко
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ПРИМЕРЕ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА 32

О.Н. Владимирова, Н.Э. Цикнасарова
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ 33

З.С. Жалейко, Н.В. Олькова
МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОГО ВЫХОДА НА ИНВАЛИДНОСТЬ ГРАЖДАН СТАРШЕ 18 ЛЕТ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 34

А.Г. Захарьян, В.П. Иванов, Т.В. Калмыкова
СОСТОЯНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ (1998-2002 ГГ.) 36

М.А. Леонтьев
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ И ЧАСТОТА ПОЛНОГО АНАТОМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА 37

А.М. Разумовская, М.И. Разумовский, Ю.А. Коровянский, Н.С. Красикова
ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ 38

М.И. Разумовский, Н.С. Красикова, А.М. Разумовская
ДИНАМИКА ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ МИОПИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, АНОМАЛИЙ РЕФРАКЦИИ И АМБЛИОПИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В 1999-2001 ГГ. 39

В.Б. Смычек, А.В. Копыток
ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ 40

Т.Н. Федорова, А.А. Головин, В.Г. Демченко
СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ ЗОНАХ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ И В ГОРОДЕ ОМСКЕ 41

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОБЛЕМ ИНВАЛИДНОСТИ

В.В. Моисеева
СИСТЕМА ИНТЕРНЕТ-КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ 43

В.В. Пулит
ЗАДАЧИ ЭТАПА ФОРМИРОВАНИЯ ЕДИНОГО ИНФОРМАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ РЕГИОНА 43

В.В. Пулит
РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕШЕНИИ СОЦИАЛЬНЫХ ЗАДАЧ НА УРОВНЕ РЕГИОНА 44

А.В. Шошмин, Н.В. Мартынова
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ИНВАЛИДОВ 45

А.В. Шошмин, Н.В. Мартынова
ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО РЕГИСТРА ИНВАЛИДОВ В ПИЛОТНЫХ РЕГИОНАХ 46

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

А.З. Виноградов
СОЦИАЛЬНЫЙ ВРЕД – ПРАВОВАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ 47

А.Г. Золоев
ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ КАК ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВАЯ ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ 48

А.Я. Клименко, А.Г. Золоев
НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ 49

В.И. Радуто
О ПОДХОДАХ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ КОМПЕТЕНЦИИ ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ 50

ВОПРОСЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ

Г.Н. Буров
МЕХАНИЧЕСКИЕ ПРОТЕЗЫ РУК. ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ 51

Герасимова Г.В.
ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ХОДЬБЕ НА ПРОТЕЗАХ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 51

А.М. Жамкочян, В.А. Большаков
НАСАДКИ К РАБОЧИМ ПРОТЕЗАМ – ВАЖНОЕ ДОПОЛНЕНИЕ К СРЕДСТВАМ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ 52

С.Г. Королев
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ЛИМИТИРУЮЩИХ ПРОЦЕСС ПЕРВИЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ .52

С.Г. Королев
ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РАЗРАБОТКИ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С ПОСТАМПУТАЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ 54

М.М. Малашенко, Т.Н. Дедикова
ЗНАЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА В МЕХАНИЗМАХ НАРУШЕНИЯ СТАТО-ДИНАМИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ЛИЦ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ 55

М.М. Малашенко
ФАКТОРЫ, ЛИМИТИРУЮЩИЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЛОКОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ В ПРОЦЕССЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ С СОЧЕТАННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И ГОЛОВНОГО МОЗГА 56

В.Г. Масленникова, К.В. Соколов, А.В. Степанов
ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ
К ЛЕЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНОМУ
ПРОТЕЗИРОВАНИЮ С ПОРОЧНЫМИ
КУЛЬТЯМИ БЕДРА И ГОЛЕНИ 57

ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ИНВАЛИДОВ

С.А. Батискин, О.А. Коваль
РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПОДОГРАФИИ
В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 60

М.Э. Белоглазов
ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ
ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ
ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 60

М.Э. Белоглазов
СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ
У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 61

Л.Г. Гончарова, А.Ю. Макаров,
Д.В. Гуревич, Н.В. Старикова
ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ
МАГНИТО-РЕЗОНАНСНОЙ ДИАГНОСТИКИ
ОПУХОЛЕВОЙ И ГРЫЖЕВОЙ КОМПРЕССИИ
СПИННОГО МОЗГА 62

Т.Н. Дедикова, Г.К. Золоев, М.Э. Белоглазов
РОЛЬ ИШЕМИИ В РАЗВИТИИ НЕЙРОПАТИИ
У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ
И ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ 63

Н.Г. Коновалова
ОСОБЕННОСТИ СТАБИЛОМЕТРИИ
БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ
ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА 65

Н.Г. Коновалова
ВЛИЯНИЕ НАПРЯЖЕНИЯ АКСИАЛЬНОЙ
МУСКУЛАТУРЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ
СТАБИЛОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ
С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА
И СПИННОГО МОЗГА 66

М.А. Леонтьев
ИЗУЧЕНИЕ СТАТО-ДИНАМИЧЕСКИХ
ФУНКЦИЙ ИНВАЛИДОВ
С НИЖНЕЙ ПАРАПЛЕГИЕЙ 67

А.Ю. Макаров, Д.В. Гуревич,
Н.Л. Колосова, Л.Г. Гончарова
ОБЪЕКТИВНАЯ ДИАГНОСТИКА
ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ
ПРИ СИНДРОМЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ
ДИСТОНИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА 68

М.М. Малашенко, Т.Н. Дедикова
ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЙ
ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ
У ПЕРВИЧНО ПРОТЕЗИРУЕМЫХ
ИНВАЛИДОВ С КУЛЬТЯМИ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ
ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ . .69

И.Е. Микусев, Г.И. Микусев,
Н.А. Латыпова, Р.Ф. Хабибуллин
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ
ИЗОЛИРОВАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ
СУХОЖИЛИЙ ГЛУБОКИХ
СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ 70

В.Н. Рогачева, О.В. Кузьменко
СТАТО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ
У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННЫМИ
ИЗМЕНЕНИЯМИ КОКСАРТРОЗА
ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ ТОТАЛЬНОГО
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ 71

В.Н. Рогачева, Н.Г. Коновалова, Т.Н. Дедикова
ОСОБЕННОСТИ СТАБИЛОМЕТРИИ
БОЛЬНЫХ С ПАРАПЛЕГИЕЙ,
ГЛУБОКИМ ПАРАПАРЕЗОМ 73

Г.С. Фельгрон
ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО
МЕТОДА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ
ПОДВИЖНОСТИ ПОВРЕЖДЕННОГО
ДВИГАТЕЛЬНОГО СЕГМЕНТА
ПОЗВОНОЧНИКА 74

А.П. Шеин, М.С. Сайфутдинов, Г.А. Криворучко,
А.Т. Худяев, А.А. Скрипников,
З.М. Кривоногова, А.Н. Дьячков
КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ
ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗРАБОТКИ НОВЫХ
МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНЫМИ
ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ 75

А.П. Шеин, Т.В. Сизова,
В.Д. Макушин, О.К. Чегуров
БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ
МЫШЦ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
ПОСЛЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РАЗГРУЗКИ
КОЛЕННОГО СУСТАВА
У БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ 76

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Д.Ю. Борзунов, Н.В. Петровская, А.А. Ларионов
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ТЕХНОЛОГИИ ЗАМЕЩЕНИЯ
ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ДЛИННЫХ
КОСТЕЙ ПО ИЛИЗАРОВУ
(ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) . .78

А.М. Берман, К.В. Соколов, В.Г. Масленникова
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ
АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМ 79

А.В. Кабиров, С.Д. Панфилов,
А.М. Батраков, Э.Е. Кислов
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТЬЮ 80

М.В. Казарезов, А.М. Королева,
И.В. Бауэр, В.А. Головнев, Г.А. Частикин
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ
С МИКСТАМИ (ГЛУБОКИЕ
ОЖОГИ И ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ) 80

М.В. Казарезов, А.М. Королева,
И.В. Бауэр, В.А. Головнев, Г.А. Частикин
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ
С ИНФИЦИРОВАННЫМИ
ТКАНЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ
ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ
РЕГИОНАРНОЙ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ 82

В.П. Кельмаков, Е.В. Филатов, В.В. Кельмаков
НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ
В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ
ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
СПИННОГО МОЗГА 84

В.П. Кельмаков, Г.И. Пятакова,
М.А. Леонтьев, Е.В. Филатов
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ
ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА
(ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ) 85

Э.Е. Кислов, С.Д. Панфилов,
А.С. Пинигин, А.М. Батраков
ЭПИДУРАЛЬНАЯ БЛОКАДА
В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ
НЕПРЯМЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ
ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 86

В.А. Куксинский
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА
БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 87

В.А. Куксинский
ЭФФЕРЕНТНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИИ КРОВИ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
РЕВМАТОИДНОГО ПОЛИАРТРИТА:
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ 88

В.А. Куксинский, В.Н. Шипаров, А.В. Степанов
ВОСПОЛНЕНИЕ КРОВОПОТЕРИ
ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ТОТАЛЬНОГО
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА 89

С.В. Литвиновский, Г.К. Золоев, Н.П. Ивацин
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ
У БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОСУДОВ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 90

В.Г. Масленникова, А.М. Берман
ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА
ПО ТЕХНОЛОГИИ «WALDEMAR LINK»
С ПРИМЕНЕНИЕМ КОСТНОГО
ЦЕМЕНТА «PALACOS» 91

И.Е. Микусев, Г.И. Микусев,
Н.А. Латыпова, Р.Ф. Хабибуллин
МЕТОД ТЕНДОПЛАСТИКИ
ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ
ИЗОЛИРОВАННО ПОВРЕЖДЕННЫХ
СУХОЖИЛИЙ ГЛУБОКИХ
СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ 92

И.Е. Микусев, Р.Ф. Хабибуллин, Г.И. Микусев
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
С КОСТНЫМИ ОПУХОЛЯМИ
НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ 93

Н.М. Мурзиков, Н.Г. Шихалева,
М.М. Щудло, С.В. Гордичук
РЕНТГЕНОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ
КОСТЕЙ СТОПЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ
АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА 94

Г.Г. Неттов
СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ
СГИБАТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ
ПАЛЬЦЕВ КИСТИ 95

С.Д. Панфилов, Э.Е. Кислов,
Н.О. Панфилова, А.С. Васин
БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМ
МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ
У НАРКОМАНОВ 96

П.А. Савченко, В.Э. Гюнтер, П.Н. Харин,
А.Ш. Гиздетдинов, О.А. Гальцов, С.В. Алымов,
Е.П. Кацюба, Л.Г. Кокорина
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЛАВОВ НА ОСНОВЕ
НИКЕЛИДА ТИТАНА В ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
И ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА 97

К.В. Соколов, В.Г. Масленникова, А.В. Степанов
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОРОКОВ И БОЛЕЗНЕЙ КУЛЬТЕЙ ГНОЙНОГО ХАРАКТЕРА НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ 99

В.В. Трубин, А.Г. Хвостов
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАСТИЧЕСКОЙ ЭКВИНО-ВАРУСНОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ 100

Е.В. Филатов
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ 100

А.А. Фоминых, А.Н. Горячев
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МИКРОХИРУРГИИ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ 101

А.Г. Хвостов, В.В. Трубин
К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ 102

А.Т. Худяев, О.С. Россик, С.В. Люлин
ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА НАРУЖНОЙ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОМ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ 103

А.Ю. Чевардин, Д.Ю. Борзунов
К ВОПРОСУ О ВОССТАНОВЛЕНИИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ С ОБРАЗОВАНИЕМ МЕЖБЕРЦОВЫХ СИНОСТОЗОВ 104

В.Н. Шипаров
КОСТНЫЙ ЦЕМЕНТ КАК ФАКТОР РИСКА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ 105

В.Н. Шипаров
ОПЫТ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ БОЛЬНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА ЗА ПЕРИОД 1997-2002 ГГ. 106

МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Т.И. Белоглазова, В.Г. Масленникова, О.В. Кузьменко
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ 108

О.Л. Белянин
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР ПОСЛЕ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПО ПОВОДУ КОКСАРТРОЗА 109

В.Г. Богатых, О.Л. Белянин, С.Ф. Курдыбайло
ЛЕЧЕБНОЕ ПЛАВАНИЕ ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 109

Е.Н. Жарова
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПУЛЬСНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КОРЕШКОВЫМИ СИНДРОМАМИ 110

В.А. Исанова
СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ 110

О.А. Коваль, С.В. Литвиновский
РОЛЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ К ПЕРВИЧНОМУ ПРОТЕЗИРОВАНИЮ 111

О.В. Кузьменко
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ МУКОВИСЦИДОЗА 112

М.А. Леонтьев
ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА 113

Э.В. Мамедов, Л.А. Хвостова
ПРИМЕНЕНИЕ ДАЛАРГИНА В ЛЕЧЕНИИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ 114

Я.Н. Машковская, Н.Е. Иванова
НАЧАЛЬНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОТЕРАПИИ ПРИ СПОНДИЛОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ КОРЕШКОВЫХ СИНДРОМАХ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 114

С.П. Павлова
ЛФК У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 115

К.Б. Петров, Д.М. Иванчин
ВЛИЯНИЕ ТРИГГЕРНЫХ ТОЧЕК НА ХАРАКТЕР МЫШЕЧНОГО ТОНУСА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СПИНАЛЬНОЙ СПАСТИЧЕСКОЙ ПАРАПЛЕГИИ 116

К.Б. Петров, Д.М. Иванчин
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПНЕВМОДЕСТРУКЦИИ ТРИГГЕРНЫХ ТОЧЕК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИРАМИДНОЙ СПАСТИЧНОСТИ 117

Л.А. Попова, И.Г. Очеретина, И.А. Меньщикова
АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРОЗА С УЧЕТОМ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА 118

Г.И. Пятакова
ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ОПОРОЖНИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НА ЧАСТОТУ ОБОСТРЕНИЙ ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА 119

К.В. Соколов, В.Г. Масленникова, А.В. Степанов
ОПЫТ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗА У ЛИЦ ЗРЕЛОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 120

Ф.М. Соколова, Н.Е. Иванова
ОСОБЕННОСТИ ЛФК В КОМПЛЕКСНОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ 122

Ф.М. Соколова, Г.П. Благоразумова
НОВЫЙ ПОДХОД К ПРИМЕНЕНИЮ ЛФК В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ СПИНАЛЬНЫХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 122

В.С. Спиридонова, О.Л. Белянин
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ТРОМБООБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 123

А.В. Степанов, В.Г. Масленникова, К.В. Соколов
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРААРТИКУЛЯРНЫХ БЛОКАД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ 124

И.А. Титова, А.А. Свинцов
ПОТРЕБНОСТИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В МЕРАХ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ 125

ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Н.Л. Абазиева, В.Г. Помников, С.Л. Архипова, О.А. Подольская
ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ 126

К.П. Афонина, М.В. Коробов
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ КАК ДЕЙСТВЕННЫЙ МЕХАНИЗМ ОКАЗАНИЯ АДРЕСНОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ ИЗ ЧИСЛА ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ 127

Е.М. Васильченко
КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИЙ ОПОРЫ И ДВИЖЕНИЯ 127

Е.М. Васильченко, Л.В. Дорофеева
МЕРОПРИЯТИЯ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ И СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВОЙ АДАПТАЦИИ В ХОДЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОСТАМПУТАЦИОНЫМИ ДЕФЕКТАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 129

О.Н. Владимирова
ВОПРОСЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ .130

Е.В. Власова-Розанская, Т.Т. Копать, Д.С. Казакевич
ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА 131

Т.Н. Глинская, Т. Н. Бузенкова
ОЦЕНКА ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЛИЦ ДО 18 ЛЕТ . . .132

Л.Г. Гончарова, А.Ю. Макаров, Д.В. Гуревич, Н.Ю. Сахарова
К ВОПРОСУ ОБ ОГРАНИЧЕНИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СПИННОГО МОЗГА И ИШЕМИЧЕСКОЙ МИЕЛОПАТИЕЙ 134

Э.Н. Демина
ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ В КВАРТИРЕ ИНВАЛИДА 135
Л.В. Дорофеева, Л.В. Лыхина
МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА, РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОГНОЗА, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ У ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЕМ СТАТО-ДИНАМИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ 135
И.А. Дубинина
К ВОПРОСУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ 137
А.М. Евладова
ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ МОДЕЛИ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ЕЕ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ДИАГНОЗА 138
Ю.А. Коровянский, М.И. Разумовский, А.М. Разумовская
ОЦЕНКА ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ 138
Т.Т. Копать, Е.В. Власова-Розанская, Д.С. Казакевич
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 139
Г.Б. Мишина, О.В. Карпушкина, Л.В. Астахова
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ 140
М.А. Омаров, О.Г. Горских, В.Г. Попова, А.В. Нелюбина
ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПРОГНОЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 141
Р.Г. Перц, А.Н. Евтюхина
СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОХОНДРОЗА И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ 141
В.Г. Помников, А.Ю. Макаров
КЛАССИФИКАЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ И ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ 142

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Л.И. Галкина
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК МЕТОД СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ 144
С.Г. Данилова, В.В. Ступак, М.Ю. Сизиков
ПОКАЗАТЕЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВЫХ ТРАВМ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ 145
С.Г. Данилова, В.В. Ступак, М.Ю. Сизиков
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ПРИ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЕ 146
Н.Т. Муфлихунова
ПРОФЕСИОНАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ ИНВАЛИДОВ КАК ФАКТОР УСПЕШНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 147
Р.Т. Скляренко, О.А. Дадаева
МЕДИКО-ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ 148
Р.Т. Скляренко, О.Н. Путова, М.М. Мусилов, А.А. Тарасов
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ СОСУДОВ И НЕРВОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 149
В.Я. Щебетаха
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОБЛЕМЫ ЗАНЯТОСТИ ИНВАЛИДОВ 150

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Л.А. Басова, А.Н. Басов
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЧНОСТИ В ПАРЕ «СПИНАЛЬНЫЙ БОЛЬНОЙ – УХАЖИВАЮЩИЙ ЗА НИМ» 151
Л.А. Басова, А.Н. Басов
О ДЕФОРМАЦИЯХ ЛИЧНОСТИ В ПАРЕ «СПИНАЛЬНЫЙ БОЛЬНОЙ – УХАЖИВАЮЩИЙ ЗА НИМ» В МОДЕЛИ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА 152

Ю.П. Перепонов
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ . .153
Е.Б. Романцова, А.С. Назарова, О.Б. Приходько, Н.Н. Петрова
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 154
Е.Ф. Самоловова
ИНВАЛИДНОСТЬ И ИЗМЕНЕНИЕ ЛИЧНОСТИ . .155
Н.Л. Сюнева, Н.С. Краскова, Ю.В. Медведева, В.Ф. Стафеев
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ 157
Н.Н. Фогель, Д.А. Попков
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОЦЕССА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МЕТОДОМ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА 158

Б.П. АНДРИЕВСКИЙ, А.З. ВИНОГРАДОВ, В.Е. БЕКРЕНЕВ
Новокузнецкий Государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕКРЕАЦИОННОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ (НА ПРИМЕРЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА)

Цель работы – дать социально-экономическую оценку функционирования санаторно-курортных учреждений Дальнего Востока и разработать перспективы развития этой базы для оздоровления и реабилитации инвалидов.

Для реализации цели предпринималось решение следующих задач:

1. Проведение инвентаризации существующих источников термальных вод, пригодных для бальнеологического эффекта определенных классов заболеваний у инвалидов на территории Дальневосточного региона, в том числе в границах конкретного субъекта Федерации, и классификация их по физико-химическому составу и дебиту (задача «ресурсы»).
2. Оценка степени обустроенности выделенных источников минеральных вод по критерию наличия санаторно-курортных учреждений круглогодичного функционирования и расчет их пропускной способности за год по каждому учреждению и каждому классу заболеваний в масштабе Дальневосточного региона (задача «обустроенность»).
3. Изучение потребности в санаторно-курортном лечении жителей Дальнего Востока, а также инвалидов в разрезе каждого субъекта Федерации и каждого класса заболеваний, которым показан этот вид реабилитационной медицинской помощи (задача «потребность»).
4. Обоснование новой методики экономической эффективности деятельности санаторно-курортных учреждений, работающих в условиях самообеспеченности и самофинансирования, т.е. в условиях становления акционерных обществ (задача «экономика»).

Работа выполнялась в 1993-1997 гг. как плановая научно-исследовательская работа (НИР). Фактический материал относится к 1997 г. Получены следующие результаты.

По первой задаче – «ресурсы» – проведена регистрация всех известных источников минеральных вод в регионе Дальнего Востока и выявлено порядка 300 источников минерализованных вод, пригодных к использованию в медицинских целях. Из них, обустроено к цивилизованному использованию не более 50, что составляет 15 %. Что касается круглогодичного функционирования обустроенных санаторно-курортных учреждений (их 26), то доля таковых в общем числе источников уменьшается до 7,5 %.

Вторая задача – «обустроенность». На Дальнем Востоке картина следующая: курортных зон – 8, санаториев круглогодичного функционирования – 26, мест в них – 7362; санаториев-профилакториев, преимущественно сезонного функционирования – 130, мест в них – 9722; домов отдыха – 15, мест в них – 4175. Баз отдыха – 55, мест в них – 6842. Наибольший интерес для анализа имеют учреждения санаторного типа круглогодичного функционирования. Таковых насчитывается 26. Было установлено, что всего за год во всех учреждениях и по всем видам заболеваний проходит 110430 человек, из них:

- по болезням опорно-двигательного аппарата – 14580,
- по кожным болезням – 8175,
- по нервным болезням – 18600,
- по гинекологическим заболеваниям – 8400,
- по болезням сердечно-сосудистой системы – 13875,
- по болезням органов дыхания – 10425,
- по болезням желудочно-кишечного тракта – 12975,
- по детским болезням – 17250,
- по прочим болезням – 6150 человек.

По третьей задаче – «потребность» – изучена структура заболеваемости и инвалидизации населения в масштабе каждого субъекта РФ Дальнего Востока. Из всей совокупности зарегистрированных случаев заболеваний и инвалидности были отобраны лишь те, которые требовали санаторно-курортного лечения. Таких групп заболеваний, полностью сопоставимых с профилем коек в санаторно-курортных учреждениях Дальнего Востока, насчитывается одиннадцать.

При численности населения региона 6727 тыс. человек, зарегистрированная заболеваемость составила 5770407 в абсолютных случаях или 857,7 на 1000 человек. Доля инвалидов – 5,26 % от общей численности населения.

Через санаторно-курортные учреждения круглогодичного функционирования за год проходят 110430 человек – больных из вышеупомянутых одиннадцати групп заболеваний. А больных лиц, нуждающихся в санаторно-курортном лечении – 1030430 человек, в том числе инвалидов – 54200 человек.

При сопоставлении данных можно наглядно убедиться в соотношении чисел нуждающихся и фактически получивших санаторно-курортную

помощь. Так, больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, по региону было 72216 человек, а получили помощь 14580 человек (20,1 %). Такая же картина прослеживается и по другим заболеваниям:

- кожные болезни – 63517 и 8175 (12,8 %), соответственно,
- болезни нервной системы – 142992 и 18600 (13,0 %),
- гинекологические болезни – 20041 и 8400 (41,9 %),
- болезни сердечно-сосудистой системы – 88060 и 13875 (15,7 %),
- болезни органов дыхания – 513042 и 8175 (2 %),
- болезни желудочно-кишечного тракта – 98571 и 12975 (13,2 %),
- болезни детского возраста – 20457 и 17250 (84,3 %),
- прочие болезни – 11531 и 6150 (53,3 %).

Численность и доля инвалидов, получивших помощь, еще меньше.

По четвертой задаче – «экономика» – деятельность курортов рассматривалась с позиции новой по тому времени методики рентных отношений. Расчеты показывают, что только в результате увеличения загрузки комплекса до расчетной величины, без роста средней цены путевки, которая тогда составляла несколько больше 700 долларов США (в пересчете по курсу мая 1997 г.), может быть обеспечена высокорентабельная деятельность предприятий. При обороте более 18 млн долларов и плате за ресурсы в 1,8 тыс. долларов, прибыль может доходить до 9 млн долларов в год.

Стратегическим направлением может служить привлечение дополнительного контингента, нуждающегося в оздоровлении и реабилитации, особенно зарубежного. Разумеется, сделать это невозможно без благоустройства территории, улучшения состояния основных действующих фондов и создания новых, улучшения специального сервиса, организации индустрии отдыха. Начальные капиталовложения могут составить от 25 до 50 млн долларов. Срок их окупаемости, в зависимости от налоговой политики, может наступить через 3-7 лет.

Таким образом, природно-климатические условия региона Дальнего Востока позволяют развивать все виды рекреационной деятельности. Они должны быть объектом народнохозяйственного планирования в системе охраны здоровья населения, в т.ч. и наименее защищенных групп населения – инвалидов.

Настоящая оценка рекреационных возможностей территории применима практически к любому региону России.

В.Е. БЕКРЕНЕВ, А.З. ВИНОГРАДОВ
Новокузнецкий Государственный институт усовершенствования врачей,
Комитет социальной защиты администрации, г. Новокузнецк

ПРОФИЛАКТИКА ИНВАЛИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПУТЕМ СОЗДАНИЯ ЦЕЛЕВОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Всестороннее изучение аспектов развития туберкулеза показало, что эта проблема давно уже стала не столько медицинской, сколько социальной. Доказано, что росту заболеваемости туберкулезом и инвалидизации населения по этой причине способствуют такие социальные факторы, как состояние длительного «хронического» стресса, низкая гигиеническая культура, повышенная плотность проживания, недостаточное питание, загрязнение окружающей среды. Если раньше этой болезни были подвержены, в основном, асоциальные группы населения, то в настоящее время от заболевания туберкулезом не застрахован никто. Ситуация усугубляется появлением лекарственно устойчивой формы туберкулеза, что напрямую связано с ростом инвалидизации по причине туберкулеза.

Рост заболеваемости и инвалидности от туберкулеза происходит на фоне снижения уровня профилактических мероприятий, из-за ухудшения социально-экономических условий, в т.ч. увеличения среди населения прослойки социально-дезадаптированных лиц (лица без определенного места жительства – БОМЖ, освободившиеся из мест лишения свободы, алкоголики и др.), безработных, людей живущих за чертой бедности. По имеющимся данным, более 80 % лиц от числа заболевших туберкулезом в 2002 г. относятся к категории малообеспеченных (инвалиды, неработающие, пенсионеры, лица без определенного места жительства).

Ситуация по туберкулезу в городе Новокузнецке остается крайне неблагоприятной. Так, по сравнению с 1997 г., первичная заболеваемость в

2002 г. возросла в 1,7 раз. На этом фоне увеличивается первичная инвалидизация, которая за тот же период времени возросла в 1,4 раза.

Потеря или отсутствие достаточных доходов при низком уровне социальной поддержки больных, продолжающих лечение на амбулаторном этапе, является существенным препятствием для завершения полноценного курса терапии. Так, доля пациентов, не закончивших курс лечения, составляет около 30 %, и, как следствие этого, увеличивается доля инвалидов среди данной категории больных. Отмечается рост количества бактериовыделителей (на 30-50 человек в год), большинство из которых страдают лекарственноустойчивыми формами туберкулеза. Только за последние годы частота лекарственно резистентного туберкулеза у впервые выявленных больных выросла более чем в 2 раза.

Актуальность проблемы признана на федеральном уровне. Так, в 2001 году вступил в действие федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» (№ 77-ФЗ от 18 июня 2001 г.). Изданы Постановления правительства: № 790 от 13.11.2001 г. «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 гг.)» (подпрограмма «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России») и № 892 от 25.12.2001 г. «О реализации федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

К сожалению, до недавнего времени Кемеровская область являлась одним из немногих субъектов РФ, где, несмотря на очень высокий уровень заболеваемости и инвалидности от туберкулеза, инвалидности и смертности, отсутствовала программа неотложных мероприятий по контролю над туберкулезом. В настоящее время подобная ситуация изменилась. Администрацией Кемеровской области принято постановление № 173 от 31.12.2002 г. «О неотложных мерах по защите населения области от туберкулеза».

Общепризнанно, что туберкулез – болезнь социальная, и адекватное лечение невозможно обеспечить только силами службы здравоохранения. В связи с этим впервые в городе Новокузнецке принята городская целевая программа оказания социальной и медицинской помощи больным туберкулезом. Впервые, помимо службы здравоохранения, подобной проблемой занялась служба социальной защиты населения.

Основные цели Программы:

1. Повышение уровня информированности населения по вопросам эпидемиологии, течения и профилактики туберкулеза.
2. Оказание медицинской и социальной помощи больным и инфицированным туберкулезом и членам их семей из числа наиболее уязвимых групп населения.
3. Прерывание эпидемиологической цепи распространения туберкулеза.
4. Оказание помощи органам здравоохранения в вопросах более эффективного лечения данного заболевания.

Ввиду того, что успешная борьба с туберкулезом во многом предопределяется социальными факторами, программой реализуются задачи:

а) предоставление больным продуктовых наборов и горячего питания, а также витаминных препаратов;
б) организация пунктов выдачи продуктовых наборов и медицинских препаратов, территориально расположенных в одном районе;
в) организация бесплатного проезда больных путем выдачи разовых или месячных проездных билетов для проезда к месту лечения и домой;
г) организация специализированного отделения для больных с лекарственно устойчивой формой туберкулеза.

Комплекс программных мероприятий направлен на решение проблем наиболее уязвимых, с точки зрения заболевания туберкулезом, категорий населения; в т.ч. больных, инфицированных и контактных детей, подростков и взрослого населения, являющихся потенциальными распространителями заболевания и не имеющих возможности адекватно лечиться в связи с низкими доходами или их отсутствием.

Первыми шагами в реализации программы стали подготовка медицинских сестер социальной службы по актуальным вопросам туберкулеза силами института усовершенствования врачей и врачами-практиками противотуберкулезной службы, разработка порядка реализации Программы. Необходимо отметить, что при реализации программы существуют определенные трудности – негативное отношение населения к поднятым вопросам, незаинтересованность некоторых представителей службы социальной защиты, отсутствие или нехватка необходимых площадей, бюрократические препоны.

Программа будет способствовать снижению крайне опасной эпидемиологической ситуации по туберкулезу в городе, обеспечит дополнительные условия для более качественного уровня жизни больных и здоровых людей, благотворно повлияет на показатели инвалидизации населения от туберкулеза. Снижение заболеваемости туберкулезом приносит явный экономический эффект, поскольку сокращает расходную часть бюджета.

Я.К. БЕССТРАШНОВА
Научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов, г. Санкт-Петербург

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОПИСАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА РЕГИОНА

Понятие реабилитационного потенциала региона (РПР) складывается из описания учреждений, занимающихся реабилитацией, реабилитационных услуг и технических средств реабилитации (ТСР) предоставляемых инвалидам региона. Описание РПР позволяет сопоставить потребности инвалидов, определяемые в рамках Регистра инвалидов, и фактическую возможность их удовлетворения реабилитационными учреждениями, наполнить индивидуальные программы реабилитации (ИПР) инвалидов конкретными мероприятиями, сформировать статьи бюджета региона, отражающие развитие отдельных направлений реабилитационной индустрии. Описание РПР должно отвечать требованиям системности, полноты, актуальности и комплексности. Системность описания заключается в логической завершенности баз данных и их взаимосвязи. Полнота описания означает, что хранимая информация должна содержать как можно более подробное, разработанное в едином ключе, описание потребностей инвалидов и оказываемых инвалидам реабилитационных услуг и предоставляемых ТСР. Актуальность описания подразумевает наличие отслеживания происходящих изменений хранимой информации. Комплексность описания обеспечивается взаимосвязанным использованием информации и поддержанием непротиворечивости данных.

На основе опыта СПбНЦЭПР им. Г.А. Альбрехта по созданию описания реабилитационного потенциала Санкт-Петербурга, предлагается методика проведения работ, включающая этапы анкетирования учреждений и предприятий, упорядочения полученных данных и формирования рабочего варианта системы описания РПР. Для сбора информации о текущем состоянии реабилитационной индустрии региона разработаны анкеты, предназначенные для сбора данных об учреждениях и предприятиях, оказываемых ими реабилитационных услугах и предоставляемых инвалидам ТСР. Собранные данные упорядочиваются путем использования классификаторов, стандартных и разработанных в СПбНЦЭПР им. Г.А. Альбрехта. Система описания РПР представляет собой многоуровневую разветвленную базу знаний, состоящую из нескольких баз данных, объединенных определенными правилами. Ее рабочий вариант реализован в той же программной среде, что и Федеральный регистр инвалидов.

Таким образом, создание описания РПР позволяет существенно повысить качество оказания помощи инвалидам, предоставляя актуальную информацию органам государственной власти и специалистам службы МСЭ.

А.З. ВИНОГРАДОВ
Новокузнецкий Государственный институт усовершенствования врачей, Комитет социальной защиты администрации, г. Новокузнецк

КОНЦЕПЦИЯ СОЗДАНИЯ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ИНВАЛИДОВ

Своевременность, объем и качество медико-социальных услуг в значительной степени влияют на жизнь пожилых людей и инвалидов.

Но медико-социальные услуги не являются определяющими в формировании качества жизни, т.к. пожилой человек и инвалид вынужденно прибегают к помощи социальных служб из-за невозможности своей жизнедеятельности без посторонней помощи. В условиях вынужденного вмешательства «посторонних» людей в личную жизнь особо актуализируется вопрос сохранения индивидуальности человека. Медико-социальные услуги, крайне необходимые человеку из-за ограничения самообслуживания, не должны нарушать привычного уклада жизни, мешать ему, или делать его абсолютно зависимым от социальных служб. Наоборот, медико-социальная помощь должна расширять или возвращать те возможности, которые были у пожилого человека и инвалида до возникновения потребности в

этих услугах. Одной из задач медико-социального обслуживания в этом случае является использование всех имеющихся ресурсов для возвращения человека к обычной для него жизни и, в конечном итоге, отказ от помощи социальных служб, если это возможно.

Вопросы оценки качества, которые рассматриваются в литературе, обычно посвящены качеству и, в некоторой степени, эффективности медико-социальных услуг. Однако понятия качество медико-социальных услуг и качество жизни человека, которому они оказываются, далеко не тождественны. Особенно наглядно это проявляется в сфере медицинского обслуживания населения. Так, несмотря на самый высокий уровень качества оказания медицинской помощи тяжелому больному в реанимации, качество жизни такого пациента приближается к нулю.

До настоящего времени какой-либо описанной в литературе и предложенной к внедрению в практику системы повышения качества жизни пожилых людей и инвалидов предложено не было. Это относится, прежде всего, к системе социального обслуживания в условиях надомного или полустационарного обслуживания. Ряд предложений по решению данного вопроса получен от консультантов Российско-Европейского Фонда (РЕФ) в ходе проведения эксперимента в Кемеровской области (2000-2003 гг.). Но те системы, которые ими предлагаются, на наш взгляд, не адаптированы к условиям России.

Нами разработана и внедряется в практику Программа повышения качества жизни пожилых людей и инвалидов (для условий надомного и полустационарного медико-социального обслуживания). Основная идея – повышение качества жизни за счет учета мнения разных людей и оптимальной адаптации их предложений в условиях имеющихся ресурсов.

Предпосылками для такого подхода являются следующие положения:

1. Клиенту все равно, что «стоит за услугой», т.е. какими усилиями, за счет каких средств, по какому закону эта услуга предоставляется.

2. Клиент должен испытывать удовлетворение от получения этой услуги.

3. Услуги должны дополнять, расширять и восстанавливать утраченное качество жизни.

Основные принципы оказания медико-социальных услуг:

1. Добровольность. Услуга не должна быть навязана клиенту. Если клиент не согласен, считает ее ненужной, от услуги следует отказаться. Исключение составляют услуги, которые оказываются по витальным показаниям, в т.ч. медицинские услуги. В этом случае необходимо длительное и настойчивое разъяснение негативных последствий, которые могут наступить в случае отказа от услуги. Но последнее слово все равно остается за клиентом.
2. Приемлемость. Услуга должна быть предложена в приемлемой форме, т.е. во время и в объеме, удобном для клиента, для родственников и близких клиента.
3. Регулярность. Услуга, особенно та, к которой клиент привык или не может обходиться без нее, должна носить постоянный характер. В случае, когда услуга носит реабилитационный характер, клиент должен знать количество этих услуг, дату начала, окончания и примерный результат от применения.
4. Важность. Оказываемая услуга должна быть достаточно актуальной для клиента. Он и социальный работник должны осознавать, что без данной услуги наступит существенное снижение качества жизни клиента.

Основные требования, предъявляемые пожилыми людьми к социальному обслуживанию в условиях надомного и стационарного обслуживания, заключаются в следующем:

1. Услуга должна обеспечивать независимость клиента.
2. Услуга не должна нарушать безопасность среды обитания.
3. Услугу должны оказывать, по возможности, одни и те же, или знакомые клиенту, люди.
4. Услуга должна оказываться не только специально подготовленным, но и неравнодушным человеком – социальным работником.
5. Услуга не должна в значительной мере нарушать сложившуюся финансовую устойчивость клиента.

Выводы:

1. Качество медико-социальной помощи и качество жизни клиента – не равнозначные, но зависимые понятия.
2. Программа повышения качества жизни клиента при социальном обслуживании должна строиться, прежде всего, на учете мнения клиента.
3. При создании Программы должны быть учтены все основные принципы, положенные в основу медико-социальных услуг.

Д.М. ГАРАФУТДИНОВ, Г.В. САВИЦКАЯ, В.В. НОСЫРЕВ, К.Н. ТОКАРЕВ
МУЗ Клиническая стоматологическая поликлиника № 4, г. Кемерово

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕКОММЕРЧЕСКОГО МАРКЕТИНГА В ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ И СЛУХА

Маркетинг в здравоохранении России появился сравнительно недавно, в период реформирования здравоохранения. Теоретик маркетинга Ф. Котлер дает следующее определение: «маркетинг — вид человеческой деятельности, направленной на удовлетворение нужд и потребностей посредством обмена».

Деятельность любого медицинского учреждения в условиях адаптации государственной системы здравоохранения к рыночной экономике должна строиться с учетом философии (концепций) маркетинга [1].

Целью бизнес-плана муниципальной стоматологической поликлиники является оказание высококвалифицированной специализированной медицинской помощи. Вся деятельность строится на основании концепции социально-этичного маркетинга, при котором учитываются интересы и безопасность всего общества, всех его слоев. Поэтому в организации стоматологической помощи имеет место некоммерческий маркетинг. Некоммерческий маркетинг позволяет обслуживать экономически невыгодные сегменты рынка. При такой форме организации оказания стоматологической помощи продвижение товара (медицинской услуги) не связано непосредственно с обменом на деньги. Пациенты получают стоматологическую помощь бесплатно, затраты лечебно-профилактических учреждений при этом возмещают бюджеты соответствующих уровней или внебюджетные фонды обязательного медицинского образования (ОМС).

В качестве примера использования некоммерческого маркетинга можно привести опыт организации комплексной стоматологической помощи инвалидам Кемеровского учебно-производственного предприятия Всесоюзного общества слепых (УПП ВОС) и Кемеровского социально-реабилитационного предприятия Всесоюзного общества глухих (СРП ВОГ) Муниципальным учреждением здравоохранения Клиническая стоматологическая поликлиника № 4 (МУЗ КСП № 4) г. Кемерово.

МУЗ КСП № 4 обслуживает население Заводского района численностью 104,2 тыс чел. На территории района расположены УПП ВОС и СРП ВОГ. Лица с ограниченными возможностями испытывают определенные трудности в получении стоматологической помощи: инвалиды по зрению — из-за затруднения посещения поликлиники без сопровождающего, инвалиды с нарушением слуха и речи — из-за трудности общения с врачом без сурдопереводчика.

Нами в 2002 г. была проведена выездная санация полости рта с последующим протезированием зубов. Инвалиды по слуху и зрению территориально сгруппированы, работают и проживают, в основном, рядом с предприятиями, на которых работают. Они живут в своем, несколько обособленном, мире, где все друг друга знают, им легче адаптироваться к получению услуг в привычной обстановке.

Перед началом работы был собран консилиум с участием врачей-стоматологов: терапевта, хирурга, ортопеда. Проведено стратегическое планирование и выработан алгоритм действий. Установлена цель некоммерческого маркетинга: с помощью продвижения стоматологических услуг к их потребителям улучшить стоматологическое здоровье инвалидов с нарушением зрения и слуха.

На протяжении всей работы проводился ситуационный анализ, при необходимости изменялась тактика, постоянно отслеживались результаты.

Мы выработали следующий алгоритм действий:

1. Проведение осмотра, по результатам которого формируются группы:
1.1. не нуждающиеся в санации полости рта;
1.2. нуждающиеся в санации полости рта;
1.3. нуждающиеся в санации полости рта и протезировании зубов.
2. Планируются следующие мероприятия:
2.1. Для первой группы: определение гигиенического индекса (ГИ); обучение гигиене полости рта; контрольное определение ГИ.
2.2. Для второй группы: определение гигиенического индекса; обучение гигиене полости рта; рентгенологическое обследование; удаление зубов; лечение зубов; лечение заболеваний тканей пародонта; контрольное определение ГИ.
2.3. Для третьей группы: определение гигиенического индекса; обучение гигиене полости рта; рентгенологическое обследование; удаление зубов; лечение зубов; лечение заболеваний тканей пародонта; протезирование зубов; контрольное определение ГИ.

Такой алгоритм действий позволил рационально спланировать количество расходных материалов и установить оптимальные сроки проведения санации полости рта и протезирования.

Мы развернули стоматологические кабинеты в здравпунктах УПП ВОС и СРП ВОГ. Удаление зубов и рентгенодиагностические услуги оказывались в хирургическом и рентгенодиагностическом кабинетах поликлиники в специально выделенные дни и часы. Пациенты доставлялись в поликлинику транспортом УПП ВОС или СРП ВОГ.

Услуги по зуболечению оказывались в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области. Услуги по зубопротезированию оказывались в соответствии со ст. 28 Федерального закона № 181-ФЗ от 24.11.95 г. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». В качестве плательщиков за услуги выступали внебюджетные фонды ОМС (ГБК «Кемерово») и федеральный бюджет РФ в лице городского казначейства.

Оказание стоматологической помощи инвалидам УПП ВОС и СРП ВОГ имеет ряд особенностей. Поэтому врачи и средний медицинский персонал прошли дополнительную подготовку по вопросам врачебной этики и медицинской деонтологии. Мы работали в тесном контакте с администрацией и работниками здравпунктов.

Известно, что при нарушении функции одного из анализаторов, например, зрительного, усиливаются функции других анализаторов: слуха, обоняния, осязания. Поэтому так важен мягкий тембр голоса и спокойная доверительная беседа при оказании стоматологических услуг. Если в начале нашей работы и имела место какая-то настороженность, то спустя некоторое время напряжение исчезло, и установились доверительные отношения. Этому способствовали индивидуальные беседы по гигиене полости рта.

Всего было осмотрено 215 инвалидов по зрению, из них нуждались в санации 195 человек. ГИ был равен 4,0, что говорило о неудовлетворительном уходе за полостью рта, индекс КПУ равнялся, в среднем, 11. Ранее были санированы 20 человек, им были проведены мероприятия, запланированные для 1-й группы. У представителей этой группы зрение частично сохранено, они более мобильны и поэтому регулярно посещали врача-стоматолога. Во 2-ю группу отнесены 110 человек, 60 из них имели патологию тканей пародонта. Им проведены мероприятия, запланированные для 2-й группы. В состав 3-й группы вошли 85 человек. Им проведены мероприятия, запланированные для 3-й группы. Получили протезы 85 человек, изготовлено 230 зубных протезов, т.е. 2,7 зубных протезов на одного человека. У лиц с нарушением зрения съемные конструкции преобладали над несъемными: 122 съемных (60 %) и 108 несъемных (40 %). Контрольное определение ГИ показало, что после проведенных мероприятий у пациентов с нарушением зрения гигиеническое состояние полости рта улучшилось (ГИ = 1,0).

Для установления успешного контакта при оказании стоматологической помощи лицам с нарушением слуха и речи, необходимо обращать внимание на мимику и жесты. Врач и медицинская сестра были предварительно обучены сурдопедагогом нескольким фразам: «Что Вас беспокоит?». «Больно – не больно?» и др.

У таких пациентов в значительной степени выражено психо-эмоциональное напряжение, чувство страха перед стоматологическим вмешательством. Поэтому оказание стоматологических услуг мы начали с профилактической беседы с демонстрацией иллюстрированного материала, нам помогали сурдопереводчик и медицинская сестра здравпункта. Затем мы провели осмотр полости рта. Всего нами осмотрено 72 человека. До проведения стоматологических вмешательств ГИ был равен 3,0, индекс КПУ – 8,0. В 1-ю группу вошли 18 человек. Им проведены мероприятия, запланированные для 1-й группы. Во 2-ю группу вошли 26 человек, 12 из них имели патологию тканей пародонта. Им были проведены мероприятия, запланированные для 2-й группы. В 3-ю группу вошли 28 человек, им были проведены мероприятия, запланированные для 3-й группы. Всего получили зубные протезы 28 человек, изготовлено 73 зубных протеза, на одного человека приходится 2,6 зубных протезов. У пациентов с нарушением слуха и речи несъемные конструкции преобладали над съемными: 61 несъемный (80 %) и 15 съемных (20 %). Гигиеническое состояние полости рта после проведенных мероприятий улучшилось, ГИ при контрольном определении равен 1,0.

Таким образом, использование некоммерческого маркетинга позволило рационально организовать оказание стоматологической помощи, провести запланированные лечебно-профилактические мероприятия в полном объеме; в результате улучшилось стоматологическое здоровье лиц с нарушением зрения и слуха.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лебедев, А.А. Маркетинг здравоохранения: Сб. метод. реком. /А.А. Лебедев. – М., 1995. – 38 с.

2. Лебедев, А.А. Рыночная экономика: маркетинговые основы управления, организации и финансирования национальной системы охраны здоровья. /А.А. Лебедев. – Самара, 1996. – 111 с.
3. Маркетинг, менеджмент и финансирование здравоохранения в условиях рыночной экономики: Лекц.-метод. пособие. /Под ред. Ю.П. Лисицына. – М., 1991. – 80 с.

Г.К. ЗОЛОЕВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ С УТРАТОЙ КОНЕЧНОСТИ В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ

Проведен анализ результатов научно-практической деятельности Новокузнецкого центра реабилитации за 1993-2002 гг. Изучены сведения о лечении и реабилитации больных с утратой конечности вследствие облитерирующих заболеваний артерий.

Анализ данных позволил установить, что среди инвалидов, поступавших в клинику центра в 1993-1994 гг., лишь у пятой части пациентов имелась культя голени, в остальных случаях – односторонняя культя бедра или билатеральные постампутационные дефекты (ПАД). Эффективность реабилитации больных с односторонними ПАД голени была существенно выше, чем у инвалидов с культей бедра или парными ПАД, однако у пятой части больных с ПАД голени верифицированы признаки тяжелой ишемии культи. Тяжелая ишемия культи бедра встречается значительно реже; у 9 % больных имелись язвы и некрозы в области торца культи. Однако именно эта категория больных является наиболее тяжелой – при обширном язвенно-некротическом процессе в области торца культи бедра летальность достигает 30 %. Более чем у половины больных с односторонним ПАД бедра или голени наблюдались симптомы артериальной недостаточности контрлатеральной конечности. Наличие тяжелой сопутствующей патологии, как правило, пожилой возраст больных дополняют тот комплекс факторов, который лимитирует и усложняет возможности проведения реабилитационных мероприятий. Многофакторный характер проблемы предполагает для ее решения реализацию нескольких направлений научно-практической деятельности.

Во-первых, это теоретические исследования, направленные на изучение и уточнение особенностей физиологии организма инвалидов, а также механизмов развития специфических для данного контингента инвалидов патологических процессов. Нами были уточнены анатомо-физиологические закономерности изменений кровообращения после ампутации конечности, изучены особенности патогенеза ишемии культи бедра и голени, развития стресс-реакции и нарушений адаптации у пациентов с ПАД. Исследования в этом направлении продолжаются и в настоящее время.

Вторым направлением нашей научно-практической деятельности является разработка методов хирургического и медикаментозного лечения данной категории больных на этапах реабилитации. В частности, определены тактика и методы хирургического лечения ишемии культи бедра, культи голени, единственной нижней конечности; изучено влияние ряда фармпрепаратов на течение стресс-реакции и параметры физической работоспособности организма инвалидов, апробировано несколько схем консервативного лечения ишемического синдрома.

Наконец, одним из важнейших направлений деятельности является совершенствование системы организации и управления процессами реабилитации данного контингента инвалидов. Нами разработан классификатор факторов, определяющих сложность протезирования конечности, начата работа по стандартизации медицинских разделов первичного протезирования конечности, разработаны методические рекомендации по организации стационаров сложного протезирования, разработаны медико-экономические стандарты и алгоритмы медицинской помощи по основным разделам курации данного контингента больных.

Активизация научно-практической деятельности в этих направлениях позволила существенно улучшить результаты лечения и реабилитации больных облитерирующими заболеваниями артерий с утратой конечности.

М.В. КОРОБОВ
Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов, г. Санкт-Петербург

МЕСТО И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ СВЯЗИ РЕАБИЛИТОЛОГИИ В СИСТЕМЕ НАУЧНЫХ ЗНАНИЙ

Для современного этапа становления и развития реабилитологии вопрос о месте ее в системе научных знаний и взаимосвязи с другими научными дисциплинами имеет особое значение. Он представляется важным не только с точки зрения правильного определения концепции реабилитологии как науки, и установления конструктивных путей ее формирования и дальнейшего развития, но и в плане решения практических задач и организации научных исследований по реабилитации инвалидов.

Не секрет, что в связи с отсутствием четких представлений на предмет реабилитологии высказываются разные суждения о месте ее в общей системе научных знаний. Часто на эти суждения оказывает влияние принадлежность специалистов к той или иной уже сформировавшейся отрасли научных знаний (медицине, психологии, социологии). Приходится констатировать, что в системном единстве и с единых позиций биологические и социальные закономерности восстановления здоровья, трудоспособности, личностного и социального статуса инвалидов как особой группы населения, а также экономические, организационные и социальные факторы, на них влияющие, в настоящее время не изучаются ни одной наукой. И это, по нашему мнению, определяет специфичность, неповторимость и самостоятельность предмета реабилитологии как новой научной дисциплины, рассматривающей биологический, личностный и социальный аспекты восстановления больных и инвалидов в неразрывной связи и синтезе. Стремление раскрыть закономерности этого синтеза характеризуют реабилитологию, как науку особого типа о больных и инвалидах.

Будучи направлена на комплексное решение проблем жизнедеятельности инвалидов, реабилитология, вместе с тем, не может не использовать положения естественных, технических и общественных наук и не опираться на них, что определяет особенности ее формирования, прежде всего, как междисциплинарной отрасли научного знания. В процессе своего становления и развития, реабилитология использует методологию и достижения разных научных дисциплин, разрабатывает собственные идеи, представления и концепции на основе их обобщения и анализа, оказывает соответствующее влияние на теорию и практику этих дисциплин. Такой процесс уже определил дальнейшее развитие медицины, педагогики, социологии, архитектуры и строительства, эргономики и др. научных и технических дисциплин, в которых вопросы реабилитации нашли свое достойное место. Теория целостного человека, развиваемая философией, представляет собой методологическую базу для комплексных исследований в системе «инвалид(ы) – реабилитационные институты – общество». К базовым по отношению к реабилитологии научным дисциплинам можно отнести также медицину, социологию, психологию, педагогику, экономику и организацию труда, юриспруденцию.

Реабилитация тесно связана по существу со всеми основными группами научных дисциплин, объединяемых медициной: медико-биологическими, клиническими, медико-социальными и гигиеническими. Комплексный характер решения проблемы интеграции и реинтеграции инвалидов в общество определяет закономерную и объективную связь реабилитологии с социологией и отдельными отраслями социологической науки (социологией труда, социологией семьи). Тесными и многоплановыми являются отношения реабилитологии с психологией. Реабилитология использует положения и методы различных отраслей психологической науки (социальной психологии, медицинской психологии, психологической педагогики, психологии труда). Реабилитология имеет непосредственные связи с педагогикой. Синтезируя достижения целого ряда наук (медицинских, психологических, педагогических и др.) реабилитология способствует установлению межпредметных связей и лучшей организации процесса обучения и переобучения инвалидов. По этой причине не лишено смысла утверждение о необходимости создания педагогической реабилитологии. Логика развития социально-трудового (профессионального) аспекта реабилитации инвалидов обуславливает тесное взаимодействие реабилитологии с науками, изучающими трудовую деятельность человека в разных ее аспектах: социологией труда, экономикой и организацией производства, физиологией, психологией и гигиеной труда, инженерной психологией и эргономикой, охраной труда и др. науками и техническими дисциплинами. Реабилитация инвалидов строится на основе определенных нормативных актов, выработанных на международном и национальном уровнях. Это определяет тесную связь реабилитологии с правом и такими его отраслями, как право о социальном обеспечении, трудовое право, право о здравоохранении и др.

Как отрасль практической деятельности, реабилитация опирается на здравоохранение, медицинское и социальное страхование, социальную защиту, социальное обслуживание населения, обеспечение занятости населения, медико-социальную экспертизу и др.

Изучение связи реабилитологии с другими научными дисциплинами позволяет выделить в ее рамках следующие основные направления научных исследований: медицинское, психологическое, педагогическое, профессиональное, социальное и др. В комплексе, объединенные общей методологией, перечисленные научные направления должны составить единую междисциплинарную отрасль научных знаний о закономерностях восстановления здоровья, личностного и социального статуса инвалидов, в качестве которой выступает реабилитология.

Д.И. ЛАВРОВА, Л.Н. ЧИКИНОВА
Федеральный научный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Москва

СОВРЕМЕННЫЙ ЭТАП В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНВАЛИДНОСТИ

Здоровье, как социально-биологическая основа жизни всей нации, определяется социальной политикой государства. Важнейшей задачей социальной политики на современном этапе является создание у всех граждан духовной потребности в здоровье как непреходящей ценности, необходимой основе реализации своего предназначения к продлению здорового труда, как гарантии совершенного генофонда нации, как основе развития творчества и духовности.

Анализ состояния проблемы охраны здоровья здоровых в РФ доказывает ее безусловную актуальность, как фактора национальной безопасности и стратегической цели отечественного здравоохранения. Необходимость решения проблемы возникла в результате критически низкого уровня состояния популяционного здоровья и особенно усилилась в связи с разразившимся демографическим кризисом, наряду с прогрессирующей нехваткой сил и средств для обеспечения необходимого объема и качества медицинской помощи все более возрастающему потоку больных людей.

Изучение состояния здоровья подрастающего поколения показало, что у детей 1-8-х классов в 6-12 раз нарастают изменения со стороны органов слуха и зрения, нарушения опорно-двигательного аппарата – в 10 раз, центральной нервной системы – в 15 раз. В результате 75 % школьников имеют существенные отклонения в состоянии здоровья, 84 % призывников в армию не могут выполнить элементарные нормы физической подготовки.

Еще в большей мере страдает здоровье трудоспособного населения. В России из-за болезней ежедневно не выходят на работу 3 млн. человек, 20-25 млн. человек на работе находятся в пред- или послеболезненном состоянии. Более 70 % трудового населения к пенсионному возрасту страдают различными заболеваниями. При этом следует учесть, что граждане России уходят на пенсию на 5-10 лет раньше, чем в развитых странах.

Существенное влияние на здоровье населения, показатели заболеваемости и инвалидности оказывает состояние среды обитания. По данным Госсанэпиднадзора, в 84-х крупных городах России загрязнение воздуха более чем в 10 раз превышает предельно допустимые концентрации (ПДК). На загрязненных территориях уровни заболеваемости органов дыхания в 1,5 раза выше средних по стране, органов крови и кроветворения – в 3,5 раза, мочевыделительной системы – в 2,8 раз, аллергических заболеваний – в 3-9 раз. Отметим, что именно в этих районах отмечаются и высокие показатели инвалидности и смертности.

Во многих регионах России не налажено полноценное обеспечение населения питьевой водой и доброкачественными продуктами питания, что обусловливает рост заболеваемости органов пищеварения.

В последние годы неудовлетворительно выполняются мероприятия, направленные на охрану здоровья работающих граждан, в связи с чем, прогрессируют профессионально обусловленные и социально зависимые заболевания.

Приведенные данные обусловили необходимость поиска новых моделей охраны здоровья населения России; кроме того, существующая система здравоохранения ориентирована, главным образом, на борьбу с уже возникшими заболеваниями, суть ее – это борьба с болезнями, а не охрана здоровья, поэтому она не способна радикально улучшить состояние здоровья.

Сегодня в значительной мере утрачена комплексность системы охраны здоровья. Усилия разных ведомств, связанных с охраной здоровья, оказались разъединенными. Заметно снизилось значение стратегического и текущего планирования здравоохранения. Утрата прежних

административных рычагов управления сетью лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) не компенсировалась методами экономического управления. Органы управления здравоохранением, органы и структуры обязательного медицинского страхования (ОМС) утрачивают рычаги воздействия на учреждения здравоохранения, систему оказания медицинской помощи в целом. Действующая система управления и финансирования здравоохранения предопределила крайне низкую эффективность использования ресурсов и несбалансированность структуры оказания медицинской помощи – в условиях острейшего дефицита средств в отрасли происходит ее смещение в сторону относительно дорогостоящих видов.

Все вышесказанное явилось основой для здоровья. Усилия разных ведомств напрвлены на формирование новой идеологии создания массовой национальной системы оздоровления, с выходом на индивидуальное самосознание, образ жизни, оперативный контроль резервов здоровья, формирование экономической ценности здоровья, систему самооздоровления и эффективного применения здоровьесберегающих технологий государственной политической доминанты.

Итак, необходимость разработки концепции охраны здоровья здоровых определялась следующими основными обстоятельствами:

- необходимостью создания основ устойчивого экономического и духовного развития России, обеспечение высокого качества жизни народа, укрепления и развития генофонда нации;
- необходимостью обеспечения здоровой, активной и творческой жизни населения, как основной задачи государственной социальной политики;
- признанием роли здоровья населения, как стратегического потенциала, фактора национальной безопасности, стабильности и благополучия общества;
- необходимостью ориентации на здоровье, как социальное свойство личности, обеспечивающее в условиях рыночной экономики конкурентоспособность, благополучие семьи, профессиональное долголетие, обеспеченную старость;
- приданием здоровью полисистемного свойства, включающего человека, развивающегося как источник интеллектуальных ресурсов нации, экономику как структуру реализации благополучия нации, экологию как совокупность необходимых физических и химических условий окружающей среды, социальную политику как механизм регуляции приоритетов охраны здоровья здорового человека;
- необходимостью формирования культуры здоровья, раскрытия механизмов сохранения, формирования и укрепления здоровья в процессе индивидуального развития и реализации потенциала человека с учетом генетических, физиологических, психологических, интеллектуальных, генеративных функций.

А.Е. ЛЫСЕНКО, И.В. ШВЕДОВЧЕНКО, К.К. ЩЕРБИНА
Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

СЛОЖНОЕ И АТИПИЧНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ: СОДЕРЖАНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ

Понятие «сложное и атипичное протезирование» широко используется специалистами, однако до настоящего времени не регламентировано инструкциями Минтруда России и органов соцзащиты субъектов Федерации, являющимися распорядителями финансовых средств, выделяемых госбюджетом для оказания протезно-ортопедической помощи инвалидам.

По данным СПбНЦЭПР им. Г.А. Альбрехта (2001 г.), в сложном и атипичном протезировании нуждаются, как минимум, 7-9 % инвалидов с культями верхних и нижних конечностей, а в отношении пострадавших от минно-взрывных ранений, дорожно-транспортных происшествий, рельсовых травм нуждаемость достигает 70 % и выше.

Основываясь на многолетнем опыте работы клиники и научных подразделений СПбНЦЭПРа им. Г.А. Альбрехта, сложным и атипичным протезирование может считаться в следующих случаях:

1. При врожденных пороках и дефектах конечностей у детей, с наличием рудиментов различной локализации, при амелии конечностей.
2. При множественных и сочетанных ампутационных дефектах конечностей.
3. При пороках и болезнях усеченных конечностей.
4. После реконструктивно-восстановительных операций на культях конечностей, направленных на повышение функциональности культи и протезирования в целом.

5. В пожилом возрасте, при тяжелом течении соматических заболеваний и необходимости выработки индивидуального двигательного режима.
6. При необходимости применения индивидуально изготовленных узлов и модулей протезных изделий (за исключением культеприемника).
7. После неудачного типового протезирования.

Среди показаний к сложному и атипичному протезированию должны быть выделены медицинские, медико-социальные, а также обусловленные предыдущим протезированием, т.е. медико-технические.

Л.М. МУРУЕВА
Республиканский центр государственной службы медико-социальной экспертизы Республики Бурятия, г. Улан-Удэ

ОРГАНИЗАЦИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

С 1996 г., в целях реализации Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ», было начато преобразование врачебно-трудовых экспертных комиссий в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) с формированием Центра государственной службы МСЭ Республики Бурятия (РБ) в структуре Министерства социальной защиты населения и труда РБ. В составе Центра МСЭ было 10 бюро. Формирование службы было поэтапным: в 1997-2002 гг. созданы дополнительно 7 бюро, в том числе специализированное бюро по профессиональной патологии. Таким образом, в структуре Республиканского центра МСЭ на настоящее время 17 бюро: 3 состава главных бюро, 8 бюро общего профиля, 4 специализированных и педиатрическое отделение госслужбы МСЭ, состоящее из 2-х составов. Общее руководство Центром осуществляется освобожденным директором – главным экспертом.

В 1997 г. в Улан-Удэ был проведен межрегиональный семинар медико-социальной экспертизы «Региональный опыт, пути совершенствования». Для усовершенствования врачей-экспертов, в декабре 1997 г. проведен выездной цикл ЦИЭТИНа «МСЭ и реабилитация инвалидов», в сентябре 2001 г. – выездной сертификационный цикл СПИУВЭК, с аттестацией и сертификацией врачей-экспертов, в том числе экспертов Иркутской области и Усть-Ордынского Бурятского национального округа.

Работа Центра МСЭ организована и выполняется по утвержденному на год графику. Бюро МСЭ осуществляют заседания на основной базе, выездные заседания в ТМО города и районов республики, в исправительных учреждениях в системе УИН для освидетельствования осужденных; выделены специальные дни для освидетельствования на дому тяжело больных, пожилых людей, а также в отдаленных районах республики.

Процент освидетельствования в отдаленных районах составил 90 %. Объем деятельности бюро МСЭ в 2002 г. составил 54413 человек, в 2001 г. – 49462 человек (таблица 1). Интенсивный показатель (ИП) первичной инвалидности в 2002 г. составил 63,2 относительно 61,2 в 2001 г, из них по трудоспособному возрасту: в 2002 г. – 63,3, в 2001 г. – 65,9 (таблица 2). По педиатрическому бюро МСЭ: в 2002 г. – 2,6, в 2001 г. – 23,8.

Таблица 1
Объем деятельности Центра МСЭ (в абсолютных числах)

	1998	1999	2000	2001	2002
Всего освидетельствовано	26902	32657	43577	49462	54413
Первично	8364	7942	7856	8307	8425
Повторно	18538	20982	20882	22637	24140
Разработано ИПР	764	3472	12323	14778	18336
Динамический контроль	71	261	2516	3740	3512

Таблица 2
Показатель первичной инвалидности Республики Бурятия в расчете на 10 тыс. населения

	1998	1999	2000	2001	2002
Всего населения	59,7	57	54,9	61,2	63,2
Взрослого населения	82,6	74,9	77,3	86,6	87,6
Трудоспособного населения	70,7	67,7	64,9	65,9	63,3

По анализу первичной инвалидности при различных классах болезней 1-е место занимают болезни системы кровообращения, на 2-м месте – травмы всех локализаций, на 3-м – злокачественные новообразования. Среди трудоспособного возраста, на первом месте травмы всех локализаций, на втором – болезни системы кровообращения, на третьем – злокачественные новообразования.

По детской инвалидности на первом месте психические расстройства, на втором – врож-

денные аномалии, на третьем – болезни нервной системы. В 2002 г. в бюро общего профиля на группу инвалидности переосвидетельствовано 20123 чел. (2001 г. – 19567 чел.), увеличение – на 556 чел. (2,8 %). Процент реабилитации по РБ составил 2,6 %, частичная реабилитация составила 8,5. По педиатрическому бюро процент реабилитации в 2002 г. составил 9,7 %, в 2001 г. – 16,7 %.

Одной из основных задач государственной службы МСЭ является разработка индивидуальных программ реабилитации (ИПР), содействие в реализации мероприятий социальной защиты инвалидов, включая их реабилитацию и оценку эффективности этих мероприятий. Бюро МСЭ укомплектованы врачами-реабилитологами на 100 % (это врачи, перешедшие на работу из системы здравоохранения). За 2002 г. бюро МСЭ разработало ИПР – 18336, что составило 56 % от числа всех освидетельствованных, в 2001 г. – 14778 (47,8 %), из них по педиатрическому бюро МСЭ в 2002 г. разработано 2557 (68 %), в 2001 г. – 1491 (50 %).

Ежегодно проводится анализ первичной инвалидности по нозологическим формам, занимающим лидирующее место в структуре первичной инвалидности в РБ. Проводится совместная работа с протезно-ортопедическим предприятием, с медицинским отделом МВД РБ, с центром занятости населения, госпиталем ветеранов войн, фондом социального страхования. Разработана и внедрена компьютерная программа «МСЭ детей». Ведется работа по созданию банка данных детей-инвалидов в педиатрическом бюро. Проводится укрепление материально-технической базы Центра МСЭ, ремонт помещений и гаража. Приобретены оргтехника, мебель, автомобили. В перспективе:

1. Создание единой базы для всех бюро.
2. Разработка компьютерной программы «МСЭ взрослого населения».
3. Создание локальной сети и единого информационного пространства.

С.Н. ПУЗИН
Федеральный научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Москва

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Во всем мире, в силу экономических, социальных и демографических причин, наблюдается неуклонный рост числа лиц, являющихся инвалидами. Высокий уровень первичной инвалидности, тенденция увеличения общей численности инвалидов среди взрослого и детского населения на фоне роста показателей заболеваемости и смертности в России требуют осуществления на государственном уровне системы мер, направленных на охрану общественного здоровья.

Государственная социальная политика в отношении инвалидов направлена на создание достойных условий жизни и деятельности инвалидов, на реализацию предоставляемых им, наравне с другими гражданами, прав и свобод, на создание для инвалидов равных возможностей, обеспечивающих им эффективную интеграцию в семью и общество.

В течение последнего десятилетия подходы государственной политики к решению проблем инвалидов коренным образом изменились; основным направлением ее стала комплексная реабилитация инвалидов, включающая медицинские, профессиональные и социальные аспекты, осуществляемая с целью максимально полного включения инвалидов во все сферы жизни общества. Именно комплексная реабилитация возвращает инвалида к полноценной и нормальной жизни, обеспечивает материальное благополучие, духовное возрождение, восстанавливает социальный и семейный статус.

Медико-социальная реабилитация инвалидов в России предусматривает восстановление или компенсацию утраченных или нарушенных функций человека до социально значимого уровня (медицинская реабилитация), восстановление конкурентоспособности инвалида на рынке труда (профессиональная реабилитация), восстановление способностей инвалида к самостоятельной общественной и социально-бытовой жизни (социальная реабилитация).

Одним из основополагающих вопросов медико-социальной реабилитации является решение проблемы профилактики и предупреждения утяжеления. Специальные исследования показали, что уровень инвалидности зависит от ряда факторов: от экологической обстановки (состояния атмосферного воздуха, водного бассейна и земли); демографической ситуации (возрастной состав населения, показатели рождаемости, смертности, естественного прироста населения); экономического и социального уровня развития страны (условия труда, быта, уровень и качество жизни, питание); показателей заболеваемости, уровня и качества работы системы здравоохранения и социальной защиты населения. В связи с этим основной зада-

чей профилактики инвалидности является создание благоприятной экологической обстановки, улучшение условий труда и быта, формирование здорового образа жизни, разработка эффективных мер медико-социальной реабилитации.

Совершенствование организационных механизмов оказания населению медицинской помощи, принятие мер по улучшению качества лечебно-диагностических мероприятий дало некоторые положительные результаты в деятельности самих медицинских учреждений. Однако существенного улучшения показателей здоровья населения, в том числе, показателей инвалидности, отметить не удается.

Рост и высокая распространенность инвалидности определили необходимость развития направлений вторичной и третичной профилактики инвалидизации населения, проведения медицинской реабилитации инвалидов, являющейся одним из основных звеньев комплексной реабилитации, и направленной на восстановление или развитие компенсации нарушенных функций с целью уменьшения ограничений жизнедеятельности и социальной.

Реализация реабилитации возможна путем организации и слаженного взаимодействия соответствующих служб, на которые возлагается:

- оценка тяжести и видов ограничений жизнедеятельности, разработка индивидуальных программ реабилитации;
- проведение восстановительного лечения, реконструктивных операций, протезирования;
- разработка, изготовление и предоставление технических средств для передвижения, коммуникации, бытовой и профессиональной деятельности;
- общее образование и профессиональное обучение;
- профессиональная ориентация, трудоустройство и наблюдение за трудовой деятельностью;
- приспособление жилья и окружающей архитектурной среды в соответствии с потребностями инвалидов.

Тесная увязка медицинской, профессиональной и социальной реабилитации, соблюдение принципов раннего начала, преемственности, последовательности, целевого единства, общности методологических подходов являются наиболее важными предпосылками для улучшения качества реабилитационных мероприятий. Реабилитация должна быть интегрирована в различные государственные системы – образования, здравоохранения, социальной защиты, занятости населения, культуры, физкультуры и спорта и др., и должна обеспечивать всестороннее участие инвалидов во всех аспектах обычной человеческой жизни.

Для достижения этой цели в последние годы в основу реабилитации все более широко внедряется принцип «нормализации», суть которого заключается в следующем. Инвалиды должны жить там же, где и здоровые люди, иметь право на свой дом, расти и жить в своей семье вместе со здоровыми ее членами, принимать активное участие в жизни общества, получать образование с учетом специфики инвалидности в общей школе со здоровыми детьми, иметь оплачиваемую работу, как на обычном производстве, так и в специально созданных цехах. Сфера услуг должна создаваться с учетом потребностей инвалидов; материальное обеспечение инвалидов должно быть таким, чтобы они чувствовали себя независимыми и были обеспечены всем, что им необходимо.

С точки зрения врача, реабилитация должна быть направлена на то, чтобы от традиционного лечения больных с остаточными явлениями заболеваний перейти к комплексу мероприятий, включающих медицинские, профессиональные и социальные аспекты, помогающие обрести независимый образ жизни и вернуться в бытовую, профессиональную и общественную деятельность. Реабилитация должна быть интегрирована в медицину, в то же время она должна включать психологическую, педагогическую, техническую помощь, профессиональную ориентацию и охватывать инвалида во всех областях его жизни; при этом активную роль в реабилитации должен играть сам инвалид. Основным постулатом является реабилитация человека, предусматривающая отсутствие разграничений между медицинской, профессиональной и социальной реабилитацией.

Е.Г. СВИСТУНОВА
Федеральный научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Москва

СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЯХ

Профилактика инвалидности и реабилитация инвалидов являются проблемой государства и общества, межведомственной проблемой и для своего решения требуют комплексных мероприятий со стороны всех заинтересованных органов на федеральном, региональном и местном уровнях.

В условиях перераспределения полномочий между федеральным центром и субъектами РФ, приоритеты в формировании организационно-правовых основ деятельности в отношении инвалидов должны быть предоставлены федеральным органам, основные функции по реализации социальной политики в отношении инвалидов должны быть возложены на субъекты Российской Федерации. В настоящее время в разных регионах сложились свои особенности состояния инвалидности и возможности реабилитации инвалидов, обусловленные историческим, экономическим, демографическим и социальным развитием данной территории. Несмотря на некоторые позитивные шаги в плане создания государственной службы реабилитации инвалидов в отдельных субъектах РФ, следует отметить, что до настоящего времени отсутствует единая система реабилитации инвалидов, координирующая и направляющая деятельность различных органов и учреждений, ответственных за осуществление мероприятий по медицинским, социальным и профессиональным аспектам реабилитации.

Исследование инвалидности населения на федеральном и региональном уровне необходимо для разработки и организации целенаправленных мероприятий по ее снижению, определению необходимой потребности инвалидов в различных видах реабилитационных мероприятий и услуг, разработки оптимальной модели медико-социальной реабилитации инвалидов и ее правового обеспечения. Для эффективного решения многочисленных проблем инвалидов необходимо формирование системы реабилитации инвалидов на федеральном и региональном уровне, оптимальное функционирование которой может осуществляться лишь на базе единых организационно-правовых основ.

Государства, соблюдающие международные правила, несут ответственность за обеспечение качества жизни инвалидов, их всестороннее участие в жизни общества и обеспечение равенства. В России в последние годы многое сделано для того, чтобы обеспечить интеграцию инвалидов в соответствии с международными правилами.

Анализ международных документов о реабилитации инвалидов показал, что, в отличие от других прав человека, право инвалида на реабилитацию и интеграцию в общество стало предусматриваться сравнительно недавно. Впервые оно нашло свое отражение во Всеобщей Декларации прав человека, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 1948 году. Начиная с этого времени, принят ряд правовых актов международного значения, касающихся прав инвалидов на создание условий для максимально возможной реабилитации и активной жизнедеятельности.

Россия, в силу известных исторических обстоятельств, длительное время находилась в оппозиции к направлениям социальной политики, рекомендуемым мировым сообществом. В последнее десятилетие ситуация существенно изменилась. Россия активно включается в международные процессы, ратифицирует наиболее важные международные документы, касающиеся прав и свобод граждан, в том числе наиболее уязвимых категорий.

Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995 г.) является достаточно объективным показателем процесса приближения к международным социальным стандартам, к содержанию основных норм международного права в области социальной политики вообще и реабилитации инвалидов в частности.

В.Ф. СОКОЛОВА, Н.В. ЧЕРНОУСОВА
Сибирский Государственный индустриальный университет, г. Новокузнецк

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ

Известно, что основной целью социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями является адаптация к условиям ближайшего социума. Категория людей, нуждающихся в проведении квалифицированной реабилитации, неуклонно увеличивается. Это создает необходимость рассмотрения новых концепций научно-методических и практических подходов в решении глобальных и индивидуальных проблем реабилитации.

Совершенно естественно, что реабилитация является частью лечения больных людей (нередко имеющих инвалидность), то есть имеет тесные переплетения с медициной и учреждениями системы здравоохранения. Поэтому понятие медико-социальной реабилитации имеет свои фундаментальные подходы и должно рассматриваться, как основной процесс длительного восстановления утраченных позиций здоровья, направленный на жизнеобеспечивающие функции человека.

С другой стороны, для обеспечения жизнедеятельности лиц с ограниченными возможностями требуются специальные вспомогательные приспособления, обеспечивающие не только социально-бытовую адаптацию, но и относительно независимый образ жизни. В этом процессе участвуют социальные работники, врачи, медсестры, родственники, которые помогают нуждающемуся человеку приспособиться к условиям реального жизнеобеспечения.

Здоровье слагается из здоровья физического, психического, нравственного и социального, и при выпадении хотя бы одного из этих компонентов невозможно говорить о полном здоровье субъекта. Здесь реабилитология, как наука о восстановлении и поддержании здоровья, смыкается с физиологией, санологией, психологией, психиатрией, гносеологией, социологией, педагогикой и культурой вообще. Следует акцентировать внимание на культуре здоровья, которая включает в себя культуру физическую, психоэмоциональную, нравственную, духовную, социальную и т.п. Ведь многие соматические заболевания можно отнести просто к отсутствию элементарной культуры собственного здоровья, а многие психические отклонения являются следствием не столько психопатологии, сколько психопатизации личности (уродства характера в результате неправильного воспитания или неблагополучных условий жизни).

Исходя из вышеобозначенных проблем, социальной реабилитации надлежит стать комплексной, многопрофильной и многогранной наукой, включающей в себя накопленный опыт многих областей знаний. Перспективы развития, имеющийся научный потенциал и практическая востребованность не имеют границ, и социальная реабилитация будет развиваться. Современный этап в развитии социальной работы в России определил главные направления и пути развития реабилитации.

Совершенно естественно, что для реализации всех поставленных целей и задач нужны квалифицированные многопрофильные специалисты, поскольку социальная реабилитация не может быть ограничена узкопрофильным подходом.

Приведенные выше положения требуют постановки и решения вопросов о месте социальной реабилитации в системе социальной работы и взаимосвязи ее с системой здравоохранения. В содержание социальной реабилитации входит знание основ здоровья и социальных ценностей, конкретных жизненных ситуаций, личностных особенностей и реальной окружающей обстановки. Реабилитация в любых обстоятельствах подчиняется определенным закономерностям и восстановительным этапам.

Реабилитационная деятельность подразумевает и перестройку личности, что осуществляется педагогическими средствами на основе знания. Основным механизмом при этом является переход от теоретических трактатов к овладению практическими навыками. Продуктивный перенос знаний, умений, отношений, опыта социализации и практических приемов происходит в процессе спланированного и продуманного процесса обучения специалистов.

Предполагается, что в ближайшие годы в структуре социальных служб появится профессия социального реабилитолога. Кафедра социальной работы, психологии и педагогики Сибирского государственного индустриального университета взяла на себя ответственность за подготовку таких специалистов. Вместе с действующей программой специализации социального менеджмента, предусмотрена подготовка специалистов в области социальной реабилитации. В этом задействованы дневная форма обучения, а также очно-заочная и предполагаемая заочная формы.

Учитывая вышеизложенные проблемы социальной реабилитации и необходимость подготовки специалистов в этой области, на кафедре социальной работы, психологии и педагогики СибГИУ разработаны перспективные подходы для решения поставленных задач в этой области. В рамках формирующегося социального факультета и действующей кафедры, для подготовки социальных работников с высшим образованием в учебный процесс включены предметы не только федерального, но и регионального и вузовского компонентов, представляющие определенную информационную и научную значимость для подготовки специалистов с широким кругозором, практической и научно-теоретической подготовкой.

Для решения вопросов подготовки специалистов по социальной реабилитации, преподавательским составом кафедры разрабатываются программы учебных дисциплин, с учетом основных направлений и опыта работы ведущих вузов страны, выпускающих специалистов для социальной сферы.

Как и в любом начинании, имеются свои трудности, и в первую очередь, это касается наличия учебников, специальной дополнительной литературы, методических указаний и пособий. Многие учебно-методические пособия и материалы, а также обучающие программы, создаются преподавательским советом кафедры, ученый потенциал которых достаточно высок для того, чтобы разрабатывать необходимые учебные материалы.

Среди читаемых дисциплин по подготовке специалистов по социальной реабилитации имеются блоки психологических, педагогических, медико-биологических и социальных знаний.

Предусмотрено чтение курсов по оккупациональной терапии, трудотерапии, медико-социальной реабилитации, проблемам инвалидности и др.

Учитывая потребность социальных служб города в специалистах со средним профессиональным образованием, университет и кафедра получили лицензию на подготовку специалистов данного уровня образования. Со следующего учебного года кафедра намерена организовать подготовку, переподготовку и повышение квалификации в области социальной работы для специалистов со средним специальным образованием и специалистов со средним медицинским образованием. Также есть планы выйти с предложениями по повышению квалификации персонала социальных служб городов Юга Кузбасса.

Избравшие профессию социального работника могут применить свои знания и способности в разнообразных учреждениях и организациях социальной защиты населения. Это могут быть специализированные реабилитационные центры, комплексные центры социального обслуживания населения, бюро и учреждения медико-социальной экспертизы, геронтологические центры, кризисные центры, интернатные учреждения для инвалидов, детские приюты, дома престарелых, службы адресной социальной помощи на дому, центры социальной помощи семье и детям, учреждения здравоохранения, психологические службы, общественные организации инвалидов и членов их семей и др. То есть, реальная востребованность в специалистах такого профиля очень велика.

Л.В. СЫТИН, Н.И. КУЗНЕЦОВА, Л.В. ЛЫХИНА
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

КОНЦЕПЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОГО АМБУЛАТОРНОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

В последнее десятилетие, в связи с радикальными экономическими реформами, проходящими в стране, существенно изменился статус многих групп населения, в том числе инвалидов.

Изменения государственной политики в отношении инвалидов коснулись усовершенствования существующих, а также разработки новых перспективных форм и методов социальной политики. Изменились подходы к установлению инвалидности, что отражено в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов Российской Федерации» (ФЗ № 181 от 24.10.95 г.) и последующих нормативных документах, определяющих порядок установления группы инвалидности и определяющих гарантии по оказанию социальных услуг инвалидам.

Вместе с тем, качественное осуществление мероприятий по социальной и реабилитационной помощи лицам с выраженными нарушениями здоровья и низким уровнем жизни лимитирует ряд факторов:

- отсутствие в регионах развитой системы реабилитационных учреждений, способных оказывать всестороннюю помощь инвалидам в плане медицинской, протезно-ортопедической помощи, повышения их социально-бытовой адаптированности, проведения профконсультирования и профориентации;
- отсутствие единых критериев по оценке показателей «качества жизни» инвалидов;
- невозможность провести количественную и качественную оценку эффективности реабилитационных мероприятий, вследствие отсутствия критериев, учреждений и специалистов, способных качественно осуществлять эту деятельность;
- отсутствие системы подготовки специалистов по разным аспектам реабилитации (врачи-реабилитологи разного профиля, медицинские психологи и психотерапевты, специалисты-эксперты по медицинским, социально-бытовым и профессиональным разделам реабилитации);
- отсутствие соответствующего материально технического обеспечения и отработанной технологии в учреждениях медико-социальной экспертизы (МСЭ), разработки индивидуальных программ реабилитации (ИПР). Чаще всего составление ИПР носит чисто формальный характер.

Создание в 2002 г. Регионального амбулаторного консультативного отделения в ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов предусматривает оказание методической и консультативной помощи по проблемам комплексной медико-технической и социально-профессиональ-

ной реабилитации лицам со сниженным здоровьем, структурам, занимающимся медико-технической и социально-профессиональной реабилитацией, а также инвалидам и их родственникам. Работа отделения строится по следующим принципам:

- доступность для инвалида и других лиц, обращающихся за консультацией;
- возможность получения ответа по самому широкому кругу интересующих вопросов — от медицинских до законодательных;
- фактор времени — чем раньше инвалид получит необходимую информацию, тем быстрее и проще решаются его проблемы.

Лечебно-профилактическим учреждениям оказывается методическая помощь по медицинским аспектам первичного, сложного и атипичного протезирования, методам консервативной и оперативной подготовки к протезированию, реабилитации больных и инвалидов с сосудистой патологией, при травматической болезни спинного мозга, с ортопедо-травматологической патологией (консервативное и оперативное лечение).

Органам медико-социальной экспертизы оказывается методическая помощь по медицинским аспектам первичного, сложного и атипичного протезирования, по возможности консервативного и оперативного лечения с целью улучшения реабилитационного прогноза и повышения реабилитационного потенциала лиц с прогнозируемой инвалидностью и инвалидов. Органам социальной защиты населения оказывается методическая помощь по вопросам обеспечения инвалидов протезно-ортопедическими изделиями и техническими средствами реабилитации.

Службе занятости населения оказывается методическая помощь по вопросам профориентации и возможности трудоустройства лиц с нарушением функции опоры и движения.

Индивидуальные консультации инвалидам и лицам с прогнозируемой инвалидностью, а также их родственникам, проводятся специалистами Центра по всем аспектам медико-технической, социально-профессиональной реабилитации, правовым вопросам.

Консультации осуществляются ведущими специалистами Центра (заведующими клиническими отделениями, врачом-специалистом по МСЭ, специалистом по социальным вопросам, психологом, психотерапевтом, юристом, профконсультантом и др.) по вопросам: восстановительного лечения, медико-социальной экспертизы и комплексной реабилитации, по обеспечению техническими средствами реабилитации, средствами передвижения, по льготам для различных категорий инвалидов и порядку их предоставления, правовым вопросам, связанным с производственным травматизмом.

Опыт первого года работы показал, что из 3006 человек, обратившихся на консультацию, 85,2 % обратились по вопросу диагностики и лечения в Центре.

Это связано с тем, что Центр давно известен в регионе, как учреждение, оказывающее высококвалифицированное восстановительное лечение, а информация о других видах помощи еще недостаточно известна. Однако следует отметить, что имеется тенденция к увеличению обращений по вопросам социально-профессиональной реабилитации и юридическим вопросам.

В.Г. ТАКТАРОВ, С.В. ШМЕЛЕВА
Московский государственный социальный университет, г. Москва

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТОЛОГИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В настоящем исследовании ставили целью выявить наиболее эффективные медико-социальные технологии и подходы, применяемые в работе детских реабилитационных центров Москвы и Подмосковья. Для этого был прослежен катамнез и сопоставлены ближайшие и отдаленные результаты у детей и подростков с проблемами обучения, проходивших восстановительное лечение и реабилитацию в учреждениях Минтруда и социального развития и в подразделениях МЗ РФ в 1999-2003 гг.

Всего обследовано 468 детей и подростков 3-18 лет, средний возраст составил 11,6 ± 4,8 лет, из них — 263 мальчика и 205 девочек. Нами наблюдались как дети, живущие в семье (около 58 %), так и подопечные детских домов и интернатов. Среди детей-инвалидов с детства преобладали пациенты с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в 65-70 % речь шла о детском церебральном параличе (ДЦП). Причины задержки психо-речевого развития или умственной отсталости (УМО) оставались неясными, за исключением немногочисленных верифицированных случаев синдрома Дауна, болезни Каннера и некоторых других наследственных и врожденных синдромов (Ретта, Мартин-Белл и др.). Подавляющее большинство из обследованных детей имели нарушения зрения, слуха и/или речи. В ос-

новном, дети с ограниченными возможностями проходили восстановительное лечение и реабилитацию в специализированных центрах Москвы (Республиканское объединение по реабилитации и восстановительному лечению МЗ РФ, больница № 18, институт-интернат для инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата Минобразования) и области (г.г. Реутов, Балашиха, Мытищи). Обследование семей и оценка качества жизни детей-инвалидов с расчетом реабилитационного прогноза и экономической эффективности проводились по авторским методикам, разработанным в лаборатории.

При обследовании было выявлено, что большинство детских центров, включая интернаты и центры социальной защиты, хорошо оборудованы самым современным оснащением. Практически везде имеются сенсорные комнаты, специализированные мягкие и игровые комнаты для детей с ограниченными возможностями, кинезотерапевтические и сенсоринтегрирующие комплексы. Обращает на себя внимание слабая методическая подготовка при работе с современным оборудованием – отсутствуют не только переводные руководства и инструкции, но нет и собственных научно-методических разработок, что снижает эффективность проводимых мероприятий.

Высокотехнологичные методы медицинской реабилитации, получившие достаточно широкое распространение за рубежом (инъекции ботулотоксина, имплантация баклофеновой «помпы» у детей с тяжелыми спастическими формами ДЦП и нейроимплантация стимулирующих электродов при вялых параличах) применяются у нас в небольшом числе случаев, что объясняется высокой стоимостью подобных процедур. Учитывая экономическую ситуацию в стране, можно прогнозировать развитие данного направления в рамках частных коммерческих структур.

Очевидно, что применение самых современных методов медицинской реабилитации у детей неэффективно и лишено смысла без активного участия в данном процессе педагогов-дефектологов, психологов, логопедов и социальных работников. Нами выявлено отсутствие методической базы, позволяющей проводить единый реабилитационный комплекс всей группе специалистов по общему плану. Успешный опыт повышения квалификации и коммуникации всех перечисленных специалистов на курсе детской реабилитологии ФПДО Московского медико-стоматологического университета в 2000-2002 гг., к сожалению, в настоящее время стал недоступен.

В целом, необходимо отдельно отметить достаточно эффективное применение на практике самых различных направлений лечебно-коррекционной педагогики – кондуктивной (Пето А.), монтессори- и вальдорфской педагогики, Camphill-центров (Кениг К.).

Выводы:

1. Отсутствие унифицированных, научно-обоснованных методических разработок при условии хорошего оснащения детских реабилитационных центров снижает эффективность абилитационного процесса и требует своего решения.
2. С учетом стремительного развития современных технологий, необходима организация непрерывной последипломной подготовки и переподготовки сотрудников реабилитационных центров, включая их руководителей, социальных работников, врачей, педагогов, дефектологов, психологов и логопедов.
3. Высокотехнологичные, но дорогостоящие методики восстановительного лечения могут оказаться выгодными на перспективу. Для сравнительной оценки и экономических расчетов можно использовать методы, разработанные лабораторией АСР МГСУ.
4. Учитывая экономическое «расслоение» общества, можно прогнозировать тенденцию к многовариантности лечебно-коррекционных подходов у детей с ограничениями из разных социальных групп.

В.П. ШЕСТАКОВ

Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

В настоящее время уже не вызывает сомнений тот факт, что основным приоритетным содержанием государственной социальной политики по отношению к инвалидам является реабилитационное направление. В то же время общеизвестно, что реабилитационные мероприятия требуют экономических затрат, порой весьма существенных. Имеющийся почти повсеместно постоянный дефицит финансовых средств приводит к неполноценной, фрагментарной и некомплексной реабилитации инвалидов и, бесспорно, снижает ее социальную и экономическую эффек-

тивность. Однако убедительно и аргументированно доказать это не представляется возможным, т.к. отсутствуют адекватные критерии и показатели эффективности, не разработана методика оценки медико-социальной реабилитации инвалидов.

Категория «эффективность» как таковая достаточно хорошо разработана различными специалистами. С экономической точки зрения, эффективность медико-социальной реабилитации представляет собой отношение полезного результата к затратам на эти цели. Эффективность связывает результат и цель: чем ближе результат достиг поставленной цели, тем выше эффективность. Таким образом, под эффективностью следует понимать конкретный уровень достижения ожидаемых (планируемых) результатов. Общая цель – социальная интеграция инвалида – дифференцируется на подцели в профессиональных медицинских и социальных аспектах, которые, в свою очередь, подразделяются на более частные, конкретные цели. Эффективность реабилитации инвалидов можно рассматривать на трех иерархически соподчиненных, но относительно самостоятельных уровнях: государственно-региональном, процессуально-технологическом, индивидуальном. При этом системообразующим является индивидуальный уровень. Методически возможно использование единого алгоритма оценки эффективности различных аспектов реабилитации инвалидов:

1. Первичная оценка клинико-функционально-психологического и социального статуса инвалида.
2. Оценка реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза.
3. Определение конкретных целей и ожидаемых результатов реабилитации.
4. Оценка клинико-функционально-психологического и социального статуса на завершении этапа реабилитационного процесса.
5. Оценка динамики показателей реабилитации.
6. Сопоставление полученных результатов (по критериям и показателям) с целевой установкой и ожидаемыми результатами.

Схематично оценка эффективности реабилитации инвалидов выстраивается по ясному, простому и логичному принципу: «что было – что стало – что должно было быть». В процессе разработки проблемы оценки эффективности реабилитации инвалидов, нами предложены соответствующие критерии и показатели, а также оценочные градации последних, выраженные в баллах. Оценка показателя того или иного критерия в баллах позволяет рассчитать предлагаемый нами Коэффициент эффективности реабилитации (от «1,0» до «0»).

Реабилитация может характеризоваться как эффективная (от 1,0 до 0,7), сомнительная (0,6-0,5) и неэффективная (меньше 0,5).

Н.Д. БОГОМОЛОВА, Е.А. ЦИТКО
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

ИНВАЛИДНОСТЬ И ИНВАЛИДИЗАЦИЯ ПО ПРИЧИНАМ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Приоритетным направлением социальной политики в области здравоохранения является охрана и укрепление здоровья населения, повышение его уровня. Наряду с демографическими показателями, показателями заболеваемости и физического развития, инвалидность населения и инвалидизация по причинам является важнейшим измерителем общественного здоровья.

До определенного времени в России не имели представления о подлинных размерах накопленной инвалидности, так как не учитывались некоторые контингенты населения, в частности, военные, дети и некоторые другие группы населения и только в 1994-1995 гг. были получены сравнительно полные данные о случаях стойкой потери трудоспособности [1]. В течение ряда лет, начиная с 1995 г., отмечен рост абсолютной численности лиц, впервые признанных инвалидами. Таких лиц в 2001 г. в РФ насчитывалось 1199761 человек, что составляет 82,8 на 10000 населения. Отмечен рост показателей первичного выхода на инвалидность среди трудоспособного населения. В последние годы каждый пятый (20 %) среди впервые признанных инвалидами утратил трудоспособность в возрасте моложе 45 лет (женщины) и 50 лет (мужчины) [2].

Нами была проанализирована инвалидность и инвалидизация по причинам населения Кемеровской области за период 1992-2001 гг. В течение этого времени отмечен рост показателя первичного выхода на инвалидность с 49,2 до 68,8 на 10000 населения. Среди причин первичного выхода на инвалидность наибольший удельный вес занимают инвалиды вследствие общего заболевания, причем за 10 лет их доля возросла с 81,3 % до 90,8 %. Несколько снизился удельный вес инвалидов вследствие трудового увечья (8,5 % в 1992 г.; 5,2 % в 2001 г.). Первичная инвалидность у военнослужащих, детей и лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии на Чернобыльской АЭС, остается достаточно стабильной. Изменение структуры причин первичного выхода на инвалидность наблюдается как у городского, так и у сельского населения. Как и в РФ, для Кемеровской области характерно увеличение числа инвалидов в трудоспособном возрасте, с 45,4 в 1992 г. до 63,0 в 2001 г. на 10000 населения трудоспособного возраста.

Изменился возрастной состав лиц, впервые получивших инвалидность за исследуемый период. В 1992 году в возрастной структуре преобладал пожилой возраст (мужчины старше 60 лет, женщины старше 55 лет – 48,2 %). До 1998 года возрастала доля лиц более молодого возраста (мужчины до 49 лет, женщины до 44 лет) – с 30,4 % до 43,2 %, что было связано, по-видимому, со сложной социальной экономической обстановкой в Кузбассе. По мере стабилизации социально-экономической ситуации, доля лиц молодого возраста уменьшается и возрастает доля лиц старших возрастных групп.

Рассматривая динамику первичной инвалидности населения Кемеровской области по группам инвалидности, необходимо отметить нарастание удельного веса 1-й (с 12,4 % до 14,4 %) и 3-й группы инвалидности (с 16,2 % до 23,5 %), при соответствующем уменьшении 2-й группы, что свидетельствует об утяжелении патологии. Среди заболеваний, повлекших первичный выход на инвалидность, лидирующее место занимают болезни сердечно-сосудистой системы (37,5 %) и первую очередь ИБС и цереброваскулярные болезни, 2-е место занимают злокачественные новообразования (13,1 %), 3-е – травмы всех локализаций и заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,7 % и 8,1 %, соответственно).

За период 1998-2001 гг. в области ежегодно регистрируется от 11788 до 13078 случаев инвалидности детей, чаще у мальчиков (54,2 и 57,5 %, соответственно). Наметилась тенденция к уменьшению детей с впервые установленной инвалидностью (20,9 % в 1998 г.; 12,7 % в 2001 г.).

Наиболее высокие показатели распространенности инвалидности наблюдались в пубертатном периоде детства – в 10-14 лет. Удельный вес детей-инвалидов данного возраста составил 46,2 %. Далее по распространенности следует возрастная группа 5-9 лет, удельный вес – 26,9 %; на 3-м месте – возрастная группа 0-4 лет (14,5 %). В структуре заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности, у мальчиков и девочек лидируют болезни нервной системы, 2-е место занимают у мальчиков психические расстройства, у девочек – врожденные аномалии, 3-ю позицию у мальчиков занимают врожденные аномалии, у девочек – психические расстройства.

Таким образом, в Кузбассе отмечен рост первичного выхода на инвалидность, увеличение доли лиц, имеющих I-ю группу инвалидности, особенно в молодом возрасте, что свидетельствует об утяжелении патологии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лисицын, Ю.П. Панорама охраны здоровья, реструктуризация медицинской помощи и нерешенные вопросы приватизации в здравоохранении. /Лисицын Ю.П., Акопян А.С. – М., 1998. – 287 с.
2. Доклад министра здравоохранения на коллегии МЗ РФ 18.03.2003 г. «Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения и задачах по повышению качества медицинской помощи населению».

Е.М. ВАСИЛЬЧЕНКО
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ПРИМЕРЕ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Одним из тяжелых, инвалидизирующих осложнений инсулиннезависимого сахарного диабета является ампутация конечности. В настоящее время эпидемиологические исследования по оценке риска ампутации конечности при сахарном диабете проводятся, в основном, зарубежными учеными. Отечественные публикации на эту тему немногочисленны и преимущественно обсуждают удельный вес ампутаций при сахарном диабете среди всех ампутаций нетравматического генеза.

В настоящей работе проанализированы показатели распространенности ампутаций нижних конечностей и некоторые социально-гигиенические характеристики у пациентов сахарным диабетом 2-го типа на примере г. Новокузнецка. Проведение подобного рода исследования стало возможным благодаря функционированию в Новокузнецке учетно-статистических систем: федерального регистра «Сахарный диабет» (г. Новокузнецк) и базы данных систем «Стационар», «Смертность» Кустового медицинского информационно-аналитического центра (КМИАЦ) г. Новокузнецка.

На учете в федеральном регистре «Сахарный диабет» на конец 2002 г. состояли 7351 пациент. Сахарный диабет 2-го типа выявлен у 6597 человек. Из них, 1191 (18 %) – мужчины и 5406 (82 %) – женщины. Возраст 60-74 лет имели 60 % больных. С постампутационными культями конечности на учете состояло 87 человек (1,3 % от числа больных с инсулиннезависимой формой сахарного диабета): 57 женщин (66 %), и 30 мужчин (34 %). Средний возраст женщин с постампутационными дефектами (ПАД) нижних конечностей – 65,6 лет; средний возраст мужчин – 62,5 лет. Статус инвалида имели 79 % лиц с ПАД. Анализ инвалидности по тяжести показал, что инвалиды II-й группы составляли большую часть обследованных – 68 %, удельный вес лиц с I-й группой – 31 %.

Как указано выше, нижняя конечность ампутирована у 1,3 % больных сахарным диабетом, внесенных в федеральный регистр по Новокузнецку. В то же время, по данным зарубежных эпидемиологических исследований, ампутации конечности проводятся у 4 % больных сахарным диабетом в Великобритании, у 5 % в Германии, у 2 % в США [2, 3, 4]. Реально в Новокузнецке удельный вес больных сахарным диабетом, которым выполняется ампутация нижней конечности, также превышает 1,3 %.

Так, в 1999-2001 гг. в стационарах города выполнено 108 ампутаций нижней конечности у больных сахарным диабетом, то есть, в среднем, по 36 ампутаций в год, что соответствует 55 ампутациям в год на 10000 больных сахарным диабетом 2-го типа. В Канаде и Великобритании этот показатель достигает 40-44; в США – 101 ампутация на 10 тыс. населения [1]. Такие ежегодные темпы прироста числа лиц с утратой конечности, тем не менее, не приводят к существенному увеличению числа лиц с ПАД, зарегистрированных в базе данных федерального регистра, что обусловлено, в первую очередь, высокой смертностью больных после ампутации конечности. Анализ уровня выживаемости больных сахарным диабетом после ампутации нижней конечности, с использованием баз данных КМИАЦ показал, что через 12 месяцев после данной операции в живых остаются около 60 % пациентов. Причем основная масса больных (20-25 %) погибает в течение первого месяца после ампутации. Вполне очевидно, что умершие в послеоперационном периоде пациенты с утратой конечности не фиксируются в базе данных федерального регистра.

Таким образом, в ходе выполнения работы были получены объективные данные об уровне диабетических ампутаций конечностей в промышленном городе России, которые позволяют оценить необходимые объемы стационарной и амбулаторной помощи больным сахарным диабетом на этапах лечения и профилактики этого тяжелого осложнения. Полученные показатели

распространенности диабетических ампутаций нижних конечностей на уровне города можно использовать в качестве основы для оценки реального числа лиц с данной патологией в области, регионе.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Lawee, D. Diabetes-related lower extremity amputations in Ontario: 1987-88 experience /D. Lawee, A. Csima //Can. J. Public. Health. – 1992. – Vol. 83. – P. 298-302.
2. Muhlhauser, I. Quality assessment of diabetes care according to the recommendations of the St. Vincent Declaration: a population-based study in a rural area of Australia /L. Muhlhauser, M. Sulver, M. Berger //Diabetologia. – 1992. – Vol. 35. – P. 429-435.
3. Neil, H. Diabetes in the elderly: the Oxford Community Diabetes Study /H. Neil, A. Thompson, Matal Thorogood //Diabet Med. – 1989. – Vol. 6. – P. 608-613.
4. Nelson, R. Lower-extremity amputations in NIDDM. 12-yr follow-up study in Pima Indians /R. Nelson, D. Gohdes, J. Everhart, et al. //Diabetes Care. – 1988. – Vol. 11. – P. 8-16.

О.Н. ВЛАДИМИРОВА, Н.Э. ЦИКНАСАРОВА

Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов,
Бюро медико-социальной экспертизы № 17 профпатологического профиля, г. Санкт-Петербург

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

По данным профпатологического бюро медико-социальной экспертизы изучен контингент впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие профессиональной патологии за период 2000-2002 гг. в Санкт-Петербурге. Были проанализированы книги протоколов заседаний за соответствующие годы и акты освидетельствования ВПИ за исследуемый период.

Результаты исследования выявили следующее: всего за три года впервые признано инвалидами в Санкт-Петербурге с данной социальной причиной 340 человек. Подавляющее большинство из них составили инвалиды III-й группы – 86,5 %, остальные 13,5 % – инвалиды II-й группы.

В структуре инвалидности 3-й группы преобладали хроническая интоксикация марганцем – 22,8 %, полиневропатии верхних конечностей – 22,7 %, вибрационная болезнь – 16,3 %, радикулопатии – 7,5 %, профессиональный бронхит – 7,1 %. К инвалидности 2-й группы чаще приводили профессиональные последствия пневмокониозов – 30,4 %, подавляющее большинство которых составили силикоз и силикотуберкулез; хроническая интоксикация марганцем – 13,0 %, и другие.

Характерное для многих отраслей промышленности комбинированное воздействие вредных профессиональных факторов отражается на профессиональной заболеваемости и инвалидности по данной причине. У 47 % ВПИ выявлено по два и три профессиональных заболевания (известны отдельные случаи с наличием 8-10 профзаболеваний). Наиболее часто встречается сочетание марганцевой интоксикации и вибрационной болезни, марганцевой интоксикации и нейросенсорной тугоухости, профессионального бронхита и шейно-плечевой радикулопатии. Бывшие шлифовщики, резчики, штукатуры-маляры и др., ставшие инвалидами, подвергались воздействию комбинации вредных факторов – аэрозолей, преимущественно фиброгенного действия (пыли), высоких показателей стереотипных рабочих движений, статической нагрузки и других факторов тяжести труда. У них чаще выявляют сочетание заболеваний дыхательной системы (профессиональный бронхит, бронхиальная астма, альвеолит и т.д.) с патологией нервной и опорно-двигательной систем (вегетосенсорные полиневропатии, миопатозы разгибателей предплечий). Встречаются ситуации, когда ведущий вредный фактор оказывает воздействие на одну систему органов, вызывая у работника несколько нозологий, например, хронический бронхит, бронхиальная астма, ринофарингит. В практике МСЭ обстоятельство выявления у больного двух, трех и более профзаболеваний несет особый смысл. В учреждениях МСЭ степень утраты профессиональной трудоспособности определяется с учетом каждого заболевания отдельно. При отсутствии четких критериев сложным представляется определить вклад каждой нозологической формы в утрату профессиональной трудоспособности пострадавшего.

Особую экспертную сложность вызывают случаи с незначительной степенью нарушения функций организма, вызванной, как правило, начальной степенью профессиональных заболеваний. В Санкт-Петербургском профпатологическом бюро МСЭ к ним можно отнести такие формы патологии, как вегетосенсорная полиневропатия верхних конечностей, вибрационная болезнь. Вопрос об ограничении трудоспособности у данной категории инвалидов должен решаться

на основании результатов профессиографической диагностики.

Обращает на себя внимание высокий трудовой потенциал ВПИ вследствие профессиональных заболеваний, как мужчин, так и женщин. Лица наиболее трудоактивного возраста (18-49 лет) составили значительную группу – 36,8 %, с приблизительно равным распределением по полу (55,2 % – мужчины, 44,8 % – женщины).

Начальное и среднее профессиональное образование имели 45,5 % инвалидов. Лиц с высшим образованием среди инвалидов с профессиональной патологией выявлено всего 4,5 %. Большинство инвалидов (63,6 %) оказались работниками средней квалификации (рабочие 3-4 разряда). Высокую квалификацию имели 34,1 % инвалидов (рабочие 5-6 разрядов, врачи 1-й и высшей категории, пилоты 1-го класса).

Семейные инвалиды составили 88,6 %. В семьях, состоящих из двух человек, проживают 27,3 % инвалидов, из трех – 26,1 %, четырех – 28,1 %. Благоприятные жилищно-бытовые условия имели 42 % лиц, относительно благоприятные – 36,4 %, неблагоприятные – 21,6 %.

Знание данных характеристик, входящих в реабилитационный потенциал, сможет явиться основанием для определения путей профессиональной деятельности инвалидов, направлений и форм их профессиональной подготовки и организации труда.

З.С. ЖАЛЕЙКО, Н.В. ОЛЬКОВА
Государственная служба медико-социальной экспертизы, г. Тюмень

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОГО ВЫХОДА НА ИНВАЛИДНОСТЬ ГРАЖДАН СТАРШЕ 18 ЛЕТ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Тюменская область с численностью населения 1333,8 тыс. человек входит в число наиболее населенных областей Уральского Федерального округа РФ. В структуре населения преобладают городские жители (60 %). С 1998 по 2002 г. в общей структуре населения удельный вес лиц моложе трудоспособного возраста уменьшился с 26,8 % до 23,8 %, трудоспособного возраста – увеличился с 55,9 % до 58,9 %, старше трудоспособного возраста – практически не изменился – 17,3 %.

Изучение динамики первичной инвалидности в Тюменской области в период за период 1998-2002 гг. выявило тенденцию снижения со 108,1 до 97 человек на 10 тыс. населения старше 18 лет (табл. 1). Нужно отметить, что уровень первичной инвалидности у взрослых в 1998-2000 гг. был выше среднероссийского, а с 2001 г. он опустился ниже среднероссийского уровня.

Среди впервые признанных инвалидами граждан старше 18 лет, проживающих в городской местности, наблюдалось волнообразное изменение показателей: за 1998-2000 гг. произошло увеличение на 4,2, а за 2001-2002 гг. – уменьшение на 6,9 в расчете на 10 тыс. городского населения (табл. 2). Среди впервые признанных инвалидами взрослых граждан, проживающих в сельской местности, отмечалось ежегодное постепенное снижение: с 73,9 в 1998 г. до 64,0 в 2002 г. на 10 тыс. сельского населения.

В структуре первичной инвалидности по полу за исследуемый период отмечалось увеличение доли женщин с 44,3 % в 1998 г. до 50 % в 2002 г. и, соответственно, снижение доли муж-

Таблица 1
Экстенсивные и интенсивные показатели первичной инвалидности лиц старше 18 лет в Тюменской области за период 1998 – 2002 гг.

Наименование показателей	1998	1999	2000	2001	2002
Впервые признано инвалидами лиц > 18 лет	10691	10358	10784	10170	9895
На 10 тыс. населения > 18 лет	108,1	103,7	100	100,3	97,3
Впервые признано инвалидами граждан > 18 лет в городской местности	6575	6468	6923	6477	6380
На 10 тыс. соответствующего населения	82,8	81,2	87	81,7	80,1
Впервые признано инвалидами граждан > 18 лет в сельской местности	4116	3890	3861	3693	3515
На 10 тыс. соответствующего населения	73,9	69,9	69,5	66,8	64
Впервые признано инвалидами лиц трудоспособного возраста	6605	6853	6467	5807	5614
На 10 тыс. соответствующего населения	87,6	89,6	83,7	74,3	71,2

чин, преимущественно среди городского населения. Среди сельского населения во все годы отмечалось преобладание мужчин.

Сохраняются существенные различия в показателях первичной инвалидности в зависимости от возраста: понемногу увеличивается удельный вес впервые признанных инвалидами лиц пенсионного возраста – в 2002 г. он составил 43,5 %, причем преимущественно разница удельного веса лиц трудоспособного возраста и пенсионеров выражена в сельских территориях, где доля лиц трудоспособного возраста среди инвалидов в 2 раза больше, чем пенсионеров. Однако в целом тенденция постепенного увеличения удельного веса лиц пенсионного возраста сохраняется и в городской и в сельской местности. Напротив, доля лиц трудоспособного возраста постепенно снижается, преимущественно за счет возрастной группы до 44 лет у женщин и до 49 лет у мужчин.

За исследуемые годы появилась тенденция уменьшения тяжести инвалидности – удельный вес инвалидов III-й группы увеличился в 1,5 раза, II-й группы уменьшился в 1,1 раза; число инвалидов I-й группы снизилось незначительно. Более высокий показатель первичной инвалидности городского населения вызван преимущественно более высоким уровнем первичной инвалидности по II-й группе.

Изучение уровня первичной инвалидности при различных классах болезней у взрослых показало, что на 1-м месте все годы стоят болезни системы кровообращения (от 41,9 в 1998 г. до 36,6 в 2002 г. на 10 тыс. населения), на 2-м – злокачественные новообразования (10,3), на 3-м – болезни костно-мышечной системы (от 7,7 в 1998 г. до 7,1 в 2002 г.), на 4-м – болезни нервной системы и органов чувств (с 10 в 1998 г. до 7,2 в 2002 г.), на 5-м – травмы всех локализаций (с 8,2 в 1998 г. до 6,0 в 2002 г.).

За последние 5 лет отмечается снижение уровня первичной инвалидности в связи с психическими расстройствами, болезнями нервной системы и органов чувств, травмами, в т.ч. производственными, профессиональными болезнями.

Таким образом, в структуре впервые признанных инвалидами граждан 18 лет и старше преобладают инвалиды II-й группы, проживающие в городской местности, трудоспособного возраста, с патологией системы кровообращения, что требует усиления профилактической работы по снижению инвалидности данной категории населения.

Проведенный анализ показателей инвалидности позволит на следующем этапе сформулировать основные направления профилактики инвалидности в Тюменской области.

Таблица 2

Динамика структуры первичной инвалидности лиц старше 18 лет по Тюменской области (%)

Год	Общее число лиц, впервые признанных инвалидами	Из них		В том числе		Распределение инвалидов по группам инвалидности		
		муж.	жен.	труд. возраста	пенс. возраста	1	2	3
А. Городское население								
1998	100	52,8	47,2	57	43	11,1	64,3	24,6
1999	100	49,9	50,1	60	40	11,4	63	25,6
2000	100	45,7	54,3	52,9	47,1	9,4	60,6	30
2001	100	44,5	55,5	50,7	49,3	8,9	57	34,1
2002	100	47,3	52,7	51,5	48,5	10	57,2	32,8
Б. Сельское население								
1998	100	60,6	39,4	69,3	30,7	10,3	60,3	29,4
1999	100	59,4	40,6	76,5	23,5	10,7	57,2	32,1
2000	100	56,1	43,9	72,7	27,3	9,7	53,2	37,1
2001	100	54,2	45,8	68,3	31,7	9	51,7	39,3
2002	100	55,4	44,6	66,7	33,3	10,6	51,4	38
В. По всему населению								
1998	100	55,7	44,3	61,6	38,4	10,8	62,7	26,5
1999	100	53,5	46,5	65,9	34,1	10,9	60,6	28,5
2000	100	49,4	50,6	59,7	40,3	9,5	57,6	32,9
2001	100	48	52	57,1	42,9	8,9	55,1	36
2002	100	50	50	56,5	43,5	10,2	55,1	34,7

А.Г. ЗАХАРЬЯН, В.П. ИВАНОВ, Т.В. КАЛМЫКОВА
Главное бюро Государственной службы медико-социальной экспертизы, г. Новосибирск

СОСТОЯНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ (1998–2002 ГГ.)

Состояние инвалидности, наряду с демографическими показателями, является одной из основных характеристик общественного здоровья. В Новосибирской области, как и по России в целом, отмечается постоянный рост числа лиц с ограниченными возможностями. За последние 10 лет их число удвоилось, и на 1.01.2003 г. составило 148511 чел. или 5,4 % населения области.

За последние 5 лет ежегодное число впервые признанных инвалидами взрослых увеличилось с 18163 человек до 18223 (в 1999 г. – 16814 человек, в 2000 – 16548, в 2001 – 17681). Среди впервые признанных детей-инвалидов отмечается снижение ежегодного их числа с 1812 человек в 2000 г. до 1688 в 2002 г. (освидетельствование детей в Государственной службе МСЭ Новосибирской области проводится с марта 1999 г.).

Анализ первичной инвалидности среди возрастных групп показывает высокий удельный вес инвалидов 1-й (до 44/49 лет жен/муж) и 2-й (45/50 – 54/59 лет) возрастных групп (соответственно, 30,4 % и 24,9 %), преобладают инвалиды I-й и II-й групп (12 % и 59 %, соответственно). У впервые признанных инвалидами детей преобладает возрастная группа 8-14 лет (41,2 %) и 0-3 лет (28,3 %).

Интенсивный показатель первичной инвалидности в 2002 году по Новосибирской области составил 86,2 чел. на 10000 взрослого населения, в 1998 г. – 66,1 (таблица). Однако, если в 2001 г. рост первичной инвалидности составлял 6,8 %, то в 2002 – всего 3,1 %, т. е. можно говорить о тенденции снижения темпов роста первичной инвалидности.

В структуре первичной инвалидности взрослого населения на 1-м месте стоят болезни системы кровообращения (36,0 %), на 2-м – злокачественные новообразования (16,0 %), на 3-м – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,5 %). Структура первичной инвалидности за последние 5 лет отличается достаточной стабильностью с некоторым ростом удельного веса болезней системы кровообращения, что коррелирует с ростом заболеваемости населения области от этого класса заболеваний. В структуре первичной инвалидности по заболеваниям сердечно-сосудистой системы основной патологией остается ишемическая болезнь сердца, которая составляет 81,7 % от общей инвалидности по сердечно-сосудистым заболеваниям.

В г. Новосибирске превышение средне областных показателей первичной инвалидности взрослого населения отмечается при злокачественных новообразованиях и болезнях системы

Таблица
Структура первичной инвалидности населения Новосибирской области (1998–2002 гг.)

Нозология	1998	1999	2000	2001	2002
1. Взрослого населения (на 10000 населения)					
Туберкулез	2,2	2,4	3,5	3,7	3,4
Злокачественные новообразования	11	10,3	12,8	13,7	13,8
Болезни эндокринной системы	2,4	2,4	3,1	3,7	4
Психические расстройства	3,9	3,5	2,6	3,3	4
Болезни нервной системы	2,6	2,7	3,1	3,2	3
Болезни системы кровообращения	20,7	18,2	25	27,1	31,1
Болезни органов дыхания	3,2	3,1	3,7	3,9	4
Болезни органов пищеварения	1,1	1,1	1,6	1,6	1,5
Болезни костно-мыш. системы	6,5	6,6	8,7	9,1	9
Последствия травм, отравлений	6,4	6,5	8,6	8,8	8,1
Профессиональные болезни	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2
Прочие болезни	5,8	4,1	5,3	5,2	4,1
Всего по области	66,1	61,1	78,3	83,6	86,2
г. Новосибирск	74,3	65,4	78,8	81,3	81,4
2. Детского населения (на 10000 населения)					
Нозология	1998	1999	2000	2001	2002
Туберкулез	-	0,2	0,4	0,2	0,3
Новообразования	-	0,7	0,9	0,8	0,8
Болезни эндокринной системы	-	1	1,2	1,4	1,3
Психические расстройства	-	2,6	5,2	4,1	3,6
Болезни нервной системы	-	2,8	3,6	3,6	3,3
Болезни системы кровообращения	-	0,1	0,5	0,6	0,4
Болезни органов дыхания	-	1,6	1,8	1,6	1,7
Болезни органов пищеварения	-	0,4	0,3	0,4	0,3
Болезни костно-мыш. системы	-	1,8	2,2	1,8	1,7
Болезни мочеполовой системы	-	0,3	0,8	0,7	0,7
Врожденные аномалии, пороки	-	3,5	4	3,9	4,4
Перинатальная патология	-	0,5	0,6	0,6	0,6
Травмы, отравления	-	2,6	4,6	4,9	4,9
Прочие болезни	-	2	1,9	2,2	2
Всего по области	-	20,1	28	26,8	26
г. Новосибирск	-	20,7	29,9	27,8	28,9

кровообращения, в сельских районах – при туберкулезе, болезнях эндокринной системы, психических расстройствах, болезнях органов дыхания, болезнях костно-мышечной системы.

Среди детского населения интенсивный показатель первичной инвалидности в 2002 г. составил 26 чел. на 10000 детского населения, в 2000 – 28,0 (таблица). В структуре первичной инвалидности детей в возрасте до 18 лет первое место занимают травмы и отравления (18,7 %), второе – врожденные аномалии и пороки развития (16,8 %), третье – психические расстройства (13,7 %). В динамике за три года отмечается рост удельного веса инвалидов с врожденными аномалиями и пороками развития (с 14,2 % в 2000 г.) и переход с третьего на второе место в структуре первичной инвалидности. В то же время, роста заболеваемости от этого класса заболеваний не отмечается. В Новосибирске превышение средне областных показателей первичной инвалидности детского населения отмечается при травмах и отравлениях, в сельских районах – при психических расстройствах.

Показатель полной реабилитации среди всех взрослых инвалидов составил 3,6 %, частичной – 9,2 %. Среди инвалидов с разработанными ИПР эти показатели были, соответственно, равны 6,1 % и 19,9 %, что показывает достаточно высокую эффективность разрабатываемых ИПР. Показатели реабилитации инвалидов существенно зависят от инвалидизирующего заболевания. Наиболее высокие результаты отмечаются у инвалидов с последствиями травм (показатель полной реабилитации 5,5 %), прошедших радикальное лечение по поводу злокачественных новообразований (8,7 %), туберкулезе (7,2 %). Для сравнения: показатель полной реабилитации среди больных кардиологического профиля составил 1 %, при психических заболеваниях – 0,1 %. Показатель полной реабилитации детей с общесоматическими заболеваниями составил 13,3 %, у больных психоневрологического профиля – 2,7 %.

Увеличение удельного веса инвалидов является объективным процессом, в связи с этим становится крайне актуальным вопрос о совершенствовании социальной политики государства в отношении лиц с ограниченными возможностями, в том числе и вопросы их реабилитации. Для сокращения роста инвалидности необходима система государственных мер, направленных на общее оздоровление населения, улучшение его материального благосостояния, профилактику заболеваемости, раннее и адекватное лечение, качественную диспансеризацию. Целесообразно предоставление льгот и компенсаций не по наличию факта инвалидности (лекарственное обеспечение, выполнение дорогостоящих операций и т.п.), а по фактической нуждаемости. Наибольшего эффекта от реабилитационных мероприятий можно достичь в том случае, когда они представляют собой комплексный и непрерывный процесс, включающий рациональное трудоустройство инвалида в соответствии с его психофизиологическими возможностями.

М.А. ЛЕОНТЬЕВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ И ЧАСТОТА ПОЛНОГО АНАТОМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА

Вследствие позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ) ежегодно в РФ свыше 8000 человек становятся инвалидами. Многоплановость этой патологии способствует большому числу осложнений. Негативное влияние на качество оказания помощи каждому конкретному пациенту с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) и на систему медицинской реабилитации в целом оказывают, на наш взгляд, следующие факторы: недооценивается реальное количество ПСМТ; компенсаторные возможности пациентов с ТБСМ недооцениваются; наблюдается гипердиагностика полного анатомического поражения спинного мозга.

Сведения о количестве больных с ТБСМ противоречивы, что обусловлено стремительным ростом травматизма и удельного веса спинальной травмы. М.О. Фридланд (1940) утверждает, что переломы позвоночника составляют всего 0,44 % от всех травм. О.Г. Коган (1975) констатирует 30-кратный рост, 100-150 ПСМТ на 10 млн. жителей ежегодно. А.В. Лившиц (1990) считает, что ПСМТ составляют 0,7-4 % всех травм; М.М. Косичкин с соавт. (1999) указывает, что в 80-е годы частота осложненных травм позвоночника составляла 6-7 %. Е.Н. Кондаков с соавт. (1989) утверждает, что в Санкт-Петербурге ежегодно 300-320 человек получают осложненные ПСМТ,

что соответствует уровню 600-640 человек на 10 млн. населения и превышает показатели 1975 года в 4-6,4 раз. По сведениям М.М. Косичкина (1999), ежегодно становятся инвалидами более 8000 больных с ТБСМ, что составляет 547 на 10 млн. населения. Естественно, число травмированных намного больше, чем количество получивших инвалидность. Только госпитальная смертность в раннем периоде травмы составляет порядка 16,3 % (М.Г. Дралюк с соавт., 1993), в 1999 г. ПСМТ получили не менее 654 человек на 10 млн. населения, что выше данных О.Г.Когана (1975) в 4,4-6,5 раз.

Таким образом, за 70-летний период наблюдается рост спинального травматизма более чем в 200 раз. Графическое представление сводных данных позволяет прогнозировать уровень 800 и более травмированных на 10 млн. населения в самом ближайшем будущем. Вместе с тем, существующие программы обучения, лечения и реабилитации закрепляют приоритет любой иной патологии, но не спинальной травмы.

Состояние спинного мозга является ключевым, но не единственным моментом, определяющим прогноз при спинальной травме. Возможность восстановления утраченных функций, даже при полном анатомическом поражении спинного мозга, неоднократно доказана (Л.П. Николаев, 1947; К.Г. Ниренбург, 1966; Л.Д. Потехин, 1989).

Однако в оценке реабилитационного потенциала спинальных пациентов преобладает пессимистическая точка зрения, которую Н.В. Богданов определяет как «терапевтический скепсис» (О.Г. Коган, 1975). «Скепсису» способствуют терминологические неточности в отдельных сообщениях: нередко ставится знак равенства между синдромом полного нарушения проводимости и анатомическим перерывом, вследствие чего число пациентов с морфологическим поражением спинного мозга преувеличивается.

По мнению Р.А. Гэлли с соавт. (1995), для обратимых изменений в спинном мозге характерна положительная динамика в остром периоде ТБСМ. С другой стороны, К.Г. Ниренбург (1966) сообщает, что из 74 пациентов с синдромом полного поперечного поражения спинного мозга в остром периоде травмы, в сроки 3-25 лет после травмы, картина полного анатомического перерыва подтвердилась только у 27 чел. (36,5 %); у остальных (47 чел. или 63,5 %) наблюдалось различной степени восстановление ранее нарушенных функций.

Насколько состоятельна оценка тяжести поражения спинного мозга по трофическим и урологическим нарушениям? В.Л. Андрианов с соавт. (1985) считает, что возникновение в первые двое суток пролежней и выраженные изменения мочи характерны для синдрома полного перерыва спинного мозга. А.А. Луцик (1994), напротив, указывает, что в раннем периоде заболевания различные формы повреждения спинного мозга идентичны. И.И. Дерябин и О.С. Насонкин (1987) отмечают, что в остром периоде трудно определить характер повреждения вещества спинного мозга, но «...достоверными и ранними симптомами полного перерыва спинного мозга являются приапизм, плотные (индуративные) отеки, раннее развитие пролежней». Несомненно, что наиболее достоверным способом ранней диагностики тяжелого морфологического поражения спинного мозга является метод ядерно-магнитной резонансной томографии (ЯМРТ). По данным I. Kalfas с соавт. (1988), методом ЯМРТ полный анатомический перерыв диагностирован только в 7 случаях из 62, что составляет 11 %. В то же время, развитие пролежней, в том числе и в раннем посттравматическом периоде, наблюдается, по данным различных авторов, в 37-64 %. Следовательно, вероятность верной диагностики полного анатомического перерыва спинного мозга, по наличию такого дефекта ухода, как пролежень, составляет не более 17-29 %.

По данным нашей клиники, имеет место гипердиагностика полного анатомического поражения спинного мозга даже после ЯМРТ. Из 37 пациентов, поступивших в клинику с подобным диагнозом, у 50 % пострадавших полный анатомический перерыв исключен на основании неврологического осмотра, подтвержден — у 5 пациентов.

А.М. РАЗУМОВСКАЯ, М.И. РАЗУМОВСКИЙ,
Ю.А. КОРОВЯНСКИЙ, Н.С. КРАСИКОВА

Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Доля лиц, утративших трудоспособность вследствие повреждений органа зрения (ПОЗ), в РФ составляет 27,3 % от общего числа впервые признанных инвалидамии вследствие офтальмопатологии, при этом большинство инвалидов (76-80 %) получили травму глаз в мо-

лодом, наиболее трудоспособном возрасте. Среди производственных травм всех локализаций травмы глаз находятся на 5-м месте и составляют 9,5 %.

Удельный вес производственных травм зависит от уровня индустриализации, а характер повреждения связан с преобладающими в данном регионе видами производственной деятельности.

Производственные травмы глаза приводят, как правило, к частой утрате трудоспособности. Удельный вес инвалидов III-й группы в РФ за последние пять лет составляет 96,2-98,1 %, I-й и II-й – 1,9-3,8 %. Среди инвалидов вследствие трудового увечья мужчины составляют 91,3-92,8 %. Преобладают лица молодого, наиболее трудоспособного возраста, 94-97,5 % инвалидов – рабочие. В Санкт-Петербурге основная масса инвалидизирующих травм органа зрения приходится на предприятия машиностроительной промышленности (67,6 %), в остальных территориях Северо-Запада РФ – на предприятия лесной и деревообрабатывающей промышленности (52,1 %).

Основными профессиями риска являются слесари, водители, станочники, а также профессии лесной промышленности. Наибольшую группу среди пострадавших составляют лица со стажем работы в основной профессии и общим производственным стажем 10-20 лет.

Абсолютное большинство травм, приводящих к инвалидности, составляют травматическая катаракта, некорригированная афакия, субатрофия глазного яблока, фиброз стекловидного тела, бельма роговицы, анофтальм.

Большинство инвалидов вследствие ПОЗ (67 %) выполняли средней тяжести физический труд, 21 % были заняты легким трудом, 12 % – тяжелым, в соответствии с «количественной оценкой тяжести труда».

Большинство последствий повреждений органа зрения приводят к тяжелым изменениям зрительной функции травмированного глаза, что в значительной степени ограничивает жизнедеятельность этого контингента инвалидов, приводя к различным видам социальной недостаточности.

М.И. РАЗУМОВСКИЙ, Н.С. КРАСИКОВА, А.М. РАЗУМОВСКАЯ
Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

ДИНАМИКА ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ МИОПИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, АНОМАЛИЙ РЕФРАКЦИИ И АМБЛИОПИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В 1999–2001 ГГ.

Изучение динамики инвалидности является основным аргументом для постановки перед государственными структурами ряда практических задач, направленных на оздоровление и сохранение трудоспособности населения страны.

Проведенный нами анализ показал, что миопическая болезнь, аномалии рефракции и амблиопия в Санкт-Петербурге и Ленинградской области занимают одно из ведущих ранговых, мест как причина инвалидности трудоспособного населения, что определяет социально-экономическую значимость этой проблемы.

В Санкт-Петербурге инвалидность вследствие этих заболеваний занимает 3-е ранговое месте после первичной глаукомы, заболеваний сетчатки и зрительного нерва, составляя 19,4 % в 1999 г., 19,9 % в 2000 г., 17,5 % в 2001 г., среди всего контингента впервые признанных инвалидов. Среди лиц трудоспособного возраста данная патология занимает 2-е ранговое место, составляя 21,3 % в 1999 г., 22,3 % в 2000 г., 18,2 % в 2001 г. Лица пенсионного возраста, впервые признанные инвалидами вследствие миопической болезни, аномалий рефракции и амблиопии, составили 16,2 % в 1999 г., 16,5 % в 2000 г., 16,7 % в 2001 г.

В Ленинградской области 1-е ранговое место среди впервые признанных инвалидами в трудоспособном возрасте занимали больные миопической болезнью. Они составили в 1999 г. – 42,4 %, в 2000 г. – 47 %, в 2001 г. – 34,5 %. Среди всего контингента инвалидов, освидетельствованных первично, больные с этими заболеваниями составляли в 1999 г. – 21,6 %, в 2000 г. – 23,3 %, в 2001 г. – 22,6 %, занимая 3-е место в структуре инвалидизирующих заболеваний.

Таким образом, миопическая болезнь, аномалии рефракции и амблиопия являются наиболее частой причиной инвалидности лиц трудоспособного возраста. Указанные заболевания в большинстве случаев приводят к необходимости определения 3-й группы инвалидности. При данном заболевании большинство больных находятся под наблюдением офтальмолога с детского возраста. Отсутствие проведения своевременных ре-

абилитационных мероприятий влияет на прогрессирование миопии, возникновение амблиопии высокой степени при миопической болезни и других аномалиях рефракции.

В.Б. СМЫЧЕК, А.В. КОПЫТОК
Государственное учреждение Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Серьезной проблемой современного общества является проблема инвалидности, ведь, по данным ЮНЕСКО, инвалидами являются 10 % населения земного шара. В Республике Беларусь данной проблеме также уделяется много внимания, разрабатываются новые реабилитационные технологии, новые методики лечения. Тем не менее, ежегодно «армия инвалидов» в нашей республике возрастает на 55-58 тыс. человек и на 01.01.2003 г. в Республике Беларусь числилось 478004 инвалида. По сравнению с 1991 г., когда на базе НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации начала функционировать информационная система «Инвалидность», численность инвалидов в республике выросла на 130010 человек. Удельный вес инвалидов среди населения республики колебался от 3,6 % в 1991 г. до 4,8 % в 2002 г. Значительно меньший процент, по сравнению с мировыми данными, объясняется спецификой определения инвалидности в странах бывшего СССР. На протяжении 1991-2001 гг. наблюдается неуклонный рост суммарного числа детей-инвалидов. Так, по состоянию на 01.01.2003 г. число детей-инвалидов в Республике Беларусь составляло 30253 человек, что в 2,4 раза больше 1991 г. (12398 чел.).

По данным информационной системы «Инвалидность», уровень первичной инвалидности взрослого населения в анализируемый период колебался от 74,2 на 10 тыс. населения в 1991 г. до 64,85 в 2002 г.

В 2002 г. в нозологической структуре первичного выхода на инвалидность взрослого населения превалировали, как и в прошлые годы, болезни системы кровообращения (26,83 на 10 тыс. населения или 41,38 %); новообразования (13,49 или 20,8 %); болезни нервной системы и органов чувств (6,21 или 9,57 %); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (4,68 или 7,21 %).

Из числа впервые признанных инвалидами среди взрослого населения, половина приходится на лица трудоспособного возраста. Уровень первичной инвалидности у лиц данной категории колебался от 51,4 на 10 тыс. населения в 1991 г. до 44,46 в 2002 г. В нозологической структуре первичного выхода на инвалидность населения трудоспособного возраста, как и среди взрослого населения, лидируют болезни системы кровообращения (12,25 на 10 тыс. населения или 27,55 %), на 2-м месте – новообразования (10,8 или 22,68 %, на 3-м – травмы (4,8 или 10,79 %), на 4-м – болезни нервной системы и органов чувств (4,69 или 10,56 %). В структуре тяжести первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста удельный вес инвалидов I-й группы составляет 8,7 %, II-й – 42,5 %, III-й – 48,8 %.

Уровень первичной детской инвалидности в 2002 г. по Республике Беларусь составил 16,87 на 10 тыс. населения. Среди причин первичной инвалидности в детском возрасте более 70 % занимали четыре класса болезней (первое-четвертое ранговые места): болезни нервной системы и органов чувств (4,28 на 10 тыс. населения или 25,36 %), врожденные аномалии (4,28 или 25,36 %), психические расстройства (2,03 или 12,03 %), новообразования (1,67 или 9,87 %).

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О пенсионном обеспечении», с 1 августа 1999 г. социальные пенсии детям-инвалидам в возрасте до 18 лет назначаются в размерах в зависимости от степени утраты здоровья: I, II, III, IV. Наименее тяжелой является I-я степень утраты здоровья, наиболее тяжелой – IV-я. Результаты освидетельствования детей-инвалидов в эти годы показывают, что в республике остается высокой тяжесть детской инвалидности – удельный вес детей-инвалидов с III-IV-й степенью утраты здоровья колебался от 49,6 % в 1999 г. до 48,2 % в 2002 г.

В последние годы в Республике Беларусь наблюдается положительная динамика в уровне первичной инвалидности, что свидетельствует о большом внимании со стороны государства, которое уделяется укреплению здоровья народа, предотвращению инвалидности, ведению здорового образа жизни, разработке и внедрению новых реабилитационных технологий. В то же время, рост накопленной взрослой и детской инвалидности свидетельствует о необходимости дальнейшего

изучения и анализа показателей первичной и накопленной инвалидности (с учетом половозрастной, социальной и региональной структуры), с целью выявления факторов, влияющих на эти показатели и выработки стратегических подходов по управлению формированием трудопотерь.

Т.Н. ФЕДОРОВА, А.А. ГОЛОВИН, В.Г. ДЕМЧЕНКО
Главное управление социальной защиты населения, Отдел организации медико-социальной экспертизы, Омская Государственная медицинская академия, г. Омск

СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ ЗОНАХ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ И В ГОРОДЕ ОМСКЕ

Проблема инвалидности крайне актуальна, поскольку инвалидность является интегральным показателем, характеризующим здоровье населения, его экономическое и социальное благополучие.

Факторы, приводящие к инвалидности, многообразны. Инвалидность зависит от заболеваемости, демографической ситуации, состояния экологии, уровня социального и экономического развития страны, качества медицинской помощи, климатических особенностей региона и ряда других причин.

Омская область расположена в лесной, лесостепной и таежной зонах Западно-Сибирской равнины. В районах Омской области располагаются предприятия агропромышленного комплекса, преимущественно на юге области в степной зоне, и лесоперерабатывающие предприятия таежной зоны на севере области. Кроме того, на юге Омской области, граничащей с Северным Казахстаном, отмечается высокий процент переселенцев из других городов России и стран ближнего зарубежья, в первую очередь, Казахстана. На севере области проживают, в основном, коренные жители. Эти факторы сказываются на уровне заболеваемости и первичной инвалидности.

Основная часть населения проживает в областном центре. Город Омск – крупный промышленный мегаполис. Здесь расположен крупнейший в России нефтехимический комплекс, предприятия металлургической промышленности и приборостроения. Концентрация промышленных предприятий именно в Омске обусловливает сложную экологическую ситуацию и приводит к развитию многих заболеваний. Уровень первичной инвалидности в области в целом за последние несколько лет остается относительно стабильным. При этом показатели первичного выхода на инвалидность в округах города значительно выше, чем в районах области. Уровень первичной инвалидности в таежной зоне области значительно выше, чем в степной и в целом по Омску (таблица).

Таблица

Число лиц старше 18 лет, впервые признанных инвалидами в различных климатических зонах Омской области и в округах г. Омска в 2001–2002 гг. (абсолютное число и на 10 тыс. взрослого населения)

Зона	2001 г.		2002 г.	
	абс. число	на 10 тыс. взрослого населения	абс. число	на 10 тыс. взрослого населения
Степная	1221	70,2	1048	60,3
Лесостепная	3452	76,5	3598	79,8
Таежная	1163	108,1	1100	102,2
Всего по районам Омской области	6000	84,0	5912	82,7
Кировский округ г. Омска	1821	102,1	1956	109,7
Ленинский округ г. Омска	1568	89,3	1511	86,0
Октябрьский округ г. Омска	1323	97,7	1393	102,9
Советский округ г. Омска	2201	97,2	2354	103,9
Центральный округ г. Омска	2376	121,8	2490	127,7
Всего по городу	9289	102,0	9705	106,5
Всего по области	15294	94,1	15620	96,1

Это связано с большей развитостью инфраструктуры учреждений здравоохранения, социальной защиты, автомобильных и железных дорог в степной и лесостепной зонах области и в городе, а также низкой плотностью населения и удаленностью населенных пунктов от районных центров и Омска в северных районах. Это приводит к затруднению своевременного обследования жителей, проживающих в таежной зоне и, соответственно, увеличению показателей первичной инвалидности. В структуре первичной инвалидности в Омской области 1-е место занимают болезни сердечно-сосудистой системы, 2-е – злокачественные новообразования, 3-е – заболевания костно-мышечной системы. За последние 2 года уровень

первичной инвалидности вследствие заболеваний сердечно-сосудистой системы среди жителей Омска вырос на 43 % и превысил аналогичный показатель по районам области в два раза.

Показатель первичной инвалидности в период 2001-2002 гг., вследствие злокачественных новообразований в области в целом изменился незначительно, по районам области и по округам города он увеличился на 6,4 %. При этом в тех округах города, где более высокая концентрация промышленных предприятий, а также в южных районах области уровень первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований превышает средний показатель по области. Следует отметить, что и в городе, и в районах области при первичном освидетельствовании преобладают лица трудоспособного возраста, которым определяются более тяжелые группы инвалидности (I-я и II-я). Это свидетельствует о тяжести состояния больных, направляемых на медико-социальную экспертизу, и достаточно позднем выявлении заболевания.

В структуре первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в 2002 г. 1-е место занимает рак молочной железы (2,2 на 10 тыс. взрослого населения), 2-е – рак легких (до 2,0 в районах области), 3-е – рак желудка (1,0).

Уровень первичной инвалидности вследствие заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани в целом по области в период 2001-2002 гг. снизился. Более высокие показатели первичной инвалидности вследствие этой группы заболеваний отмечаются в таежных районах области. Это, по-видимому, связано с напряженной социальной и экономической обстановкой в этой части области.

Таким образом, в пределах одного региона отмечаются значительные колебания уровня первичной инвалидности, что обусловлено климатическими факторами, влияющими на здоровье населения и развитие социальной и экономической инфраструктуры региона. Это обстоятельство необходимо учитывать при разработке комплексных программ, направленных на профилактику заболеваемости и первичной инвалидности, а также реабилитацию различных контингентов инвалидов.

В.В. МОИСЕЕВА
Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

СИСТЕМА ИНТЕРНЕТ–КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Далеко немногие регионы сегодня могут позволить себе консультацию по сложным случаям освидетельствования посредством использования традиционных почтовых отправлений, в связи с удаленностью от трех федеральных экспертно-реабилитационных центров, длительностью сроков пересылки дел, что не соответствует срокам освидетельствования.

Понимая актуальность проблемы, и имея средства для ее разрешения, в Санкт-Петербургском научно-практическом центре медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта (Центр) была разработана и создана система Интернет-консультирования (Система) – реализованная на Интернет-сайте http://www.reabin.sp.ru (Сайт), которая позволила предоставить всем регионам, независимо от географического положения, возможность получения квалифицированной консультации у специалистов Федеральных центров, Минтруда России. Следует отметить, что значительно быстрее разрешаются сложные, спорные случаи освидетельствования, уменьшается число судебных дел; повышается качество, уменьшаются сроки освидетельствования инвалидов; информационно обеспечиваются служба медико-социальной экспертизы (МСЭ) и население; проводятся консультации по разным направлениям социальной защиты; накапливается банк данных для изучения и научного анализа и пр. Появляется возможность интерактивной обратной связи со специалистами, составом МСЭ, проводящим консультации, социальными работниками, работниками предприятий и организаций реабилитационной индустрии, инвалидами. Так, за 1,5 года пробной эксплуатации Системы к нам обратилось за консультацией более 100 чел., зарегистрировались 40 чел. и посетили, в общей сложности, около 3000 чел. из России и зарубежья.

Показатели небольшие, но достаточно значимые для дальнейшего развития и внедрения Системы. В дальнейшем планируется разработать специализированное программное обеспечение для службы МСЭ, позволяющее в стандартном виде формализованно описывать освидетельствуемых и отсылать эти данные на квалифицированную консультацию у специалистов Центра, где будет установлено специализированное рабочее место для консультантов, позволяющее раскрыть это описание, проанализировать полученную информацию и отослать ответ на консультацию.

Мы надеемся, что внедрение в практику работы службы МСЭ предлагаемой Системы значительно повысит качество работы с инвалидами, улучшив положение инвалидов в РФ.

В.В. ПУЛИТ
Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

ЗАДАЧИ ЭТАПА ФОРМИРОВАНИЯ ЕДИНОГО ИНФОРМАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ РЕГИОНА

В настоящее время наши представления о значимости информационных ресурсов для задач социального развития и управления близки к реальности. Никто не оспаривает и тот факт, что эффективность принимаемых решений тем выше, чем большее число показателей, характеризующих систему, мы в состоянии учесть, сопоставить и проанализировать. В связи с этим компьютерные базы данных и информационные технологии все чаще становятся реальными катализаторами социальных преобразований.

Практически любой специалист по информационным технологиям без особых усилий способен спроектировать структуру информационного взаимодействия в рамках хорошо описанной проблемной области. Если бы региональные информационные системы проектировались «с нуля», при наличии накопленных нами знаний и опыта, информационное благополучие наступило бы уже через пару лет.

К сожалению, опыт приобретался на основе информационных «экспериментов», проб и ошибок. Накопленный багаж знаний неразрывно связан с

множеством баз данных, принадлежащих различным организациям. В результате, характерными особенностями информационного пространства социальной сферы большинства регионов являются:

1. Отсутствие согласованных представлений о целях, задачах и подходах к информатизации.
2. Наличие множества несопоставимых между собой по структуре, форматам и компьютерным платформам ведомственных баз данных. При этом большинство из них описывают одни и те же объекты.
3. Ориентация информационных систем на решение локальных задач, не предполагающих необходимости взаимодействия с «внешними» информационными объектами.

Совершенно очевидно, что весомых аргументов в пользу перехода на единые информационные продукты не существует. Кроме того, ценность накопленных в электронном виде данных настолько высока, что отказ от их использования во многих случаях уже невозможен. Следовательно, необходимы решения, позволяющие сформировать единое информационное пространство на основе активного использования (но не разрушения!) имеющихся массивов данных.

Наша организация (СП АРМ — Санкт-Петербург) уже много лет занимается этой проблемой. Можно сказать, что технически она уже решена. Мы владеем программными продуктами и технологиями, позволяющими объединять и совместно обрабатывать фрагменты практически любых баз данных. Но на практике оказалось, что основные проблемы связаны не с инструментом, а с организационным, методическим и правовым обеспечением задачи.

Ниже приведен перечень этапов, без реализации которых процесс объединения информационных ресурсов может оказаться затратным или невозможным. Наиболее существенными проблемами являются:

1. Рассмотрение и согласование перечня социальных задач, решение которых требует участия нескольких организаций или ведомств.
2. Проведение в указанных организациях ревизии (паспортизации) имеющихся баз данных.
3. Согласование структуры информационных блоков, обеспечивающих однозначную идентификацию объектов, представляющих интерес для большинства организаций. В большинстве социальных задач таким объектом является человек.
4. Проведение синхронизации имеющихся баз данных (обеспечение совпадения идентификационных блоков, относящихся к одним и тем же объектам).
5. Рассмотрение и согласование составов информационных блоков, обмен которыми повышает качество работы взаимодействующих структур.
6. Анализ имеющихся баз данных, объединение фрагментов которых в виде регистров (реестров, кадастров) позволяет повысить эффективность деятельности органов управления.
7. Согласование и утверждение регламентов обмена данными на региональном уровне.
8. Выбор программного обеспечения, позволяющего реализовать задачу создания и эксплуатации корпоративных (региональных) информационных ресурсов.
9. Использование имеющегося информационного потенциала для формирования основных баз данных социальной сферы региона (Государственный регистр населения, социальный регистр, региональный регистр инвалидов и др.).
10. Приведение законодательной базы региона в соответствие с задачами эффективного использования создаваемых информационных ресурсов (положения об основных информационных системах, закон о государственных информационных ресурсах региона и пр.).

В результате успешного решения перечисленных задач создается прочная основа для создания, развития и эффективного совместного использования информационных ресурсов региона.

В.В. ПУЛИТ

Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕШЕНИИ СОЦИАЛЬНЫХ ЗАДАЧ НА УРОВНЕ РЕГИОНА

При переходе к постиндустриальному обществу все большую роль в развитии территориальных образований начинают играть информационные ресурсы. В определенном смысле, информация становится основным инструментом социальных реформ.

Цель социального развития можно определить как: «Приведение в соответствие ресурсов региона с актуальными потребностями населения». Очевидно, что поставленная задача может быть решена только на основе сопоставления реальных запросов граждан с данными по их удовлетворению.

Еще один блок проблем связан с учетом потенциальных пользователей льготными услугами. Развитие регионального законодательства должно опираться на точные представления о численности, структуре и демографических показателях различных социальных категорий граждан, проживающих на данной территории.

Управление социальными системами невозможно также без учета их текущего состояния и тенденций развития. Наиболее эффективная подготовка проектов управленческих решений обеспечивается на основе анализа данных, полученных в результате мониторинга деятельности соответствующих структур. К сожалению, методика проведения, цели и задачи мониторинга далеко не всегда понимаются одинаково. Для унификации представлений предлагается рассмотреть возможность использования следующего определения: «Под мониторингом понимается процесс периодического «измерения» значений заранее выбранных показателей, позволяющих создавать информационный образ состояния интересующего нас объекта и отслеживать динамику и тенденции его изменений».

Опыт нашей работы однозначно свидетельствует о целесообразности разделения информационных задач, связанных с деятельностью конкретных специалистов, и с вопросами регионального управления. Помимо функциональных особенностей, отличающих информационные системы первого и второго вида, имеются существенные отличия и в их ресурсном обеспечении. Наиболее существенные расхождения связаны с тем, что ведомственные информационные системы, к числу которых относится и система информационной поддержки органов медико-социальной экспертизы (МСЭ), ориентированы, в том числе, на задачи порождения и обработки новых данных. В свою очередь, базы данных, находящиеся в ведении органов административного управления регионов, призваны объединять и анализировать уже имеющиеся сведения, поступающие из других организационных структур.

Кроме того, информационный потенциал организаций развивается путем сбора множества профильных данных, характеризующих состояние относительно небольшого числа граждан. В соответствующие списки, как правило, попадают жители конкретного района или муниципального образования. В отличие от этого, региональные информационные системы призваны накапливать сведения обо всех гражданах, но, естественно, с ограничением числа показателей, связанных с каждым конкретным человеком.

Относительно информационных ресурсов органов МСЭ необходимо подчеркнуть, что только они могут содержать полную и достоверную информацию о лицах, прошедших освидетельствование (переосвидетельствование) и признанных (не признанных) инвалидами. Только данные МСЭ являются основанием для разработки индивидуальных программ реабилитации. Только официальные решения экспертных комиссий фиксируют права инвалидов на те или иные формы льготного обслуживания.

Напрашивается вывод о необходимости использования данных МСЭ при решении задач:

1. Социального развития территорий:
   а) учет потребностей инвалидов в реабилитационных товарах и услугах;
   б) повышение доступности для инвалидов объектов социальной инфраструктуры региона (с учетом места жительства, причин инвалидности, тяжести заболеваний, возрастных групп и т.д.);
   в) прогнозирование необходимых региону ресурсов, с точки зрения задач социальной поддержки указанных групп населения;
   г) профилактика инвалидности и пр.
2. Подготовки статистических и аналитических справок для органов территориального управления.
3. Определения динамики и тенденций изменений в области инвалидности.
4. Информирования органов, предоставляющих льготные услуги населению, о результатах анализа данных по инвалидности, необходимых им для прогнозирования возможных компенсационных затрат на обслуживание граждан, и т.д.

А.В. ШОШМИН, Н.В. МАРТЫНОВА
Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ИНВАЛИДОВ

В рамках федеральной комплексной программы «Социальная поддержка инвалидов на 2000-2005 гг.», СПбНЦЭПР им. Г.А. Альбрехта, при участии фирмы «СП.АРМ», в 1998 г. был реализован и принят Минтрудом России аванпроект Единой федеральной информацион-

но-справочной и аналитической системы учета и реабилитации инвалидов (Система). Разработанный теоретический подход апробирован и одобрен на конгрессах, семинарах, конференциях, в том числе, международных. В 1999 г. разработан технический проект Системы; отработаны и внедрены отдельные элементы. Начиная с 2000 г., ведутся работы по созданию Федерального регистра инвалидов, являющегося частью Системы.

В 2001 г. Минтрудом России были проведены работы по выбору пилотных регионов для отработки широкомасштабного внедрения Системы. В 2002 г. осуществлено внедрение в 4-х пилотных регионах: Ленинградская и Орловская области, Санкт-Петербург, Ямало-Ненецкий АО.

На 1-м этапе пилотного проекта (этап 2002 года) была отработана технология ввода данных в Федеральный регистр. Таким образом, отработаны типовые технология и методика внедрения Федерального регистра, которые могут быть применены в остальных регионах.

На 2-м этапе работ предлагается создать систему региональных регистров инвалидов и организовать сбор данных для Федерального регистра. По нашим оценкам, при соответствующем финансировании, эта работа может быть выполнена за 1,5-2 года.

В результате многолетней работы накоплен уникальный опыт в области автоматизации социальной сферы, проектирования баз данных и корпоративных хранилищ, ориентированных на проблематику инвалидов и инвалидности.

Доклад посвящен разработке Федерального регистра инвалидов, опыту его внедрения и перспективам дальнейшего развития этого направления работ.

А.В. ШОШМИН, Н.В. МАРТЫНОВА

Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО РЕГИСТРА ИНВАЛИДОВ В ПИЛОТНЫХ РЕГИОНАХ

При внедрении Федерального регистра инвалидов (ФРИ) в пилотных регионах разработчики ФРИ столкнулись с рядом проблем, которые, по-видимому, являются типичными. Эти проблемы касаются, в первую очередь, организации и финансирования внедрения ФРИ. Финансовые проблемы отражаются на материально-технической базе и кадровой оснащенности государственной службы МСЭ.

Основной организационной проблемой является отсутствие в регионе официальных ответственных за выполнение возложенной на регион части внедрения ФРИ (подготовка помещений для установки техники и оборудования, закупка техники, эксплуатация ФРИ и т.д.). Это приводит к недостаточно быстрой и полной подготовке региона к установке программного обеспечения ФРИ и к сбоям при его запуске и дальнейшей эксплуатации. Опыт показывает, что компетенции одних программистов недостаточно для решения организационных вопросов. Возникают ошибки, допускаемые при принятии решений во время планирования работ.

Процесс автоматизации службы МСЭ, на котором основано внедрение ФРИ в регионе, также сталкивается с рядом организационных проблем. Успешному внедрению ФРИ в регионах мешает также слабая материальная база службы МСЭ. Не все бюро МСЭ, в которых должен устанавливаться комплекс «ФРИ АС МСЭ», имеют собственные помещения. В связи с этим возникают проблемы с охраной помещений. Имеющиеся помещения чаще всего имеют характеристики (например, площади), не соответствующие санитарным нормам. Кроме того, в помещениях, занимаемых бюро МСЭ, обычно плохая электрическая сеть, плохая телефонная сеть, отсутствует подключение к Internet.

Недостаточное финансирование приводит также к тому, что регион не всегда имеет возможность направить на обучение специалистов соответствующих профилей.

В докладе представлен опыт решения этих и других, возникающих при внедрении ФРИ проблем, а также перечень мероприятий, которые должны быть осуществлены в регионе при проведении внедрения.

А.З. ВИНОГРАДОВ
Комитет социальной защиты администрации,
Новокузнецкий Государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

СОЦИАЛЬНЫЙ ВРЕД – ПРАВОВАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ

Надежное обеспечение прав граждан в сфере социального обслуживания имеет исключительно важное социальное и даже политическое значение. Вместе с тем, проблема правовой квалификации неблагоприятных исходов социального обслуживания остается одной из самых актуальных и, в то же время, наименее разработанных.

Для организаторов социального обслуживания населения различного уровня, практических социальных работников эта проблема решается через разработку стандартов обслуживания, оценки уровня и качества социальной помощи. Однако, эти разделы в области социального обслуживания до сих пор не разработаны и не нашли практического применения. С правовых позиций этот путь не является выходом из множества ситуаций, когда возникает противоречие между оценкой уровня и качества социальной помощи, которая определяется комиссионно, и оценкой, которая дается самим клиентом или его близкими. И действительно, по нашему глубокому убеждению, только клиент может и способен окончательно оценить качество социальной помощи. Он, согласно целому ряду статей Конституции, вправе требовать не какого-то и кем-то определенного, а самого высокого уровня качества социальной помощи, а, главное, при неблагоприятных исходах получать возмещение своих нарушенных материальных и нематериальных благ, к коим, прежде всего, относятся жизнь, здоровье и качество жизни.

Подтверждением вышесказанного является то, что за последние годы интенсивно растет востребованность ныне действующими отраслями права юридических последствий неблагоприятных исходов, возникающих в сфере социального обслуживания населения.

В настоящее время, в случае возникновения неблагоприятных исходов при оказании социальных услуг, клиенту или его близким недостаточно только того, что социальному работнику вынесено, допустим, дисциплинарное взыскание или его поведение разобрано в коллективе. Клиент требует правовой оценки неблагоприятного исхода, наступившего при оказании ему социальной услуги, с привлечением социального работника к гражданско-правовой и даже уголовной ответственности. Иски о возмещении материального ущерба и морального вреда при неблагоприятных исходах социальной деятельности начинают иметь место, прежде всего, в практике гражданского судопроизводства.

Крайне важной и нерешенной проблемой является неопределенность правового понятия социальной услуги. Более того, применение норм гражданского права может быть ущербным из-за нарушения ряда принципов гражданского права (свободы договора и свободного волеизъявления сторон). И главное, что это относится к большей части социальной помощи, оказываемой в государственных и муниципальных учреждениях социальной защиты, где понятие услуги вообще не определено.

Действующее законодательство выделяет следующие условия наступления деликтной ответственности (ст. 1064 ГК РФ): противоправность деяния причинителя вреда; наличие вреда; причинно-следственная связь между противоправным поведением причинителя вреда и наступившим вредом; вина причинителя вреда.

Для правильной оценки социального обслуживания, необходимо дать основные определения, касающиеся этой сферы услуг.

Социальное вмешательство – любое профессиональное вмешательство (от совета клиенту до оказания конкретной услуги), направленное на повышение качества жизни клиента.

Социальный вред – любой неблагоприятный исход в виде ущемления материальных или нематериальных благ, наступивший в результате профессионального социального вмешательства.

Социальная противоправность – профессиональное деяние в сфере социального обслуживания населения, противоречащее установленным нормам, правилам и стандартам социальной работы.

Вина социального работника – психическое отношение работника в сфере социального обслуживания населения к своему противоправному деянию.

Причинная связь в сфере социального обслуживания – объективно существующая связь между социальной противоправностью и наступившим социальным вредом. При этом деяние предшествует во времени последствиям и, являясь главным условием, создает реальную возможность его наступления, а наступивший вред с неизбежностью вытекает из этого деяния.

Социальный деликт – причинение социального вреда клиенту в результате противоправного и виновного деяния, имеющее прямую причинную связь между противоправностью и наступившим вредом.

Наибольшую трудность представляет квалификация социального вреда. Нами это понятие определяется не в широком смысле — общественный вред, а применительно к индивидуальной услуге, оказываемой клиенту учреждениями государственной, муниципальной или частной формы собственности, работающей в сфере социальной защиты населения. По нашему мнению, сущность социального вреда заключается в ущемлении имущественных и неимущественных благ клиента социального обслуживания, положенных ему по закону или специальному правилу.

В связи со сложившейся структурой оказания социальной помощи в России и регионах, нами социальный вред подразделяется на несколько видов:

- ущемление материальных благ, положенных клиенту на основании федеральных, региональных законов или подзаконных актов, в виде задержки или невыплаты пособий, субсидий или материальной помощи;
- причинение вреда, как нежелательного последствия оказания социальной помощи, в т.ч. в виде вреда здоровью и другим нематериальным благам.

И в первом, и во втором случае причиненный вред должен быть реален, а его возмещение возможно при наличии всех остальных условий наступления деликтной ответственности в виде противоправности, причинной связи и вины причинителя вреда.

А.Г. ЗОЛОЕВ
Прокуратура Новоильинского района, г. Новокузнецк

ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ КАК ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВАЯ ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ

Прошедшие в последнее десятилетие управленческие, экономические и правовые реформы диктуют необходимость преобразования существовавших ранее профессиональных объединений медицинских и социальных работников (общество хирургов, терапевтов и другие) в различные союзы и ассоциации с правами юридического лица.

В современном гражданском законодательстве предусмотрено большое количество организационно-правовых форм, преследующих как коммерческие, так и некоммерческие цели. Каждая организационно-правовая форма имеет совокупность прав и обязанностей для осуществления определенных видов деятельности. Таким образом, для объединения интересов необходимо установить, какие цели преследует данное объединение, какие права необходимы для осуществления поставленных задач, и какая необходима форма ответственности вновь созданного объединения.

Первичной формой профессионального объединения медицинских и социальных работников является общественная организация. Это один из видов общественного объединения. По определению Федерального Закона «Об общественных объединениях», — это основанное на членстве общественное объединение, созданное на основе совместной деятельности для защиты общих интересов и достижения уставных целей объединившихся граждан. Членами общественной организации, в соответствии с ее уставом, могут быть физические и юридические лица.

Общественные организации являются некоммерческими организациями. Они вправе осуществлять предпринимательскую деятельность для достижения целей, ради которых они созданы, и соответствующую этим целям. Практика показывает, что при создании общественной организации в устав вносится как можно больше некоммерческих целей и задач, независимо от того, будут они осуществляться в дальнейшем или нет.

Обширный перечень некоммерческих целей и задач в уставе общественной организации дает возможность внести в устав такой же обширный перечень видов коммерческой деятельности для осуществления уставных целей. Последнее позволяет получить дополнительный доход для осуществления основной деятельности.

Высшим руководящим органом общественной организации является съезд (конференция) или общее собрание. Постоянно действующим руководящим органом общественной организации является выборный коллегиальный орган, подотчетный съезду (конференции) или общему собранию. Такое управление организацией является самым оптимальным, так как инициаторами создания объединения специалистов являются люди с заслуженным профессиональным авторитетом и, зачастую, руководители лечебно-профилактических учреждений и других медицинских организаций, которые могут не при-

нять единоличное руководство над собой. Очень важно, что участники общественной организации не отвечают по обязательствам организации, а организации не отвечают по обязательствам своих членов.

Формирование объединений с правами юридического лица расширяет возможности профессиональных объединений медицинских и социальных работников как субъектов общественной и хозяйственной деятельности.

А.Я. КЛИМЕНКО, А.Г. ЗОЛОЕВ
Прокуратура Новоильинского района, г. Новокузнецк

НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Новокузнецк является одним из наиболее загрязненных городов России. Здесь сконцентрированы предприятия металлургической, угольной, машиностроительной и других отраслей промышленности, что, несомненно, значительно ухудшает экологическую обстановку в городе. Показатели заболеваемости, смертности, инвалидизации в Новокузнецке одни из самых неблагополучных по стране. Важное влияние экологических факторов на эти показатели общеизвестно, в связи с чем проблема соблюдения «экологической дисциплины», в том числе ее правовые и организационные аспекты, имеют большое социальное значение.

Федеральный Закон «Об экологической экспертизе» определяет понятие государственной и общественной экологической экспертизы, ее объекты, полномочия государственных органов и органов Субъектов Федерации, ответственность за нарушение закона. Экологическая экспертиза — это установление соответствия намечаемой хозяйственной и иной деятельности нормам и правилам в области охраны экологии для предупреждения вредного воздействия на окружающую природную среду при реализации данной деятельности. Государственной экологической экспертизе подлежат все предплановые, предпроектные и проектные материалы по объектам и мероприятиям, намечаемым к реализации на территории РФ и способных оказать негативное влияние на окружающую природную среду, а также экологическое обоснование лицензий и сертификатов. Государственная экологическая экспертиза проводится, исходя из презумпции отрицательного воздействия на окружающую природную среду намечаемой хозяйственной и иной деятельности.

В Федеральном Законе «Об охране окружающей среды» определены понятия, оценка воздействия на окружающую природную среду, экологический мониторинг, вред окружающей природной среде, экологический аудит и прочее. Во исполнение данных законов издано немало постановлений Правительства, приказов министерств и комитетов.

Однако, как показывает практика, существующие законы и подзаконные акты труднопримени-мы к организациям, чья деятельность оказывает негативное влияние на окружающую природную среду. Так, в ходе проведения прокуратурой Новоильинского района г. Новокузнецка проверки исполнения законодательства об экологической экспертизе, из 9-ти выбранных организаций, чья деятельность является объектом Государственной экологической экспертизы, только у двух существуют заключения Государственной экологической экспертизы. У двух имеется отчет по экологическому аудиту, составленный негосударственной организацией. Остальные пять организаций не имеют документации о проведении экологической экспертизы, либо оценки воздействия на окружающую природную среду.

Такая ситуация сложилась в связи с тем, что семь из девяти организаций осуществляют свою деятельность до вступления в силу Федерального Закона об экологической экспертизе. Две организации из этих семи имеют отчеты об экологическом аудите, составленные негосударственной организацией, и соблюдение экспертируемой организацией требований, содержащихся в отчетах, реально не контролируется.

При проведении координационного совещания прокуратуры и комитета по охране природы и природопользованию администрации г. Новокузнецка представители прокуратуры ссылались на методические рекомендации Генерального прокурора о проведении проверок исполнения законодательства о государственной экологической экспертизе, где указано, что при отсутствии у организации заключения Государственной экологической экспертизы необходимо требовать документы о проведении экологического аудита на основании закона об окружающей природной среде, где дается понятие экологического аудита. В свою очередь, представители комитета по окружающей природе ссылались на отсутствие полномочий по проведению экологического аудита и подготовки документов для комитета по охране окружающей среды Субъекта Федерации по проведению экологического аудита.

Данную проблему следует решать на Федеральном уровне. Необходимо подготовить положение об экологическом аудите, разработать стандартизованные критерии для проведения экологического аудита, разъяснения по применению нормативных источников, возложения полномочий по проведению экологического аудита на органы государственной власти и органы местного самоуправления в области охраны природы.

В.И. РАДУТО
Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

О ПОДХОДАХ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ КОМПЕТЕНЦИИ ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» не содержит отдельных структурных частей, содержащих нормы, регламентирующие компетенцию органов местного самоуправления в области социальной защиты инвалидов, в том числе, в области реабилитации. Однако включение в структуру Государственной службы реабилитации инвалидов органов местного самоуправления, а также муниципальных реабилитационных учреждений (выделение муниципального звена) обусловливает необходимость определения компетенции органов местного самоуправления в области реабилитации инвалидов.

Определение компетенции органов местного самоуправления может осуществляться при помощи различных подходов. Отношение к определению детерминировано в данном случае привязкой к общественным отношениям, при регулировании которых объективируется правовой статус органов местного самоуправления в области реабилитации инвалидов. Он устанавливается нормами:

- государственного и муниципального права (общий правовой статус);
- отраслей права, регулирующих отношения в области здравоохранения, образования, труда и занятости, социального обслуживания и т.д. — отношения смежные с отношениями по реабилитации инвалидов (отраслевой правовой статус);
- регулирования отношений по реабилитации инвалидов (специальный правовой статус).

Определение компетенции может осуществляться комбинированно (использование всех структурных элементов правового статуса), а также с привязкой к одному или двум элементам. Последний вариант представляется менее продуктивным, так как таит в себе гипотетическую возможность упущения того или иного вида полномочий.

Применение комбинированного способа определения компетенции позволяет более полно установить круг полномочий и, как следствие, осуществить наполнение правового статуса органов местного самоуправления в области реабилитации инвалидов более качественным содержанием. При использовании комбинированного способа следует анализировать полномочия органов местного самоуправления в следующем порядке:

1. Конституционные полномочия.
2. Полномочия, закрепленные нормами муниципального права.
3. Полномочия, закрепленные смежными отраслями права.
4. Полномочия, закрепленные нормами, регламентирующими деятельность органов местного самоуправления в области реабилитации инвалидов.

При анализе полномочий органов местного самоуправления в различных областях общественных отношений, а также при определении компетенции последних в области реабилитации инвалидов надлежит руководствоваться принципами системности и неразрывности вышеуказанных полномочий.

Так как правовые статусы государственных и муниципальных образований по предметам своей компетенции практически не отличаются друг от друга, основой для определения полномочий органов местного самоуправления в области реабилитации инвалидов могут стать положения статей 4 и 5 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Г.Н. БУРОВ
Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

МЕХАНИЧЕСКИЕ ПРОТЕЗЫ РУК. ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Жизненные условия в России, по сравнению с другими европейскими странами, имеют много особенностей. Они ставят определенные ограничения в использовании различных технических средств для инвалидов. Например, в России широко распространены механические протезы рук, так как они не боятся сильных морозов и, главным образом, не нуждаются во внешних источниках энергии. Как правило, это тяговые протезы, конструкция которых не претерпела существенных изменений с 19-го столетия и использует те же методы управления. Однако потребность в более эффективных технических средствах на общем фоне технического прогресса постоянно растет.

Исследования контингента инвалидов в России показывают, что число ампутированных с культями предплечья составляет почти 40 % от общего числа безруких. Именно для этой многочисленной группы инвалидов была предпринята попытка создания новых механических протезов рук. В процессе поиска было обращено внимание на неиспользуемую при современном протезировании подвижность культи предплечья. В результате была разработана конструкция бестягового протеза руки. Новое устройство было сформировано в виде двух отдельных модулей. Они представляют собой быстросменную искусственную механическую кисть и двухфункциональный механический привод. Данные модули реализуют по очереди движение пальцев кисти и подвижность пронации-супинации кисти.

Достигнутые технические показатели нового устройства оказались не хуже, чем у известных протезов рук. В то же время, новое устройство предоставляет инвалидам новые возможности, и наиболее важным из них является непрерывное управление каждой из двух степеней подвижности подобно естественной конечности. Данным устройством реализуется принцип управления с обратной связью, что, фактически, делает его «очувствленным». Инвалид может выполнять точные движения и лучше ориентироваться в двигательной ситуации. Новое устройство постоянно готово к работе и не нуждается во внешнем источнике энергии, позволяя инвалиду быть вполне автономным и независимым в своих действиях. Работа продолжается. Имеется перспектива использования новых принципов построения и при других уровнях ампутации рук.

ГЕРАСИМОВА Г.В.
Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ХОДЬБЕ НА ПРОТЕЗАХ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Наиболее частыми причинами нетравматических ампутаций нижних конечностей являются нейрососудистые осложнения сахарного диабета (СД). Эффективность протезирования больных СД во многом зависит от наличия лимитирующих двигательную активность факторов.

По результатам наших исследований, проведенных на базе клиники Центра в 1999-2003 гг., у первично протезируемых пациентов в возрасте 30-69 лет выявлены значительные морфо-функциональные нарушения органов и систем, ограничивающие режим пользования искусственными конечностями. В связи с этим, методика обучения ходьбе на протезах больных СД имеет некоторые особенности. Эти особенности отражаются в длительности этапов обучения и их содержании.

1-й этап – адаптация к протезу, освоение навыков его одевания, приемов вставания в 2-3 раза по срокам превышает таковой у инвалидов без СД, что связано с нарушениями ЦНС и явлениями полинейропатии конечностей.

2-й этап – выработка устойчивости и координации движений на протезах и освоение элементов шага требует более длительных мероприятий, специальных занятий ЛФК, что связано с имеющимися нарушениями со сторо-

ны сенсорных систем, особенно суставно-мышечного чувства и проприорецепции на ампутированной и сохранной конечностях. В комплексы ЛФК вводятся упражнения, обучающие пациента переносить вес тела при стоянии на различные участки стопы сохраненной конечности и удержанию равновесия в этих положениях. Это является мерой профилактики возникновения трофических язв подошвенной поверхности, при наличии на ней зон повышенного плантарного давления, определяемых биомеханическими методами.

3-й этап – обучение ходьбе характеризуется высоким физическим и психоэмоциональным напряжением и может вызвать реакцию со стороны сердечно-сосудистой системы и колебания гликемии. Это требует тщательного регламентирования нагрузок на протезах, разработки для каждого пациента индивидуального двигательного режима.

Учитывая особенности больных СД в аспекте протезирования при обучении ходьбе на протезах, методика дает возможность оптимизировать двигательную активность и значительно повысить качество жизни больных СД.

А.М. ЖАМКОЧЯН, В.А. БОЛЬШАКОВ

Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

НАСАДКИ К РАБОЧИМ ПРОТЕЗАМ – ВАЖНОЕ ДОПОЛНЕНИЕ К СРЕДСТВАМ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Главной задачей государственных и частных структур в России, занимающихся вопросами реабилитации инвалидов с ампутационными и врожденными дефектами верхних конечностей, является создание оптимальных возможностей для самообслуживания инвалидов, обеспечение доступности для этой категории различных объектов окружающей среды.

Одним из способов решения данной задачи является создание вспомогательных технических средств, являющихся важным дополнением к средствам протезирования. В 2002 г. в России изготовлено 8500 протезов рук. Среди причин ампутации рук доминируют обморожения, производственные травмы, врожденные пороки развития и повреждения, полученные в зоне боевых операций.

Проведенные исследования установили, что 50-90 % безруких инвалидов регулярно пользуются рабочими протезами с различными насадками, в зависимости от региона проживания. В городах России наиболее популярны такие насадки как крюк, функциональный захват, комплект различных инструментов, комплект гаечных ключей, устройство управления транспортным средством и др. В провинции наиболее востребованы насадки, позволяющие использовать инструменты, необходимые для выполнения плотницких и слесарных работ, а также для работы с садовым инвентарем.

Результат исследования послужил основанием для разработки новых и модернизации уже имеющихся технических средств, позволяющих инвалиду самостоятельно выполнять различные рабочие акты. Некоторые из насадок, пользующиеся наибольшей популярностью, могут представлять интерес для специалистов.

Создание новых видов подобных устройств является существенным элементом комплексной реабилитации, так как, несмотря на значительные экономические преобразования, происходящие в России, уровень жизни подавляющего числа инвалидов остается низким. Наличие протезов с рабочими насадками позволяет инвалиду вернуться к труду и, таким образом, улучшить качество жизни.

С.Г. КОРОЛЕВ

ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ЛИМИТИРУЮЩИХ ПРОЦЕСС ПЕРВИЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Важное место в системе мероприятий по медицинской реабилитации инвалидов с утратой конечностей занимает первичное протезирование.

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезней 725 инвалидов, поступивших на первичное протезирование в клинику Центра в 1999-2002 гг. Среди общего числа паци-

ентов, 53,7 % (389 чел.) составили инвалиды с постампутационными дефектами конечностей (ПАДК) вследствие облитерирующих заболеваний артерий конечностей и диабетической ангиопатии (1-я группа); 44,4 % (322 чел.) – вследствие травм (2-я группа). Помимо больных, вошедших в эти группы, было госпитализировано четырнадцать инвалидов (1,9 %) с ПАДК вследствие другой патологии (онкологические заболевания, синяя флегмазия и др.). В настоящей работе проведен анализ 1-й и 2-й групп, включающих основной контингент инвалидов с постампутационными дефектами конечностей.

Средний возраст инвалидов 1-й группы составил 62,8 года, 2-й – 36,4 года. В обеих группах мужчины составили большинство (в 1-й группе – 76,6 %, во 2-й – 88,4 %).

У инвалидов 1-й группы превалировали тяжелые анатомические дефекты. Односторонние ПАД бедра имели место в 51,9 % случаев, различные сочетания двух культей конечностей – в 6,5 %. Односторонние ПАД голени наблюдались в 41,6 % случаев. Среди пациентов 2-й группы значительно чаще имели место односторонние ПАД голени (45,9 %), чаще встречались сочетания культей двух или более конечностей (21,7 %). Односторонние ПАД бедра отмечались в 32,4 % случаев.

Контингент 1-й группы характеризуется высокой распространенностью сопутствующей патологии. Чаще всего отмечалась ишемия сохраненной конечности. Только у 8,7 % больных не было выявлено клинических признаков артериальной недостаточности. В 52,6 % случаев имелась ишемия II-й степени. Тяжелая ишемия III-IV-й степени на культе конечности верифицирована у 22,9 % пациентов с ПАД голени и у 19 % больных с культей бедра, на сохраненной конечности – у 38,7 % пациентов.

Значительный вклад в число случаев сопутствующей патологии вносит артериальная гипертензия, которая отмечалась у 58,5 % всех пациентов данной группы. У 19,9 % больных имела место ишемическая болезнь сердца, в 5,3 % случаев – последствия нарушения мозгового кровообращения. Различная другая сопутствующая патология встречалась у 87,4 % больных.

Контрактуры крупных суставов (тазобедренного, коленного), в том числе и достаточно тяжелые (более 20^0), выявлены у 146 больных (37,6 %).

Отдельного рассмотрения требуют данные о частоте пороков и болезней культи конечности. Трофические язвы и некрозы в области торца культи, практически во всех случаях (14 %) были обусловлены ишемией. У 10,1 % больных имел место фантомно-болевой синдром, у 3,6 % – культевые венозные тромбозы. Невромы, деформирующие рубцы, неправильно обработанные опилы большеберцовой кости, булавовидность культи встречались реже.

Случаи сопутствующей патологии у инвалидов 2-й группы наблюдались значительно реже. Артериальная гипертензия наблюдалась у 12,4 % больных, ишемическая болезнь сердца – у 4,9 %, последствий нарушения мозгового кровообращения не отмечалось. Другая сопутствующая патология отмечалась в 62,4 %.

Сложность протезирования инвалидов 2-й группы в большей мере определялась наличием пороков и болезней культи. Наиболее часто имели место контрактуры крупных суставов (33,1 %). Реже отмечалось наличие трофических язв (24,9 %), остеомиелита и лигатурных свищей культи (5,4 %), однако в этих случаях требовалось больше времени для подготовки культи к протезированию. Фантомно-болевой синдром имел место в 9,5 % случаев, болезненные невромы культи – в 6,1 %. Немаловажное значение имеет наличие обширных деформирующих рубцов. У инвалидов 2-й группы они встречались в 7,4 % случаев, что также требовало более тщательной подготовки культи и подгонки приемной гильзы протеза. Чаще встречались последствия погрешностей в обработке опилов костей (4,8 %) и булавовидность культи (5,4 %).

Таким образом, основными факторами, лимитирующими процесс протезирования у контингента инвалидов 1-й группы, являются ишемия сохраненной конечности и культи, сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы, контрактуры крупных суставов; у инвалидов 2-й группы – пороки и болезни культи.

Проведенный анализ контингента инвалидов с постампутационными дефектами конечностей и факторов, лимитирующих протезирование, позволяет более точно определить потребность в протезно-ортопедических изделиях и объем лечебных мероприятий, направленных на устранение лимитирующих факторов. В частности, для инвалидов 1-й группы на первый план выступает необходимость проведения интенсивных хирургических и консервативных мероприятий, направленных на купирование ишемии культи и сохраненной конечности; для инвалидов 2-й группы – направленных на устранение пороков и болезней культи.

С.Г. КОРОЛЕВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РАЗРАБОТКИ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С ПОСТАМПУТАЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

В условиях продолжающегося формирования в субъектах РФ сети государственной службы реабилитации, возникла необходимость создания стандартов, регламентирующих виды деятельности и основные производственные показатели работы стационаров, занимающихся первичным протезированием.

В литературе неоднократно описывались общие принципы организации первичного протезирования, показания и противопоказания к протезированию. Однако четкой схемы, позволяющей обеспечить оптимальную медицинскую реабилитацию инвалидов с утратой конечностей, до настоящего времени не сформировано. Кроме того, не брались в расчет материально-технические и кадровые возможности стационаров разного уровня, отсутствие системного подхода, последовательности и преемственности в организации и проведении реабилитации на этапе первичного протезирования.

Как отмечалось в литературе [6, 7], первичное протезирование должно проводиться только в условиях стационара. Использование лечебно-тренировочных или первично-постоянных протезов – важный этап для выработки навыков пользования искусственной конечностью, включающий процесс формирования культи, профилактики и лечения контрактур. Поскольку немалую часть инвалидов с ампутацией конечности составляют больные облитерирующими заболеваниями артерий и сахарным диабетом, а это, в основном, люди старшего возраста, необходимо уделять внимание наличию или отсутствию сопутствующей патологии, которая на этапе первичного протезирования также требует медикаментозной коррекции.

В результате погрешностей в технике ампутации, неверного выбора ее уровня, неправильного послеоперационного ведения, собственно хирургического вмешательства, раневой инфекции, могут сформироваться пороки и болезни культи. По классификации В.Г. Санина и Н.Г. Никоненко (1976), их насчитывается более тридцати и все они требуют лечения.

Исходя из выше сказанного, стандартизация первичного протезирования, с учетом необходимости его медицинского обеспечения, в настоящее время является важной задачей.

Основным принципом формирования стандартов является формулирование четких, понятных целей и задач, решаемых на каждом из этапов. Однако в нашей стране при разработке и пересмотре стандартов, в основном, ориентируются на мнение экспертов, а не на статистический анализ реальных данных о случаях госпитализации больных и структуре услуг в учреждениях [4].

Между тем, рост числа инвалидов продолжается. В настоящее время в мире насчитывается около 450 млн. инвалидов [1]. В РФ частота общей инвалидности вследствие травм составляет 835 на 100 тыс. населения. При этом инвалиды с повреждением опорно-двигательного аппарата составляют наибольшую долю (52,4 %), а инвалиды с постампутационными дефектами нижних конечностей – 18,1 % [2]. Наряду с этим, в последние десятилетия в большинстве экономически развитых стран мира отмечается рост патологии сердечно-сосудистой системы, на которую приходится более 30 % инвалидности. Это не могло не отразиться на структуре контингента инвалидов с постампутационными дефектами конечностей. По данным российских авторов, в 1983 г. сосудистая патология была причиной ампутаций у 35 % больных [8]. В Санкт-Петербурге с 1970 по 1984 гг. сосудистая патология составляла 76-80 % [5], в Новокузнецке – около 50 % [3].

Таким образом, группы инвалидов, поступающие на первичное протезирование, разнородны и нуждаются в разных подходах при проведении реабилитации. Следовательно, формирование стандартов медицинского обеспечения первичного протезирования позволит усовершенствовать организацию, повысить эффективность и оптимизировать сроки проведения первичного протезирования.

Между тем, объем оказания помощи и рекомендуемые стандарты будут существенно различаться для крупных клиник НИИ и стационаров протезно-ортопедических предприятий. Поэтому, в ходе выполнявшихся в нашем Центре научно-исследовательских работ, мы сочли целесообразным выделить категорию «А» и категорию «Б» стационаров протезирования, в зависимости от возможностей коечного фонда, материально-технической базы и кадрового состава.

В категорию «А» были отнесены клиники крупных научно-практических центров медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Минтруда РФ. В категорию «Б» были отнесены стационары протезно-ортопедических предприятий.

Кроме того, для правильного определения требований к стандартам оказания протезно-ортопедической помощи инвалидам с ПАД в стационарах разной категории, было необходимо разработать классификатор совокупности факторов, определяющих сложность протезирования и видов оказания помощи на этапах протезирования, что и было сделано в ходе выполнения научно-исследовательской работы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Виноградов, В.И. Состояние центрального кровообращения у первично протезируемых инвалидов с культями нижних конечностей /В.И. Виноградов, И.В. Калинина, П.А. Рыльников, Г.И. Котощук //Протезирование и протезостроение: Сб. трудов. – М., 1986. – Вып. 74. – С. 35-42.
2. Иващенко, Е.Н. Социально-гигиенические аспекты инвалидности вследствие травм различных локализаций и потребность инвалидов в медико-социальной помощи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук /Е.Н. Иващенко. – М., 1994. – 20 с.
3. Кисс, В.Г. Протезирование больных с ампутационными дефектами конечностей по поводу сосудистых заболеваний /В.Г. Кисс //Комплексная реабилитация инвалидов с последствиями травм опорно-двигательного аппарата: Тез. конф. – Новокузнецк, 1989. – С. 118-121.
4. О стандартах медицинской помощи хирургическим больным в клиническом стационаре /А.Г. Еропкина, Е.Н. Тимин, А.И. Курочкина и др. //Хирургия. – 2000. – № 11. – С. 44-46.
5. Результаты ампутаций и протезирования при облитерирующих заболеваниях нижних конечностей /А.В. Рожков, Г.И. Татеосов, А.И. Новоселова и др. //Протезирование и протезостроение: Сб. трудов. – М., 1986. – Вып. 76. – С. 6-11.
6. Руководство по протезированию /Под ред. Кондрашина Н.И. – М., 1988. – 544 с.
7. Руководство по протезированию и ортезированию /Под ред. Кейер А.Н. и Рожкова А.В. – СПб., 1999. – 624 с.
8. Худоногова, Г.А. Организация первичного протезирования больных после ампутации конечностей по поводу сосудистых заболеваний /Г.А. Худоногова, Г.В. Дугина, К.Е. Овчинникова //Протезирование и протезостроение: Сб. трудов. – М., 1985. – Вып. 71. – С. 5-13.

М.М. МАЛАШЕНКО, Т.Н. ДЕДИКОВА

ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ЗНАЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА В МЕХАНИЗМАХ НАРУШЕНИЯ СТАТО-ДИНАМИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ЛИЦ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Церебральный инсульт оказывает сложное и многостороннее действие на состояние многих функциональных систем организма, в частности, обусловливает явления дефицитарности в двигательной сфере [2].

Цель настоящего исследования – изучить влияние последствий церебрального инсульта в виде спастико-паретического гемисиндрома на восстановление стато-динамической функции у лиц после ампутации нижней конечности в процессе протезирования.

Обследовано 76 пациентов в отдаленном периоде церебрального инсульта, поступивших в клинику ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с целью протезирования нижней конечности. Возраст больных составил 53-67 лет. Следует отметить, что грубо выраженных парезов конечностей не было, к моменту поступления на первичное протезирование 40,7 % пациентов могли самостоятельно передвигаться с опорой на костыли. Преобладал контингент лиц с постампутационным дефектом (ПАД) на уровне бедра – 55,3 %. Контрольную группу составили 15 пациентов с ПАД нижней конечности в возрасте 55-65 лет, без церебральных неврологических расстройств.

Из 34 больных с культей голени, 19 человек (55,9 %) имели ПАД на стороне контрлатеральной постинсультному двигательному дефекту, 15 человек (44,1 %) – на ипсилатеральной. Среди 42-х человек с ПАД бедра у 23-х (54,8 %) явления гемипареза были локализованы на стороне контрлатеральной ПАД, у 19 (45,2 %) – гомолатерально.

На этапе обучения навыкам ходьбы на протезе больным проводилось стабилометрическое исследование. У лиц с постинсультным двигательным дефектом на стороне культи конечности имелось смещение проекции общего центра масс (ОЦМ) в сторону сохраненной конечности, значительное увеличение, в сравнении с контролем, амплитуды девиаций во фронтальной (19,6 ± 3,1 мм) и сагиттальной (33,1 ± 21,4 мм) плоскос-

тях, длины (931,7 ± 21,4 мм) и площади (1081,9 ± 21,4 мм^2) девиаций ($p < 0,01$), что свидетельствует о нарушении опороспособности культи паретичной конечности и вызывает необходимость использования в процессе локомоции дополнительных средств опоры.

Не вызывает сомнений факт, что в реорганизации навыков ходьбы у лиц с ПАД нижней конечности имеет значение уровень ее усечения [3, 4]. В данном случае после протезирования конечности пациенты с культей голени могли самостоятельно передвигаться на короткие расстояния с опорой на трость либо костыли, что положительно отражалось на уровне их социально-бытовой реадаптации.

Инвалиды с культей бедра в большинстве случаев использовали протез с целью замещения косметического дефекта, либо для поддержания вертикальной статики с дополнительной опорой на костыли. Изменение тонуса и силы мышц культи паретичной конечности нарушают ее опороспособность, что негативно влияет на восстановление локомоции.

Анализ результатов стабилометрического исследования у лиц с гемипарезом, локализованном контрлатерально культи конечности, позволил выявить отклонение проекции ОЦМ в сторону протезированной конечности, а также умеренное увеличение амплитуды девиаций во фронтальной (13,4 ± 3,9 мм) и сагиттальной (24,1 ± 3,4 мм) плоскостях, длины (687,1 ± 21,4 мм) и площади (877,9 ± 36,5 мм^2) девиаций ($p > 0,05$), что свидетельствует об удовлетворительной опороспособности культи. Вполне очевидно, что все эти пациенты освоили ходьбу на протезе с опорой на трость либо один костыль, так как неврологические нарушения в виде центрального гемипареза уже сами по себе нарушают адекватный процесс локомоции [1].

Таким образом, механизм нарушения статодинамической функции у лиц с ПАД нижней конечности при наличии неврологического двигательного дефекта в виде спастико-паретического гемисиндрома определяет нарушение опороспособности культи паретической конечности. Эффективность протезирования у данной категории больных зависит от характера тяжести ПАД нижней конечности, выраженности постинсультных расстройств, а также латерализации гемипареза по отношению к культе конечности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Балунов, О.А. Динамика очаговых неврологических нарушений у больных, перенесших инсульт /О.А. Балунов, Я.Н. Кушниренко //Ж-л невр. и псих. – 2001. – № 5. – С. 4-8.
2. Коган, О.Г. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии /О.Г. Коган, В.Л. Найдин. – М., 1988. – 303 с.
3. Руководство по протезированию /Под ред. В.Н. Кейер, А.В. Рожкова. – СПб, 1999. – 624 с.
4. Whinne, D.L Rehabilitation onttcomme 5 years after 100 lower limb amputations /D.L.Whinne, A.C. Corelor, J. Collin //Br. J. Surg. – 1994. – V. 81. – P. 1596-1599.

М.М. МАЛАШЕНКО

ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ФАКТОРЫ, ЛИМИТИРУЮЩИЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЛОКОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ В ПРОЦЕССЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ С СОЧЕТАННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И ГОЛОВНОГО МОЗГА

Различные травмы и их последствия являются одной из основных причин ампутации конечности, а также сочетанных повреждений опорно-двигательного аппарата и головного мозга [1]. Принимая во внимание, что после черепно-мозговой травмы (ЧМТ), даже легкой степени, около 70 % пострадавших имеют церебральную патологию [2], вполне очевидно, что у лиц с посттравматическими ампутациями нижних конечностей нередко имеют место последствия ЧМТ.

Цель исследования – изучить факторы, лимитирующие восстановление локомоторной функции у лиц с постампутационным дефектом нижних конечностей (ПАДНК) в отдаленном периоде ЧМТ.

Обследовано 85 пациентов с последствием ЧМТ и ПАДНК посттравматического генеза, поступивших на первичное протезирование в отделение ортопедии центра реабилитации инвалидов. Преобладали лица мужского пола (87,6 %) в возрасте 23-65 лет. Лица с ПАД голени составили 45,5 %, бедра – 40 %, инвалиды с парными культями голеней либо бедер – 14,5 %.

Варианты проявления последствий ЧМТ характеризовались вегето-сосудистой дистонией (22,3 %), гипертензионно-гидроцефальным синдромом (29,9 %), кохлеовестибулярным

(32,1 %), эпилептическим (7,7 %), психоорганическим (8 %).

Все пациенты были протезированы. Лица, в структуре последствий ЧМТ которых имели место психоорганический синдром, эпилептический с редкими судорожными пароксизмами, гипертензионно-гидроцефальный в стадии компенсации, освоили навыки ходьбы на протезе без дополнительных средств опоры. В период обучения ходьбе на протезе у 12 пациентов с синдромом вегето-сосудистой дистонии участились вегетативно-висцеральные пароксизмы, у 5 человек с посттравматической эпилепсией – эпилептические приступы. Лица с гипертензионно-гидроцефальным синдромом (17 чел.) отмечали нарастание головных болей, появление большего их постоянства и увеличение интенсивности.

Характерно, что вышеперечисленные синдромы непосредственного влияния на реализацию стато-динамической функции не оказывают, о чем свидетельствуют результаты стабилометрического исследования. Однако, при отсутствии очаговых симптомов поражения центральной нервной системы, страдает общее состояние больного из-за наличия общемозговой или вегетативной симптоматики, появления тревожно-фобических, ипохондрических, депрессивных расстройств. Все это способствует ограничению локомоторной активности пациентов и является показанием к назначению корригирующей терапии. Несмотря на наличие протезно-ортопедического изделия (ПОИ), 67,4 % больных, независимо от уровня ПАДНК, передвигались в кресле-коляске, 32,6 % больных с ПАД голени освоили ходьбу на протезе с дополнительной опорой на костыли.

Значительная часть пациентов с кохлеовестибулярным синдромом (85 %) замещали локомоторную функцию посредством передвижения в кресле-коляске и только 15 % больных могли самостоятельно передвигаться в ПОИ с опорой на костыли. В данном случае у всех больных имело место нарушение равновесия, статики и координации движений различной степени выраженности, что уже само по себе негативно влияет на реализацию стато-динамической функции.

Анализ результатов первичного протезирования лиц с последствиями ЧМТ, имеющих ПАДНК, показал, что после комплексной терапевтической коррекции сопутствующей церебральной патологии 54,9 % больных выработали устойчивый стереотип ходьбы на протезе без дополнительных средств опоры. Использовали в процессе локомоции трость или костыли 38,5 % инвалидов, имевших кохлеовестибулярный, гипертензионно-гидроцефальный синдромы, вегето-сосудистую дистонию. У 6,6 % больных после двусторонних ампутаций сегментов нижних конечностей с кохлеовестибулярными либо ликворо-динамическими нарушениями констатирован неблагоприятный результат протезирования, так как, несмотря на наличие ПОИ, основным средством их передвижения являлась кресло-коляска.

Таким образом, на этапе первичного протезирования у лиц с ПАДНК и последствиями ЧМТ восстановление локомоторной функции лимитируют следующие факторы: манифестация гипертензионно-гидроцефального синдрома с выраженным цефалгическим компонентом, вегето-сосудистого и эпилептического синдромов с частыми вегетативно-висцеральными либо эпилептическими пароксизмами, а также кохлеовестибулярного синдрома с вестибуло-координационными нарушениями.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Корнилов, Н.В. Бытовой и уличный травматизм в городах Российской Федерации /Н.В. Корнилов, А.Т. Титова, К.И. Шапиро //Ортопедия, травматология и протезирование. – 1989. – № 1. – С. 65-67.
2. Теленгатор, А.М. Комплексная диагностика у больных с последствиями сотрясения головного мозга /А.М. Теленгатор, В.А. Готлиб //Ж-л невр. и псих. – 1992. – № 3. – С. 40-42.

В.Г. МАСЛЕННИКОВА, К.В. СОКОЛОВ, А.В. СТЕПАНОВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ К ЛЕЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНОМУ ПРОТЕЗИРОВАНИЮ С ПОРОЧНЫМИ КУЛЬТЯМИ БЕДРА И ГОЛЕНИ

Протезирование является одним из звеньев в системе медицинской и социально-профессиональной реабилитации инвалидов с ампутационными дефектами нижних конечностей. От качества и сроков протезирования в значительной степени зависят сроки восстановления трудоспособности инвалида, интеграция его в общество. Медицинская подготовка, лечебно-трени-

ровочное протезирование, обучение ходьбе на лечебно-тренировочном протезе, безусловно, является одним из основных этапов двигательной реабилитации инвалидов с постампутационными дефектами. Чаще всего подготовка к протезированию начинается с консервативных способов, продолжается хирургическими методами и заканчивается лечебно-тренировочным протезированием и обучением пользованию протезом. В более широком понятии подготовка к протезированию начинается на операционном столе при формировании культи. От выбора уровня, метода ампутации, правильного выкраивания кожных лоскутов, обработки костного опила и нервов зависит функциональность культи, характер протезирования (простое, сложное, атипичное) и, в конечном итоге, степень восстановления трудоспособности. В последние годы отмечен значительный прогресс в конструкциях функциональных протезов нижних конечностей. С появлением новых полимерных материалов, полуфабрикатов в настоящее время можно изготовить протез на любую культю. Однако качество протезирования в значительной мере зависит от состояния культи. Для оценки состояния культи и степени пригодности ее к протезированию важно определить функциональность усеченной конечности, т.е. способность культи переносить нагрузки, возникающие при пользовании протезом в течение длительного времени, без возникновения необратимых патологических изменений тканей культи, при условии рационального протезирования и индивидуального режима пользования протезом [1]. Функциональность культи зависит не только от состояния кожных покровов, но и многих других факторов: уровня ампутации, правильности обработки костного опила, функционального состояния мышц усеченной конечности, наличия невром, состояния кровообращения [5].

Однако на практике приходится сталкиваться с порочными культями. Распространенность этой патологии, по данным разных авторов, составляет 35-75 % от общего числа протезируемых больных [1]. Наибольшую группу составляют порочные культи голени – 46,2 % и бедра – 36,4 % [4].

Ежегодно отмечается рост пороков и болезней культи. Этому есть объяснение: ампутации у больных с тяжелыми травмами выполняются по неотложным показаниям, проводятся по типу первичной хирургической обработки и носят предварительный характер, т.к. хирург, как правило, не имеет возможности безупречно определить границу жизнеспособности тканей и лишен возможности выполнить все рекомендации протезистов, которые при других обстоятельствах (например, при плановой операции) обязательны для исполнения. Таким образом, 60-70 % первичных ампутаций, вынужденно и оправданно, носят предварительный характер, что определяет в дальнейшем реконструкцию культи, в том числе – реампутацию. Предварительные ампутации оправданы, как итог обоснованной хирургической практики, позволяющей даже при крайне тяжелых повреждениях сегмента сохранить возможно большую длину конечности, снижая степень увечья [3].

Размышляя об уровне ампутации, хирург должен руководствоваться лишь одним правилом: чем длиннее культя конечности, тем эффективней протезирование. Однако необходимо отметить, что с переходом здравоохранения на работу в рамках ОМС это правило некоторыми хирургами забыто и девиз «Чем короче культя, тем больше шансов на первичное заживление раны» стал основным, хотя число пороков культей от этого не уменьшилось. Даже если ампутация проведена по типу первичной хирургической обработки, и раны на культе зажили вторичным натяжением, это побуждает хирургов ускорить процесс заживления за счет ранней реампутации. А эта операция планируется и выполняется в пределах здоровых тканей, т.е. с укорочением костного рычага, что в последующем отрицательно влияет на проведение функционального протезирования и не гарантирует формирования «идеальной культи».

При решении вопроса о показаниях к протезированию, выделяют ведущий из пороков, наиболее отрицательно влияющий на возможности компенсации нарушенного гомеостаза, воздействуя на него консервативными или хирургическими средствами. Многие пороки культи удается преодолеть за счет индивидуального протезирования [2].

В отделении ортопедии № 1 ФГУ ННПЦ МСЭ и РИ за период с 1994-2000 гг. находились на лечении и протезировании 1412 больных с ампутационными дефектами. Из них, 734 пациента (51,9 %) имели пороки и болезни культей, требующие консервативного или оперативного лечения. Из 734 больных, имеющих пороки и болезни культей, прооперировано 180 человек (24,5 %) (таблица).

Всем больным, поступающим в отделение с ампутационными дефектами конечностей, проводится подготовка к протезированию. Под подготовкой понимается применение комплекса лечебных мероприятий, направленных на ликвидацию или уменьшение расстройств и деформаций опорно-двигательной системы, которые препятствуют или усложняют пользование протезно-ортопедическим изделием.

Как правило, подготовка культи начинается с консервативных методов (медикаментозная терапия, физиолечение, ЛФК, массаж). При невоз-

Таблица
Виды оперативных вмешательств, проведенных при наличии пороков и болезней культей конечностей

Операции	Количество	% ко всем операциям на культях
Костно-пластическая ампутация по Пирогову, Гритти	9	5
Устранение контрактуры коленного сустава дистанционным аппаратом Илизарова	5	2,8
Остеотомия бедра рекурвирующая	2	1
Удлинение короткой культи голени аппаратом Илизарова	2	1,1
Реампутации	18	10
Иссечение рубцово-язвенного дефекта, пластика местными тканями	51	26,3
Пластика гранулирующей раны расщепленным кожным лоскутом	12	6,7
Иссечение травмоидов, болезненных невром, экзостозов, лигатурных свищей, обработка опила кости	35	19,4
Остеонекрэктомия	18	10
Удаление головки м/б кости при коротких культях голени	7	3,9
Вскрытие, дренирование гнойных затеков	3	1,7
Наложение вторичных швов	18	10
Итого:	180	100

можности добиться исправления пороков консервативными методами применяется хирургическая подготовка, иногда – атипичное протезирование. В 24,5 % случаев мы использовали хирургические методы подготовки к протезированию.

В 2,6 % случаев проведено атипичное или сложное протезирование. В 72,9 % при пороках и болезнях культей удалось добиться устранения пороков консервативными методами и провести функциональное протезирование. Современные технологии индивидуального изготовления протезов, новые конструкции и материалы, используемые в протезировании в сочетании с методами хирургической и консервативной подготовки, позволяют добиться вполне удовлетворительных результатов реабилитации инвалидов после ампутации конечности, выполняемой с соблюдением принципа максимальной экономии длины культи и всех жизнеспособных тканей. Однако трудности, возникающие при протезировании вследствие возникновения болезней и пороков культей конечностей, очевидны и хорошо изучены, поэтому анализ этих состояний очень важен в практическом отношении.

Выводы:

1. Соблюдение современных принципов ампутации, рациональное послеоперационное ведение позволит уменьшить число осложнений и создать более полноценную культю конечности.
2. Тесное сотрудничество врачей травматологов-ортопедов и врачей стационаров, где проводятся лечебно-тренировочное протезирование больных с ПАД.
3. Проведение реконструктивно-восстановительных операций на культях не ранее, чем через 2-3 мес., т.е. когда произойдет «созревание» культи. К этому времени создаются возможности для проведения реконструктивно-восстановительных операций без укорочения костного рычага.
4. Начинать подготовку больных к лечебно-тренировочному протезированию в более ранние сроки, через 3-4 недели.
5. Необходим индивидуальный подход к первичному протезированию инвалидов с порочными культями, в зависимости от возраста, давности травмы, уровня ампутации, социального статуса.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Иванова, А.М. Реконструктивная хирургия порочных культей голени и бедра в целях подготовки к функциональному протезированию /А.М. Иванова, А.Г. Иванова, А.М. Боровиков //Протезирование и протезостроение: Сб. тр. – М., 1998. – Вып. 95. – С. 13-18.
2. Кейер, А.Н. Хирургическая тактика при длительно незаживающих ранах и язвах культей нижних конечностей /А.Н. Кейер, А.Н. Цахаев //Протезирование и протезостроение: Сб. тр. – М., 1988. – Вып.84. – С. 7-12.
3. Руководство по протезированию и ортезированию. /Под ред. Кейер А.Н. – С-Пб., 1999. – С. 89-90.
4. Руководство по протезированию. /Под ред. Кондрашина Н.И. – М., 1988. – 544 с.
5. Ткаченко, О.М. Оценка состояния кровообращения в порочных и болезненных культях голеней /О.М. Ткаченко, Л.С. Успенский, Б.В. Шишкин //Протезирование и протезостроение: Сб. тр. – М., 1988. – Вып. 79. – С. 24-32.

С.А. БАТИСКИН, О.А. КОВАЛЬ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПОДОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Проблема сахарного диабета остается одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современности, что обусловлено широкой распространенностью практически во всех странах мира, тяжестью многочисленных осложнений, высокими показателями смертности и инвалидизации больных сахарным диабетом.

Одним из осложнений сахарного диабета является синдром диабетической стопы. Возникновение язвенно-некротических изменений мягких тканей, обусловленных поражением сосудов, нервов, костно-суставного аппарата, нередко служит причиной ампутации конечности, вероятность которой у больных с сахарным диабетом в 20-30 раз выше, чем у лиц без этой патологии. В связи с этим весьма эффективным является раннее выявление осложнений сахарного диабета, в том числе деформация стоп.

Нами обследовано 120 человек без наличия язв и некрозов на стопе. Больные проходили обследование на компьютерном подографе, в который внесена программа «ДиаСледСкан». Эта программа дает возможность определить различные виды деформаций стопы. Так же измерялось регионарное систолическое давление, рассчитывался лодыжечно-плечевой индекс.

При исследовании на компьютерном подографе у 110 человек (92 %) имеется деформация стоп в виде поперечно-продольного плоскостопия. У 10 больных (8 %) деформация стоп не обнаружена. Исследование регионарного систолического давления у 40 пациентов (33 %) выявлено снижение лодыжечно-плечевого индекса.

Таким образом, при ранней диагностике синдрома диабетической стопы, снижается риск образования гнойно-некротических осложнений на стопе у лиц с сахарным диабетом.

М.Э. БЕЛОГЛАЗОВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Облитерирующие заболевания артерий (ОЗА) характеризуются прогрессирующим течением и неизбежно приводят к ампутации конечности. Нами проанализировано состояние центральной гемодинамики (ЦГД) у таких больных на различных этапах течения заболевания.

Было обследовано 24 пациента с ОЗА на протяжении 3-8 лет их жизни. Все больные были мужчины в возрасте (на момент первого обследования) 46-60 лет (в среднем, 55,7 ± 3,4 лет). В качестве контрольной группы было обследовано 15 практически здоровых мужчин 36-52 лет.

Параметры ЦГД исследованы методом тетраполярной грудной реографии (ТГР) на реографических блоках электрокардиографа «BIOSET 6000», ряд больных – методом эхокардиографии на аппаратах Aloka SSD-500 и ACUSON 128 XP/10. Всем больным также проведено исследование периферической гемодинамики методами реовазографии (РВГ) и ультразвуковой допплерометрии (УЗДМ).

Первый этап обследования проводили больным при поступлении на лечение, когда у них впервые был выявлен ОЗА (облитерирующий атеросклероз), проявлявшийся синдромом перемежающейся хромоты, преимущественно, с одной стороны. У 7 пациентов диагностирован стеноз общей подвздошной артерии (ОПА), у 6 – стеноз поверхностной бедренной артерии (ПБА), у остальных 12 – многоэтажные стенозы артерий. Всем больным выставлена IIб степень ишемии по классификации А.В. Покровского (1979). Больные неоднократно проходили курсы консервативной терапии. В последующем всем им были выполнены различные операции по улучшению периферического кровообращения: поясничная симпатэктомия, тромбэндартерэктомия, подвздошно-бедренное и аорто-бедренное шунтирование. После оперативного лечения был проведен

2-й этап обследования. В разные сроки после оперативного лечения всем больным проведены ампутации бедра в средней трети, затем – 3-й этап обследования. В сроки от 3 до 6 месяцев больные были протезированы, после чего был выполнен 4-й этап обследования. Результаты обработаны методом вариационной статистики.

Уже на 1-м этапе исследования у больных были снижены показатели ударного объема (УО) – на 15,7 %, минутного объема (МО) – на 11,1 %, сердечного индекса (СИ) – на 9,6 %, удельного индекса (УИ) – на 14,3 % , фракции выброса – на 21,4 % (для всех показателей $p > 0,05$). Показатели конечного систолического объема (КСО) были повышены на 35,5 %, общего периферического сопротивления (ОПС) – на 26,3 %, удельного периферического сопротивления (УПС) – на 24,3 % (для всех показателей $p < 0,05$).

Это свидетельствует о том, что наличие ОЗА с частичным выключением из системы кровообращения одной или двух нижних конечностей приводит к существенным изменениям параметров ЦГД. Снижение ФВ у этих больных является признаком развития сердечной недостаточности. Данные, полученные на 2-м этапе, свидетельствуют о незначительных, в среднем, изменениях ЦГД. После оперативных вмешательств наблюдались различные по направленности и степени изменения показателей ЦГД, но в целом этот этап течения заболевания характеризовался дальнейшим прогрессивным снижением УО, МО и ФВ (по сравнению с 1-м этапом, соответственно, на 6, 8 и 8,5 %).

После ампутации конечности, которая была проведена в сроки 2-6,5 лет от начала заболевания, отмечалось еще большее снижение объемных показателей: УО снизился на 14,2 % по сравнению с данными 1-го этапа, МО – на 12,3 %, ФВ – на 17,7 %. ОПС и КСО возросли на 8,1 % и 0,5 %.

Таким образом, можно констатировать, что ампутация приводит к значительным изменениям параметров ЦГД. Протезирование у ряда пациентов знаменует окончание длительного периода гиподинамии. В это же время наблюдается некоторая напряженность функционирования основных органов и систем, связанная с явлениями стресса из-за изменения типа передвижения. Это характеризуется некоторым увеличением объемных показателей (4-6 % от предыдущего этапа). Однако двигательная активность у пациентов была различной, что зависело от состояния сохраненной конечности. Поэтому на 4-м этапе наблюдались изменения параметров ЦГД в обе стороны, статистически недостоверные.

В целом, изменения показателей ЦГД у больных с ОЗА на этапах течения заболевания имеют тенденцию к прогрессивному снижению УО, МО и ФВ, увеличению ОПС и КСО, что является признаками нарастания сердечной недостаточности и снижения миокардиального резерва.

М.Э. БЕЛОГЛАЗОВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Целью исследования явилось изучение кровообращения нижних конечностей у больных с синдромом диабетической стопы (СДС). Было обследовано 17 пациентов с сахарным диабетом II-го типа средней степени тяжести (25 стоп). Возраст больных составил 50-73 лет. Мужчин было 8, женщин – 11; давность заболевания – 1-35 лет. В качестве контрольной группы обследовали 10 практически здоровых лиц – 7 мужчин и 3 женщины в возрасте 46-67 лет.

Были проведена лазерная допплеровская флоуметрия (ЛДФ) и реовазография (РВГ). ЛДФ проводили с помощью аппарата BLF-21 в покое и после ишемической пробы. Регистрацию кровотока осуществляли с помощью накожного датчика типа «R» в двух стандартных точках – на ногтевой фаланге I-го пальца и в 1-м межпальцевом промежутке на тыле стопы, микроциркуляцию измеряли в мл/мин/100 г ткани. Постоянная времени была 0,1 сек. После записи базального кровотока (БК) проводили ишемическую пробу с компрессией дистальной трети голени манжеткой с давлением 250-300 мм рт. ст. в течение 3-х минут. Регистрировали максимальный кровоток (МК), рассчитывали прирост кровотока (ПК) и отмечали время достижения максимального кровотока (Тмк, сек). Записывали также РВГ стоп по стандартной методике ленточными электродами на реографических блоках электрокардиографа «BIOSET 6000». Рассчитывали реографический индекс (РИ).

В среднем базальный кровоток у больных с СДС не отличался от такового у здоровых лиц, однако, отмечался большой их разброс. Нами отмечена корреляционная связь средней степени показателей ЛДФ с показателями РВГ: чем выше был РИ, тем выше был и базальный кровоток ($Kr = 0,426$).

Поэтому мы разделили больных на 3 подгруппы по уровню РИ: с РИ больше 0,3 (1-я подгруппа), РИ от 0,3 до 0,15 (2-я) и меньше 0,15 (3-я).

Результаты исследования приведены в таблице.

Таблица
Показатели лазерной допплеровской флоуметрии у больных с синдромом диабетической стопы и здоровых лиц

	Здоровые	Больные			
		Все	РИ > 0,3	РИ = 0,3-0,15	РИ < 0,15
БК, мл/мин/100 г	5,6 ± 0,8 $P_{1-3} > 0,05$	6,1 ± 0,8 $P_{1-2} > 0,05$	6,8 ± 0,6 $P_{3-4} < 0,001$	3,4 ± 0,6 $P_{4-5} < 0,05$	1,9 ± 0,3 $P_{1-5} < 0,001$
МК, мл/мин/100 г	17,9 ± 1,6 $P_{1-3} > 0,05$	12,8 ± 1,5 $P_{1-2} < 0,05$	16,1 ± 1,9 $P_{3-4} < 0,01$	7,7 ± 1,5 $P_{4-5} < 0,05$	3,9 ± 0,8 $P_{1-5} < 0,001$
% прироста	272,4 ± 29,1 $P_{1-3} < 0,01$	123,6 ± 14,9 $P_{1-2} < 0,001$	138,7 ± 27,7 $P_{3-4} > 0,05$	131,2 ± 25,5 $P_{4-5} > 0,05$	123,9 ± 34,0 $P_{1-5} < 0,01$
Тмк, сек	23,3 ± 2,1 $P_{1-3} < 0,05$	72,5 ± 8,9 $P_{1-2} < 0,001$	51,7 ± 12,4 $P_{3-4} > 0,05$	82,3 ± 13,7 $P_{4-5} > 0,05$	106,3 ± 32,0 $P_{1-5} < 0,05$
БК, мл/мин/100 г	2,2 ± 0,3 $P_{1-3} > 0,05$	2,3 ± 0,2 $P_{1-2} > 0,05$	2,6 ± 0,4 $P_{3-4} > 0,05$	1,9 ± 0,3 $P_{4-5} > 0,05$	1,7 ± 0,3 $P_{1-5} > 0,05$
МК, мл/мин/100 г	6,2 ± 0,5 $P_{1-3} > 0,05$	5,8 ± 0,7 $P_{1-2} > 0,05$	8,0 ± 1,5 $P_{3-4} < 0,05$	4,3 ± 0,6 $P_{4-5} > 0,05$	3,7 ± 0,8 $P_{1-5} < 0,05$
% прироста	235,9 ± 41,3 $P_{1-3} > 0,05$	173,0 ± 38,9 $P_{1-2} > 0,05$	261,6 ± 97,1 $P_{3-4} > 0,05$	143,6 ± 36,3 $P_{4-5} > 0,05$	114,6 ± 36,1 $P_{1-5} < 0,05$
Тмк, сек	24,2 + 2,9 $P_{1-3} > 0,05$	60,8 + 7,5 $P_{1-2} < 0,001$	34,6 + 6,7 $P_{3-4} < 0,05$	68,5 + 12,4 $P_{4-5} > 0,05$	64,6 + 16,2 $P_{1-5} < 0,05$

БК, измеренный на обеих точках, у пациентов 1-й подгруппы был несколько выше, чем в контрольной группе; у пациентов 2-й и 3-й подгрупп — достоверно ниже. Недостоверной была разница между контрольной группой и 1-й подгруппой по показателю максимального кровотока. Во 2-й и 3-й подгруппах этот показатель был достоверно ниже. У всех пациентов с СДС процент прироста был достоверно меньше, а время максимального прироста кровотока — больше, чем у здоровых лиц.

БК в 1-м межпальцевом промежутке имел тенденцию к снижению от 1-й к 3-й подгруппе($P > 0,05$). МК у всех пациентов с СДС был сравним с аналогичным показателем у здоровых лиц, в 1-й подгруппе был выше нормы, а во 2-й и 3-й — достоверно ниже. По показателю прироста кровотока достоверные отличия наблюдались только в 3-й подгруппе. По времени максимального прироста были статистически достоверные отличия между здоровыми лицами и пациентами 2-й и 3-й подгрупп.

Таким образом, у пациентов с низким РИ большинство показателей ЛДФ достоверно отличались от аналогичных показателей у здоровых лиц. Для показателей микроциркуляции I-го пальца стопы эти отличия были более выраженными, чем для показателей, полученных с первого межпальцевого промежутка. У ряда пациентов с СДС выраженные нарушения микроциркуляции отсутствовали. Как правило, это пациенты, у которых симптомы полинейропатии преобладали над симптомами ангиопатии, и по РВГ регистрировался высокий РИ. Показатели ЛДФ хорошо коррелируют с показателями РВГ.

Л.Г. ГОНЧАРОВА, А.Ю. МАКАРОВ, Д.В. ГУРЕВИЧ, Н.В. СТАРИКОВА
Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов, г. Санкт-Петербург

ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ МАГНИТО-РЕЗОНАНСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕВОЙ И ГРЫЖЕВОЙ КОМПРЕССИИ СПИННОГО МОЗГА

Нами обследовано 178 больных (98 мужчин и 80 женщин, средний возраст 52,3 лет) с прогрессирующим течением спинальной патологии, обусловленной объемным процессом (70 пациентов) и дифференцируемыми с ним заболеваниями. Всем больным проводилась МРТ позвоночника и спинного мозга на аппаратах Magneton Impact с индукцией магнитного поля 1,0 Т и толщиной срезов 4 мм. Компрессия спинного мозга определялась по его узурации на Т1- и Т2-взвешенных сагиттальных томограммах. При этом сдавление спинного мозга более чем на 30 % передне-заднего измерения оценивалось как выраженное, до 30 % — как умеренное [1]. Основные данные дифференциальной диагностики компрессии спинного мозга, основанные на результатах нашего исследования, представлены в таблице.

Таблица
Дифференциальная диагностика компрессии спинного мозга

МРТ признак	Опухолевая компрессия (экстрамедуллярная)	Грыжевая компрессия
Направление компрессии	Любое	Передне-заднее
Уровень компрессии	Не связан с локализацией выпавшего диска	Совпадает с локализацией пролабирования диска (кроме мигрирующих секвестров)
Возможность контрастирования	Хорошо контрастируется	Не контрастируется

Различия, в основном, определяются уровнем, направлением компрессии и возможностью контрастирования объемного образования, что особенно важно в случаях процесса неясной этиологии [2, 3].

Максимальное число пациентов с грубой и умеренной опухолевой компрессией, верифицированной на операции, пришлось на грудной отдел спинного мозга (56 %), значительно меньшее – на шейный и поясничный (21 % и 17 %, соответственно). При спондилогенной грыжевой компрессии грудной отдел грубо или умеренно пострадал всего лишь в 2 % случаев, а на шейном и поясничном уровне – в 27 % и 36 %, соответственно. Легкая опухолевая компрессия шейного и грудного отдела встретилась у 6 % больных, а легкая спондилогенная – почти поровну (15 % и 16 %) на шейном и поясничном уровне, и лишь у 3 % – на грудном.

На основании данных обследования, 52 пациента (72 %) с опухолями спинного мозга были подвергнуты оперативному лечению. В 19 случаях, при экстрамедуллярных доброкачественных новообразованиях, в послеоперационном периоде наблюдался значительный регресс симптоматики. Медленнее восстанавливались нарушенные функции у больных со сроками заболевания более 3-х лет и у больных с рецидивами новообразований. Из группы пациентов с миелоишемиями по результатам обследования, оперативному лечению были подвергнуты 26 % больных. У всех при МРТ была выявлена выраженная или умеренная компрессия спинного мозга или дурального мешка и корешка. Во всех случаях данные МРТ совпали с операционными находками. Восстановление нарушенных функций происходило медленнее у тех пациентов, у которых до операции на МРТ определялся сигнал повышенной интенсивности спинного мозга ниже уровня компрессии, объяснявшийся его отеком (3 чел.), или признаки миеломаляции (3 чел.). Неблагоприятным прогностическим признаком также были узкий позвоночный канал и крупные грыжи, определяющие больший объем оперативного вмешательства.

По нашим наблюдениям, проведение контрольного МРТ-исследования целесообразно не ранее 3-х месяцев после операции, как при опухолевых, так и при спондилогенных поражениях спинного мозга. Именно в эти сроки уменьшаются явления отека и появляется возможность выявить или исключить продолжающийся рост или рецидив опухоли, вторичные рубцовые и спаечные изменения мягких тканей, послеоперационные кисты, не являющиеся проявлением рецидива опухоли.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Неретин, В.Я. Сочетанное поражение шейного отдела спинного мозга грыжей диска и экстрамедуллярной опухолью /В.Я. Неретин, В.А. Кирьяков, А.В. Слободина //Ж-л невр. и псих. – 1996. – № 6. – С. 80-83.
2. Скальпе, И.О. Современные принципы диагностики заболеваний позвоночника и спинного мозга с помощью радиологических методов исследования /И.О. Скальпе //Вестн. рентгенол. – 1992. – № 5. – С. 55-56.
3. Холин, А.В. Магнитная резонансная томография с ультранизким полем при заболеваниях и повреждениях позвоночника и спинного мозга: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. /А.В. Холин. – СПб., 1992. – 35 с.

Т.Н. ДЕДИКОВА, Г.К. ЗОЛОЕВ, М.Э. БЕЛОГЛАЗОВ

ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

РОЛЬ ИШЕМИИ В РАЗВИТИИ НЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ

Целью работы явилось изучение состояния периферических нервов при синдроме диабетической стопы и хронической ишемии нижних конечностей. Были обследованы 45 больных синдромом диабетической стопы (СДС) (25 женщин и 20 мужчин) и

20 больных облитерирующим атеросклерозом (ОА) нижних конечностей III-IV-й степени (6 женщин, 14 мужчин). Контрольную группу составили здоровые лица (6 женщин , 4 мужчины).

Электромиографическое исследование (ЭМГ) проводили на электромиографе. Измеряли амплитуду вызванного потенциала (АВП эфф.) с мышц стопы и скорость проведения импульса по двигательным волокнам (СПИ эфф.) при стимуляции большеберцовых (ББН) и малоберцовых нервов (МБН), а также амплитуду вызванного потенциала (АВП афф.) при антидромном раздражении смешанных волокон ББН (отведение циркулярными электродами с 1-го пальца стопы). Результаты ЭМГ-исследования приведены в таблице.

У всех пациентов обеих групп имелись признаки нейропатии берцовых нервов и отмечена статистически достоверная разница всех ЭМГ-показателей, по сравнению со здоровыми лицами ($p < 0,001$). Однако степень и характер этих изменений были различны. У пациентов с СДС признаки нейропатии были выражены более значительно, причем для большеберцового нерва ЭМГ-показатели статистически достоверно отличались от соответствующих показателей у больных ОА. Внутри группы больных с СДС у больных диабетом I-го типа проявления нейропатии были наиболее выраженными и по всем показателям статистически достоверно отличались от аналогичных показателей больных диабетом II-го типа.

Далеко не всегда у больных с хронической ишемией нижних конечностей диагностируется нейропатия, поскольку ее проявления маскируются основным страданием. Лишь при грубых расстройствах чувствительности, которые развиваются нечасто, таким больным выставляется правильный диагноз.

У больных ОА главной и часто единственной причиной развития полинейропатии является ишемия конечности. В противоположность этому, у больных с СДС неврологические жалобы в ряде случаев являются ведущими, поэтому диабетическая нейропатия диагностируется значительно чаще, хотя не всегда. Бесспорно, что определенный вклад в развитие нейропатии при СДС вносят нарушения кровообращения. Однако эти нарушения у больных СДС бывают намного менее выраженными, при наличии четкой картины полинейропатии. Так, по нашим данным, у больных с I-м типом диабета РИ стопы и голени был самым большим (по $0,35 \pm 0,05$), то есть гемодинамические нарушения были менее выраженными, при этом ЭМГ-признаки нейропатии проявились в наибольшей степени. У больных с ОА показатели периферического кровообращения были самыми низкими (РИ голени – $0,15 \pm 0,02$, РИ стопы – $0,24 \pm 0,04$), но при этом выраженность признаков полинейропатии была меньшей.

Таким образом, нейропатия развивается и при ОА, и при СДС. Однако у больных ОА причиной ее является преимущественно ишемия конечности, в то время как у больных СДС ишемия является причиной важной, но не единственной, в ряде случаев не главной. На первое место при СДС выходят нарушения углеводного обмена. И хотя «чистой» полинейропатической формы СДС мы ни разу не наблюдали, у определенной группы больных явления полинейропатии явно превалировали над гемодинамическими нарушениями.

Таблица

Электромиографические показатели у больных с синдромом диабетической стопы, облитерирующим атеросклерозом и у здоровых

	Здоровые, n = 10	ОА, n = 20	СДС (все), n = 45	СД 1 типа, n = 8	СД 2 типа, n = 37
Возраст, лет	66,71 ± 3,11	57,49 ± 2,29	40,00 ± 4,71	61,52 ± 1,95	42,6 ± 4,01
АВП эфф. ББН, мВ	2,65 ± 0,47 $P_{1-5} < 0,001$	1,17 ± 0,22 $P_{1-2} < 0,01$	0,61 ± 0,13 $P_{3-4} < 0,05$	1,33 ± 0,25	5,36 ± 0,47 $P_{2-5} < 0,001$
СПИ эфф. ББН, м/сек	41,10 ± 0,94 $P_{1-5} < 0,001$	31,94 ± 0,76 $P_{1-2} < 0,001$	26,43 ± 1,88 $P_{3-4} < 0,001$	34,48 ± 0,95	47,33 ± 0,25 $P_{2-5} < 0,001$
АВП афф. ББН, мкВ	47,9 ± 12,6 $P_{1-5} < 0,001$	15,7 ± 4,7 $P_{1-2} < 0,05$	4,1 ± 2,3 $P_{3-4} < 0,05$	19,1 ± 6,0	189,6 ± 28,0 $P_{2-5} < 0,001$
АВП эфф. МБН, мВ	1,21 ± 0,28 $P_{1-5} < 0,001$	0,75 ± 0,13 $P_{1-2} > 0,05$	0,24 ± 0,06 $P_{3-4} < 0,001$	0,93 ± 0,16	2,69 ± 0,25 $P_{2-5} < 0,001$
СПИ эфф. МБН, м/сек	39,24 ± 3,46 $P_{1-5} < 0,001$	38,45 ± 1,07 $P_{1-2} > 0,05$	32,43 ± 1,26 $P_{3-4} < 0,001$	39,66 ± 1,16	50,68 ± 1,44 $P_{2-5} < 0,001$

Н.Г. КОНОВАЛОВА
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ОСОБЕННОСТИ СТАБИЛОМЕТРИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Задачи двигательной реабилитации больных с патологией позвоночника и спинного мозга включают восстановление вертикальной позы, увеличение устойчивости, тренировку равновесия. Метод стабилометрии позволяет оценить все эти функции. Исследования, проводимые на этапах реабилитации, дают возможность отследить динамику, закономерности формирования перечисленных функций, определить эффективность различных методов лечения [1].

Задача данного исследования состояла в выявлении наиболее общих характеристик стабилограммы больных с патологией позвоночника и спинного мозга, имеющих расстройства по вялому и спастическому типу, в сравнении со здоровыми людьми.

Обследовали 3 группы по 30 человек. Первую группу составили относительно здоровые люди. Во вторую группу вошли пациенты с патологией позвоночника и спинного мозга, имеющие расстройства по вялому типу. Третью группу составили пациенты, имеющие расстройства по спастическому типу.

Все пациенты были обследованы на стабилометрической платформе, входящей в программно-аппаратный комплекс клинического анализа движений «БИОМЕХАНИКА». Платформа состоит из двух жестких плит размером 60 Ч 40 см, между которыми установлены датчики давления. Вычисление каждой из трех составляющих и равнодействующей приложенных к платформе сил осуществляется программно, с учетом значений каждого датчика. Информация со всех датчиков снимается синхронно с частотой 100 Гц [2]. Исследовали стояние в течение 51 сек. в стандартной основной стойке: ноги и туловище, по возможности, выпрямлены, голова ровно, взгляд фиксирован на экране дополнительного монитора, руки свободно опущены. Исследования проводили в первую половину дня с 10 до 12 часов. Больных приглашали после проведения разминочных процедур: стояние в коленоупоре, выполнение упражнений в положении стоя на четвереньках, на коленях.

При анализе результатов учитывали координаты центра давления, его девиацию около среднего положения, среднюю скорость движения, длину и площадь статокинезограммы, амплитудные и частотные показатели спектрального анализа. Статистическую обработку результатов проводили в среде электронных таблиц Excel. Определяли среднюю арифметическую, ошибку средней, среднее квадратическое отклонение и медиану.

Выявлены достоверные различия средних арифметических величин следующих параметров между различными группами обследованных:

1. Положение центра давления инвалидов с расстройствами по вялому типу оказалось на 14 мм дорзальнее, чем у здоровых, а у инвалидов с расстройствами по спастическому типу — на 23 мм вентральнее, чем у здоровых. У инвалидов с синдромами нижней вялой параплегии и парапареза положение центра давления на продольной оси приближается к области голеностопных суставов, поскольку размеры их опорного контура ограничены в переднезаднем направлении в соответствии с глубиной пареза. У инвалидов с плегией стоп опорный контур приобретает форму опорной линии, соединяющей голеностопные суставы. Такие пациенты могут поддерживать вертикальную позу только в случае, когда центр давления приходится на область голеностопных суставов. Все обследованные инвалиды с синдромами нижней спастической параплегии и парапареза имели повышенный тонус задней группы мышц голени, что обусловливало смещение центра давления вперед, ближе к головкам плюсневых костей.
2. Величина девиаций во фронтальной плоскости у инвалидов с расстройствами по вялому типу превышала девиации здоровых на 30 %, а у инвалидов с расстройствами по спастическому типу — на 100 %, что, безусловно, характеризует меньшую устойчивость инвалидов.
3. Величина девиаций в сагиттальной плоскости у инвалидов с расстройствами по вялому типу была меньше, чем у здоровых, на 14 %, у инвалидов с расстройствами по спастическому типу — на 80 % больше. Уменьшение величины девиаций в первом случае свидетельствует не о большей устойчивости, но о резком ограничении величины опорного контура в переднезаднем направлении.
4. Достоверных различий в длине и площади статокинезограммы между группами инвалидов не выявлено. Длина статокинезограммы инвалидов обеих групп превышала таковую здоровых на 71 %, площадь — на 149 %, что также характеризует меньшую устойчивость инвалидов.
5. Средняя скорость движения центра давления инвалидов была выше, чем у здоровых, при-

чем, у инвалидов с расстройствами по вялому типу превышение скорости составило 73 %, а у инвалидов с расстройствами по спастическому типу — 84 %.

6. Спектральный анализ выявил тенденцию к смещению в сторону более высоких частот у инвалидов с расстройствами по вялому типу.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Скворцов, Д.В. Клинический анализ движений: Анализ походки /Д.В. Скворцов – М., 1996. – 344 с.
2. Скворцов, Д.В. Клинический анализ движений – новые возможности /Д.В. Скворцов //Медицинские информационные системы: Межведомст. темат. науч. сб. – Таганрог, 1995. – С. 129-132.

Н.Г. КОНОВАЛОВА
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ВЛИЯНИЕ НАПРЯЖЕНИЯ АКСИАЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ СТАБИЛОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Стабилометрия — перспективный метод управления процессом восстановительного лечения, который позволяет не только оценить эффективность курса реабилитации, но и проследить влияние отдельных методов лечения и процедур на функцию поддержания вертикальной позы. В формировании позных стереотипов большое значение имеет изометрическая гимнастика, в частности, изометрическое напряжение аксиальной мускулатуры.

Задача исследования — оценить влияние напряжения аксиальной мускулатуры на показатели стабилограммы инвалидов с патологией позвоночника и спинного мозга. Были обследованы 3 группы по 30 человек. Первую группу составили относительно здоровые люди. Во вторую группу вошли пациенты с патологией позвоночника и спинного мозга, имеющие расстройства по вялому типу. Третью группу составили пациенты, имеющие расстройства по спастическому типу.

Все пациенты были обследованы на стабилометрической платформе, входящей в программно-аппаратный комплекс клинического анализа движений «БИОМЕХАНИКА». Исследования проводили дважды, с интервалом 5 минут. Первый раз исследовали стояние в течение 51 сек. в стандартной основной стойке. При повторном испытании обследуемого просили напрячь мышцы туловища, потянуться теменем вверх, а стопами вниз, и удерживать напряжение в течение 51 сек.

При сравнительном анализе результатов учитывали координаты центра давления, его девиацию около среднего положения, среднюю скорость движения, длину и площадь статокинезограммы, амплитудные и частотные показатели спектрального анализа. Статистическую обработку результатов проводили в среде электронных таблиц Excel. Определяли среднюю арифметическую, ошибку средней, среднее квадратическое отклонение и медиану.

Выявлены достоверные различия средних арифметических величин длины и площади статокинезограммы и средней скорости перемещения центра давления. Динамику других показателей в ходе выполнения упражнения можно рассматривать как тенденцию.

Отмечена тенденция к смещению центра давления назад при напряжении аксиальной мускулатуры здоровыми людьми на 5 мм, а инвалидами с нарушениями по спастическому типу — на 10 мм. Инвалиды, имеющие расстройства по вялому типу, не смещают проекцию центра давления вдоль сагиттальной оси.

Длина статокинезограммы у здоровых увеличилась, в среднем, на 14 %; у инвалидов с расстройствами по вялому типу — уменьшилась на 13 %; у инвалидов с расстройствами по спастическому типу — не изменилась. Площадь статокинезограммы у здоровых увеличилась на 56 %, у инвалидов с расстройствами по вялому типу — не изменилась, у инвалидов с расстройствами по спастическому типу — возросла на 121 %.

Величина девиаций во фронтальной плоскости имела тенденцию к увеличению во всех группах. Девиации в сагиттальной плоскости у здоровых имели тенденцию к увеличению, у инвалидов с расстройствами по вялому типу — не изменились, а у инвалидов с расстройствами по спастическому типу — несколько уменьшились.

Скорость перемещения центра давления в процессе выполнения упражнения у здоровых возрастала, в среднем, на 20 %, у инвалидов с расстройствами по вялому типу — снижалась на 13 %, у инвалидов с расстройствами по спастическому типу — снижалась на 7 %.

Смещение центра давления в группах здоровых и инвалидов с нарушениями по спастическому типу может быть связано со смещением парциальных и общего центров масс дорзально, вследствие уменьшения физиологических изгибов позвоночника, которое происходит при напряжении аксиальной мускулатуры. У инвалидов одновременно повышается тонус тыльных сгибателей стоп, что позволяет приблизить положение центра давления к физиологическому.

У инвалидов с расстройствами по вялому типу центр давления расположен дорзальнее, чем у здоровых. Отсутствие или значительное снижение функциональных возможностей голеностопной стратегии поддержания равновесия ограничивает миграцию положения центра давления вдоль сагиттальной оси. Поэтому напряжение аксиальной мускулатуры не сопровождается изменением положения центра давления.

Увеличение длины и площади статокинезограммы у здоровых испытуемых мы связываем с уменьшением межзвенных перемещений в суставах нижних конечностей и позвоночника при напряжении аксиальной мускулатуры. Это сопровождается увеличением длины рычагов и увеличением размаха колебаний. Для сохранения равновесия в сложившихся условиях необходимо увеличение скорости перемещения центра давления, что также имеет место.

У инвалидов с расстройствами по спастическому типу напряжение аксиальной мускулатуры сопровождается увеличением площади статокинезограммы вследствие тех же причин, что у здоровых. Но инвалиды не могут обеспечить адекватное увеличение скорости перемещения центра давления, вследствие чего увеличение площади выражено более значительно, чем у здоровых.

М.А. ЛЕОНТЬЕВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ИЗУЧЕНИЕ СТАТО-ДИНАМИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ИНВАЛИДОВ С НИЖНЕЙ ПАРАПЛЕГИЕЙ

В РФ свыше 50 тысяч инвалидов с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ). Организация их независимого и полноценного существования, повышение качества жизни, является актуальной задачей. Ключом к проблеме является способность к передвижению.

Изучены двигательные возможности 215 пациентов с нижней параплегией вследствие ТБСМ на уровне грудопоясничного перехода, в возрасте 20-40 лет, не имевших препятствий (трофических, урологических и др.) к проведению двигательной реабилитации.

Общепринятые локомоторные тесты (TWT, Хаузера) и интегральные шкалы (ADL, FIM) не позволяют оценивать динамику двигательных функций инвалида с параплегией, поэтому исследование функции ходьбы (ФХ) мы проводили по методике Л.Д. Потехина.

В соответствии с методикой, в структуру ФХ входят внешние и внутренние компоненты. Внешние компоненты представлены посторонней помощью, вспомогательными средствами и ортопедическими изделиями. Внутренние компоненты включают в себя: специфические (СК), неспецифические (НСК) и резервные (РК).

СК предназначены для выполнения двигательной функции. НСК обеспечивают работу СК. РК вовлекаются в работу в экстремальных условиях. СК ФХ – костно-мышечный аппарат ног; НСК – аксиальная костно-мышечная система туловища; РК – мышцы и кости плечевого пояса и рук. Степень участия различных компонентов в организации ФХ использовалась для градации уровней компенсации (УК).

При невозможности использования внутренних компонентов приспособительный результат достигается внешней помощью, УК = 0 (передвижение на коляске). Первый УК организуется работой рук (РК); нижние конечности не выполняют опорной и локомоторной функции (имитация ходьбы с устойчивой опорой). Снижение роли рук и возрастание аксиальной мускулатуры туловища (НСК), при минимальном участии ног, определяет второй УК (ходьба с устойчивой опорой). Третий УК характеризуется вовлечением всех внутренних компонентов; повышение функциональной нагрузки на ноги (СК) сопровождается снижением роли РК и НСК (ходьба с неустойчивой опорой). Отсутствие РК в построении ходьбы, верхние конечности не замещают функциональную недостаточность нижних конечностей, типично для четвертого УК (ходьба без дополнительной опоры).

Целью работы являлось восстановление самостоятельной ходьбы пациентов с нижней параплегией. Для достижения поставленной цели поставлены следующие задачи:

- выявление факторов, препятствующих двигательной реабилитации;
- устранение лимитирующих факторов;
- обучение вертикальному положению тела посредством «замыкания» суставов нижних конечностей под весом тела пациента;
- обучение ходьбе с устойчивой опорой.

Ортопедическая патология нижних конечностей, препятствующая обучению ходьбе, отмечена более чем в 57,2 % случаев. Деформации и контрактуры устранялись в ходе комплексного лечения, 20,5 % пациентов выполнены оперативные ортопедические вмешательства.

До проведения реабилитационных мероприятий, преобладали пациенты (90,2 %), неспособные к самостоятельному передвижению. В отдаленном периоде двигательные возможности улучшились в 82,6 % случаев. Преобладали пациенты (73,9 %), способные самостоятельно передвигаться с устойчивой и неустойчивой опорой. Необходимо отметить, что увеличение УК даже на 1 балл существенно улучшает самообслуживание. Пациенты, передвигающиеся на коляске (УК = 0), подвержены трофическим и урологическим осложнениям, в то время как больные, передвигающиеся с устойчивой опорой (УК = 1 и УК = 2), имеют больше возможностей для профилактирования этих осложнений и относительно независимы в пределах помещения. Пациенты, способные к ходьбе с неустойчивой опорой (УК = 3), могут покидать жилище, что расширяет возможности общения, обучения, трудоустройства.

Комплексное лечение ортопедической патологии нижних конечностей у пострадавших с ТБСМ обеспечивает повышение локомоторных возможностей, что способствует профилактике осложнений, улучшению соматических и социальных функций, и, в конечном итоге, качества жизни инвалида.

А.Ю. МАКАРОВ, Д.В. ГУРЕВИЧ, Н.Л. КОЛОСОВА, Л.Г. ГОНЧАРОВА
Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов,
Дорожная клиническая больница, г. Санкт-Петербург

ОБЪЕКТИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Одной из наиболее значимых проблем при обследовании и экспертном освидетельствовании пациентов молодого возраста с синдромом вегетативной дистонии является необходимость объективной оценки вегетативных нарушений в комплексе с данными неврологического статуса. Такие больные часто попадают на прием терапевту, психиатру и другим специалистам, где не получают должного обследования. Наличие разнообразных жалоб на фоне вегетативной симптоматики затрудняет объективную оценку степени органического поражения нервной системы. При этом, несмотря на полисистемный характер предъявляемых жалоб, неврологический осмотр является обязательным в комплексе диагностических мероприятий у больных с синдромом вегетативной дистонии (СВД).

Нами была обследована группа больных с целью сопоставления имеющейся у них неврологической симптоматики и выявленных вегетативных нарушений при использовании ритмографии. Обследование также включало экспериментально-психологическое тестирование, по показаниям – дополнительные методы (МРТ, КТ, ЭЭГ и др.) и консультации других специалистов. Проанализированы результаты исследования 31 пациента (19 женщин и 12 мужчин) в возрасте 20-46 лет, поступивших в Дорожную клиническую больницу и клинику неврозов в 2002 г. Ведущими были жалобы на головные боли, головокружение, метеозависимость, чувство нехватки воздуха, слабость, утомляемость, болезненные ощущения в области сердца, нарушение сна. Среди наблюдаемых пациентов, 19 пациентов – с пароксизмальным течением СВД, 12 – с перманентным вариантом. СВД во всех случаях носил вторичный характер и развивался на фоне невротических состояний (14 чел.), после ЗЧМТ (12 чел.) и после перенесенной вирусной инфекции (5 чел.).

Следует отметить, что дебют вегетативной симптоматики у значительной части больных развивался после психоэмоционального или физического напряжения. При неврологическом осмотре у 22 больных выявлялись такие симптомы, как кистевые знаки, легкая сглаженность носогубной складки, симптомы орального автоматизма, легкая анизорефлексия, покачивание в позе Ромберга, неуверенность при выполнении пальценосовой пробы. Вегетативная симптоматика была облигатной у всех больных и отражала изменение вегетативного тонуса преимущественно в сторону симпатикотонии, нарушение вегета-

тивной реактивности и обеспечение деятельности с признаками перенапряжения или истощения симпатоадреналового компонента. Эти данные подтверждены при проведении ритмографии. У пациентов, имеющих в анамнезе ЗЧМТ, часто наблюдалась парадоксальная реакция на активную ортостатическую пробу (АОП), которая заключалась в сохранении фонового типа регуляции сердечного ритма, с доминированием симпатических влияний (10 человек). У больных с психогенным СВД преобладала сниженная или нормальная реакция на АОП, в то время как дыхательная проба сопровождалась усилением симпатического влияния или ригидным типом регуляции сердечного ритма (13 чел.). У пациентов, перенесших инфекцию, при ритмографии выявлялись различные варианты нарушений регуляции сердечного ритма.

Следует отметить, что у больных с психовегетативными пароксизмами (по типу «панической атаки») в большинстве случаев дисбаланс регуляции сердечного ритма выявлялся при проведении дыхательной пробы, при которой парасимпатические влияния оценивались как недостаточные.

Таким образом, ритмография позволила объективизировать нарушения вегетативной регуляции, выявленные клинически. Изменение ее показателей зависит от клинического варианта СВД и требует дальнейшего исследования.

М.М. МАЛАШЕНКО, Т.Н. ДЕДИКОВА
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПЕРВИЧНО ПРОТЕЗИРУЕМЫХ ИНВАЛИДОВ С КУЛЬТЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ОЗАНК) являются наиболее частой причиной ампутации конечности, а больные данной группы – основной контингент инвалидов, нуждающихся в проведении первичного протезирования. Вследствие генерализации и тенденции к прогредиентному течению патологического процесса, при атеросклеротических поражениях сосудов конечностей имеет место нарушение кровообращения в других сосудистых бассейнах, в частности, в сосудах головного мозга [2]. Как правило, у лиц с ОЗАНК преобладают хронические формы церебральной патологии в виде дисциркуляторной энцефалопатии (ДЦЭ), которая является результатом медленно прогрессирующей недостаточности артериального кровоснабжения головного мозга [1].

Настоящая работа посвящена изучению характера нарушений церебральной гемодинамики у первично протезируемых лиц с утратой нижней конечности вследствие ОЗА и сопутствующей ДЦЭ.

Обследовано 126 инвалидов в возрасте 45-70 лет, лица старше 50 лет составили 77,1 %. Мужчин было 107 человек (84,9 %), женщин – 19 (15,1 %). У большинства больных конечность была ампутирована на уровне бедра – 82 чел. (65,1 %), с культей голени было 33 пациента (26,2 %), с двусторонними постампутационными дефектами (ПАД) голеней либо голени и бедра – 11 (8,7 %). Полиморфизм клинической картины ДЦЭ представили следующие неврологические синдромы: кохлеовестибулярный (35,9 %), психоорганический (22,1 %), паркинсоноподобный (9,9 %), их комбинированные варианты (18,4 %), эпилептический с редкими судорожными пароксизмами (5,3 %).

Исследование церебральной гемодинамики проводили методом реоэнцефалографии (РЭГ) в двух стандартных отведениях, до и после протезирования конечности. В период подготовки к протезированию больным проводилось комплексное дифференцированное лечение сопутствующей церебральной патологии.

В результате проведенных исследований установлена положительная корреляция между характером нарушений церебральной гемодинамики и возрастом больных. Анализ результатов РЭГ у лиц в возрасте 45-55 лет позволил выявить снижение тонуса сосудов распределения и увеличение реографического индекса (1,2 ± 0,09) в 33,5 % случаев; снижение тонуса сосудов сопротивления, повышение тонуса сосудов распределения и умеренное снижение показателей РИ (0,92 ± 0,10) имелось у 49,2 % больных, что свидетельствует об умеренно выраженном снижении мозгового кровотока. У пациентов старше 55 лет в большинстве случаев (77,1 %) имело место увеличение тонуса сосудов распределения и уменьшение РИ (0,63 ± 0,07), признаки межполушар-

ной асимметрии выявлены у 78,4 % больных, затруднение венозного оттока – у 51,5 % ($p < 0,05$).

Выраженное снижение параметров церебральной гемодинамики констатировано у 58 % инвалидов, тем не менее, у всех этих больных выявлена зависимость результатов протезирования от характера тяжести ПАД нижней конечности и клинико-неврологического варианта проявления ДЦЭ. В процессе работы не было отмечено взаимосвязи между восстановлением локомоторной функции и тяжестью нарушений церебральной гемодинамики. Вероятнее всего, последние обуславливают развитие тех или иных неврологических расстройств.

Исследование показателей РИ при некоторых клинико-неврологических синдромах ДЦЭ на этапе двигательной реабилитации инвалидов позволило установить, что на фоне комплексного восстановительного лечения сопутствующей патологии, достоверных его различий до и после протезирования конечности не выявлено, о чем свидетельствуют данные, представленные в таблице.

Таким образом, эффективность первичного протезирования лиц с ПАД нижних конечностей атеросклеротического генеза при сопутствующей ДЦЭ определяется вариантом ее проявления и не зависит от характера нарушений церебральной гемодинамики.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бурцев, Е.М. Дисциркуляторная (сосудистая) энцефалопатия /Е.М. Бурцев //Ж-л невр. и псих. – 1998. – № 1. – С. 45-48.
2. Куперберг, Е.Б. Частота поражения сонных артерий у больных с ишемией нижних конечностей /Е.Б. Куперберг, Т. Никитина, О.Ф. Горькавая //Тез. докл. Всес. конф. «Актуальные проблемы ангиологии». – М., 1989. – С. 45.

Таблица

Динамика показателей реографического индекса на этапе первичного протезирования при различных клинико-неврологических синдромах дисциркуляторной энцефалопатии

Отведение РЭГ	кохлеовестибулярный, n = 43		паркинсоноподобный, n = 13		психоорганический, n = 22		комбинированные варианты, n = 24	
	до протезирования	после протезирования	до протезирования	после протезирования	до протезирования	после протезирования	до протезирования	после протезирования
Фронто-мастоидальное	0,91 ± 0,04	0,87 ± 0,06 P > 0,05	0,62 ± 0,08	0,60 ± 0,05 P > 0,05	0,58 ± 0,07	0,56 ± 0,04 P > 0,05	0,51 ± 0,07	0,46 ± 0,6
Окципито-мастоидальное	0,72 ± 0,04	0,69 ± 0,09 P > 0,05	0,57 ± 0,09	0,52 ± 0,06 P > 0,05	0,49 ± 0,08	0,45 ± 0,05 P > 0,05	0,48 ± 0,11	0,44 ± 0,09 P > 0,05

И.Е. МИКУСЕВ, Г.И. МИКУСЕВ, Н.А. ЛАТЫПОВА, Р.Ф. ХАБИБУЛЛИН
Научно-исследовательский Центр «Восстановительная травматология и ортопедия», г. Казань

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИЗОЛИРОВАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ ГЛУБОКИХ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Несмотря на кажущуюся простоту, распознавание ранений сухожилий сгибателей пальцев кисти до сих пор встречает определенные трудности, приводящие к позднему установлению правильного диагноза и, следовательно, к увеличению сроков лечения и более худшим результатам [1, 2].

В отделении хирургии кисти НИЦ Татарстана «Восстановительная травматология и ортопедия» за период 1973-2002 гг. лечились 399 больных с изолированным повреждением сухожилия глубокого сгибателя (СГС) на 513 пальцах. Предоперационное обследование этих больных включало сбор анамнеза, осмотр, определение наличия и объема активных движений в суставах пальца, пальпацию.

В свежих случаях подозрение на изолированное повреждение СГС должно возникать при наличии любой, даже колотой раны по ладонной поверхности пальцев, от средних отделов основной фаланги до дистального межфалангового сустава (ДМФС) и ногтевой фаланги (НФ). Необходимо обращать внимание на локализацию раны, ее глубину и положение пальцев. Вследствие возникшего дисбаланса сил тяги сгибателей и разгибателей ногтевая фаланга, как правило, разогнута, в пястно-фаланговом, проксимальном межфаланговом суставах (ПМФС) палец имеет обычное физиологичное согнутое положение. Но в ряде случаев, при одновременном повреждении ладонной части капсулы ДМФС, возникает первичная гиперэкстензия НФ, что наблюдалось у 32 больных на 35 пальцах.

Активное сгибание ногтевой фаланги при изолированном повреждении СГС отсутствует, в ПМФС и пястно-фаланговом суставах (ПФС) сгибание полное и мякоть пальца почти достигает ладони. При повреждении СГС в области прикрепления к ногтевой фаланге, после смещения центрального конца его, он сохраняет частичную связь с ней за счет мезотенония – vinculum breve, что клинически проявляется наличием активных движений в ДМФС в небольшом объеме. Данный симптом выявлен у 38 больных на 43 пальцах. Объем активных движений составлял 12-25 градусов.

При повреждении СГС в области ПМФС одновременно может произойти повреждение одной или обеих ножек сухожилия поверхностного сгибателя (СПС), вблизи прикрепления с небольшим смещением их. Клинически палец бывает согнутым в ПМФС в меньшей степени, чем обычно. Но объем активных сгибательных движений в нем может быть почти полным за счет сохранившейся связи ножек СПС со средней фалангой посредством мезотенония. Данный симптом выявлен у 58 больных на 72 пальцах. Объем активных движений в ПМФС составил 26-93 градусов.

Застарелые повреждения СГС пальцев кисти имеют ряд особенностей. При осмотре обращается внимание на вид и уровень расположения имеющихся рубцов, положение кисти и пальцев, омозолелости и другие изменения кожи, состояние мышц предплечья и кисти.

Спутник застарелых повреждений сухожилий сгибателей пальцев, особенно при множественном повреждении их, – атрофия мышц предплечья и кисти, даже при одновременном изолированном повреждении СГС трех-четырех пальцев, выражена неярко или может отсутствовать вообще, если концы сухожилий фиксированы вблизи рубца, или повреждение СГС произошло на одном-двух пальцах.

Пальпируя место повреждения, можно определить локализацию концов поврежденного сухожилия, запустевание сухожильного влагалища.

Возникающий дисбаланс между сгибательным и разгибательным аппаратом пальца, вследствие утраты точки фиксации глубокого сгибателя к ногтевой фаланге, постепенно приводит к ее гиперэкстензии, что наблюдалось у 198 больных на 264 пальцах. Ногтевая фаланга не имеет достаточной устойчивости. При сжимании в кулак палец не может прочно упираться в ладонь, при соединении 2, 3, 4 и 5 пальцев с первым отсутствует достаточная сила соприкосновения (т.е. нарушается щипковый схват), надавливание этой фалангой на какой-либо предмет также не имеет достаточной силы. Сместившийся проксимально центральный конец поврежденного СГС, оставаясь в синовиально-апоневротическом канале пальца, нарушает функцию неповрежденного СПС, ограничивая движения в ПМФС с возможным развитием сгибательной контрактуры в нем. Данный симптом выявлен у 97 больных на 115 пальцах. При смещении более центрально, на ладонь, проксимальный конец СГС, ретрагируясь, нередко образует болезненное уплотнение в основании пальца, что имелось у 88 больных на 103 пальцах.

Таким образом, диагностика изолированных повреждений сухожилий глубоких сгибателей требует хорошего знания топографической анатомии кисти, тщательного и внимательного обследования пострадавшего, что помогает правильно установить диагноз и определиться с тактикой хирургического лечения этой группы больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дедушкин, В.С. Первичное восстановление поврежденных сухожилий глубоких сгибателей пальцев кисти в «немой» зоне (Клин.-экспер. иссл.): Дис. ... канд. мед. наук /В.С. Дедушкин. – Л., 1969. – 360 с.
2. Kay, Simon P. J. Amit Gupta, The Growing Hand (Diagnosis and management of the Upper Extremity in Children) / Simon P. J. Kay, Luis R. Scherer. – London; Edinburg; New York; Philadelphia; St Louis; Sydney; Toronto, 2000. – 1156 p.

В.Н. РОГАЧЕВА, О.В. КУЗЬМЕНКО
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

СТАТО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КОКСАРТРОЗА ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Опорно-двигательная система объединяет опорно-двигательный аппарат и систему управления движениями. Она решает сложные ситуационные моторные задачи по организации и координации позы и локомоции, которые объединяются в статико-динами-

ческие функции. Качество статико-динамических функций определяется рядом свойств опорно-двигательной системы: опороспособности, суставной подвижности звеньев нижних конечностей и перенососпособностью в целом, статической и динамической устойчивостью. Именно данные показатели определяют тяжесть декомпенсации процесса у больных, страдающих коксартрозом, подлежащих операции тотального эндопротезирования.

Целью работы явилось исследование опороспособности нижних конечностей и статико-динамической устойчивости в опорно-двигательном аппарате у больных с деформирующим остеоартрозом тазобедренных суставов.

Проведены исследования в предоперационном периоде у 30 больных, которым впоследствии выполнили тотальное эндопротезирование одного (26 чел.) или двух (4 чел.) тазобедренных суставов. Показаниями к операции явились: застарелый вывих бедра (1 чел.), ложный сустав шейки бедра (6 чел.), коксартроз 3-й степени (19 чел.). Из них было 14 мужчин и 12 женщин в возрасте 32-71 лет. Нормативные данные отрабатывались на 28 здоровых добровольцах, не имеющих патологии опорно-двигательной системы. Всем проводилась стабилография динамики текущей опорности и устойчивости в позе вертикальной стойки, с предъявлением функциональных нагрузок (закрывание глаз, гипервентиляция 1,5 мин, поза Ромберга, вестибулярная проба).

В стабилограмме выявлялись сильные волны качаний, непрерывный тремор напряжения, быстрые смещения базовой линии опоры, множественные пик-волны срыва опоры. Реакции на функциональные нагрузки были выраженные, адаптации не было. При подаче вестибулярной пробы у всех пациентов отмечалась потеря равновесия. Полученные данные указывали на то, что у всех больных поза вертикальной стойки опорноаномальная, имела напряжение, была неустойчива до срыва опоры и потери равновесия, а компенсация нарушений опорности и устойчивости была снижена до состояния декомпрессии. Сила мышечных групп была снижена до 78-83 % ($p < 0,001$) со стороны сустава, имеющего более грубые патологические изменения. В то же время в менее измененном суставе сила мышечных групп составила до 45-50 % ($p < 0,01$), флексорная установка в патологически измененном суставе достигала 20 градусов. Весовая нагрузка преобладала на менее деформированный сустав ($74,1 \pm 1,2$ %, $p < 0,01$), на пяточный отдел конечности опорной ноги с выраженной носковой опорой. Такое распределение весовой нагрузки на стопы характеризует недостаточную опороспособность предполагаемой оперируемой конечности или выраженное опоропредпочтение. Асимметрия распределения веса соотносится, главным образом, из-за наличия болевого синдрома (у всех больных). Опорное укорочение создает диагональный перекос опоры с опоропреобладанием на плюсневые отделы стопы пораженной ноги и на пяточный отдел на менее пораженной конечности.

При опорном укорочении свыше 3 см распределение нагрузки на стопе более равномерно с коэффициентом $1,07 \pm 0,82$ ($p < 0,01$). Большая дисперсия этого показателя связана с тем, что кроме выраженной тенденции к смещению общей массы вперед за счет флексорной установки таза, ее компенсация поясничным лордозом затруднена из-за отчетливого тазового перекоса с ротацией в сторону более пораженной нижней конечности с подгибанием здоровой. Такая порочная установка в позе вертикальной стойки приводит к снижению ее устойчивости, что отображается в непрерывной смене опорных точек и зон из-за вынужденного выбора в системе управления предпочтения опоры для устойчивого положения в пространстве. Ситуация усугубляется развитием гипотрофии мышц нижних конечностей и остеохондроза.

При двусторонних поражениях наблюдается картина большей неустойчивости за счет контрактурной и порочно-установочной фиксации в области тазобедренных суставов. Однако при функциональных нагрузках проявлялись скрытые неустойчивость стояния и напряжение механизмов компенсации. Полученные функциональные исследования дополнили картину патологических изменений, зарегистрированных на рентгенограммах тазобедренных суставов, где имелись выраженные деструктивные процессы, что явилось дополнительным показанием к проведению оперативного лечения коксартроза у всех обследованных.

Таким образом, функциональные исследования нарушений в опорно-двигательном аппарате у пациентов с деформирующим артрозом тазобедренных суставов позволяет определить тяжесть нарушения функции органа и предопределить показания к оперативному лечению данной категории больных в комплексном обследовании в предоперационном периоде.

В.Н. РОГАЧЕВА, Н.Г. КОНОВАЛОВА, Т.Н. ДЕДИКОВА
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ОСОБЕННОСТИ СТАБИЛОМЕТРИИ БОЛЬНЫХ С ПАРАПЛЕГИЕЙ, ГЛУБОКИМ ПАРАПАРЕЗОМ

Стабилометрия – регистрация положения и движений общего центра давления на плоскость опоры при стоянии. Основоположником метода считается итальянский врач и физиолог Джованни Борелли, который в 1743 г. впервые обратил внимание на то, что тело стоящего человека совершает легкие колебания. В 50-х годах прошлого столетия метод был технически разработан и начал широко использоваться в ортопедии и протезировании для изучения силового взаимодействия тела человека и каждой конечности с опорой [1, 4]. Сущность метода заключается в регистрации распределения сил реакции опоры по платформе, на которой стоит испытуемый, с помощью тензометрических датчиков, что отражает перемещение проекции общего центра давления человека на опорную плоскость. При этом механические колебания переводятся в электрические и регистрируются в виде трех составляющих реакции опоры: продольной, поперечной и вертикальной. Для стандартизации позы человека и уменьшения произвольных движений в процессе выполнения тестов применяется дополнительный монитор, устанавливаемый на специальной стойке на уровне головы пациента. Во время исследования на экране дополнительного монитора появляется круг, пациента просят смотреть на это изображение [5].

Стабилограмма представляет кривую сложной формы, отражающую колебания проекции общего центра давления человека на опорную плоскость. По мере развития автоматизированных методов обработки данных, информативность методики стабилометрии возрастает. Сегодня принято анализировать положение, движение, амплитудно-частотные характеристики, скорость перемещения и некоторые другие показатели динамики проекции общего центра давления на плоскость опоры [5]. Обычно исследуют основную стойку и некоторые другие положения, подобранные с учетом контингента больных [2].

Стабилометрия – это средство инструментальной диагностики, непосредственно исследующее функцию равновесия, количественно и качественно определяющее имеющуюся патологию. Сравнительный анализ результатов стабилометрических исследований, проведенных до и после лечения, дает возможность количественно оценить эффективность реабилитационных мероприятий. Проведение исследований на этапах восстановительного лечения позволяет оценить эффективность каждого этапа, раскрыть закономерности восстановления вертикальной позы, проводить коррекцию лечения. Стабилометрия – незаменимое средство функционально обоснованного управления процессом двигательной реабилитации больных с тяжелой ортопедической и неврологической патологией. Однако рассматриваемый контингент имеет сложности с поддержанием вертикальной позы, которые затрудняют или не позволяют провести исследования:

- пациентам трудно встать без дополнительной опоры, им требуется принять устойчивую позу с использованием средств дополнительной опоры, затем постепенно их отпустить и стоять, сознавая возможность воспользоваться дополнительной опорой в случае необходимости;
- физическим и психологическим препятствием служит необходимость подняться на платформу, возвышающуюся над уровнем пола и стоять на возвышении;
- многие пациенты с синдромами нижней параплегии, глубокого парапареза могут удерживать вертикальную позу без внешней фиксации суставов только после вынужденного разгибания нижних конечностей в коленных суставах, тыльного сгибания в голеностопных и удержания их некоторое время в этом положении, что достигается стоянием в коленоупоре на треугольных косках.

Поэтому для проведения стабилометрии больных с тяжелой патологией опорно-двигательного аппарата платформу необходимо устанавливать в помост, снабженный средствами устойчивой дополнительной опоры, на которых укреплен коленоупор в виде калитки. Подъем на помост оформлять в виде короткого пандуса, или треугольного коска. Это позволяет пациенту принять и зафиксировать вертикальную позу, держаться во время установки на платформу, служит психологической поддержкой в процессе исследования.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабский, Е.Б. Методика исследования опорности нижних конечностей. Мат. 2-й науч. сессии ЦНИИПП /Е.Б. Бабский, Я.С. Якобсон. – М., 1952. – С. 28-30.
2. Ветрилэ, В.С. Стабилометрия как метод оценки проприоцепции при повреждениях капсульно-связочного аппарата ко-

ленного сустава /В.С. Ветрилэ, И.С. Косов, А.К. Орлецкий //Вестн. травматол. ортопед. – 2002. – № 2. – С. 34-37.
3. Рощик, Г.И. Метод и прибор для определения силового воздействия всего тела и каждой конечности на опору /Г.И. Рощик //Мат. 3-й науч. сессии ЦНИИПП. – М., 1953. – С. 134-142.
4. Скворцов, Д.В. Клинический анализ движений: Анализ походки /Д.В. Скворцов. – М., 1996. – 344 с.
5. Скворцов, Д.В. Клинический анализ движений: настоящее и будущее: Мат. II-й Всерос. конф. по биомеханике /Д.В. Скворцов. – Н-Новгород, 1994. – С. 172-173.

Г.С. ФЕЛЬГРОН
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПОДВИЖНОСТИ ПОВРЕЖДЕННОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПОЗВОНОЧНИКА

У больных с повреждением позвоночного столба для последующей медицинской реабилитации важным является вопрос о состоянии двигательного сегмента на уровне повреждения. Клинические методы определения стабильности отличаются большой неточностью. Для определения состояния двигательного сегмента основным методом является рентгенофункциональный. Рентгенограммы проводятся в боковой проекции, в положении максимального сгибания и максимального разгибания поврежденного отдела позвоночника.

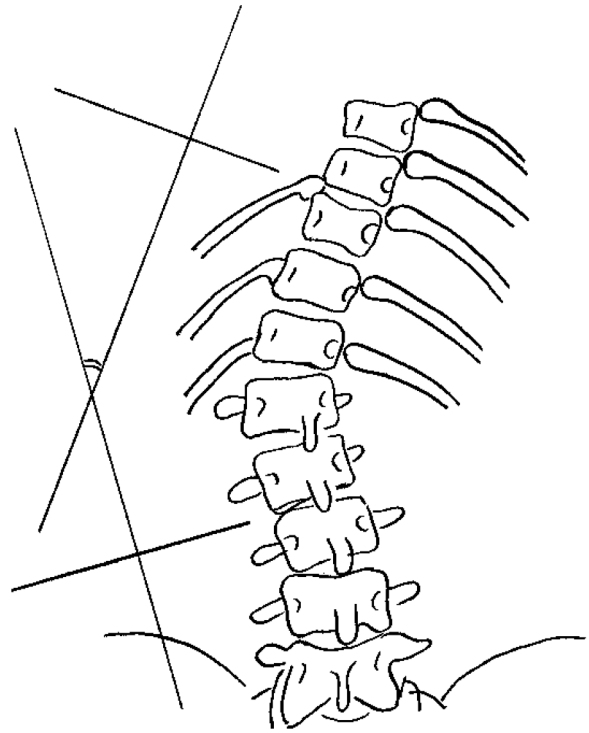
По рентгенограммам определяется величина искривления позвоночника в сагиттальной плоскости, физиологическая и патологическая подвижность в пределах сегментов позвоночного столба на уровне повреждения, величина патологической подвижности в градусах, особенности костной структуры и сохранившейся функции межпозвонковых дисков, наличие посттравматических изменений позвоночного столба. Комплексный анализ полученных данных позволяет получить достаточные сведения о функциональных возможностях позвоночного столба на уровне повреждения.

Функциональные возможности позвоночника складываются из 3-х показателей: подвижность во фронтальной плоскости, подвижность в сагиттальной плоскости, функции межпозвонковых дисков. Для больных с повреждением позвоночного столба существенным является подвижность в сагиттальной плоскости, а также функция межпозвонковых дисков.

Наиболее удобным методом определения деформации позвоночного столба является метод Липпманна-Кобба (рис. 1).

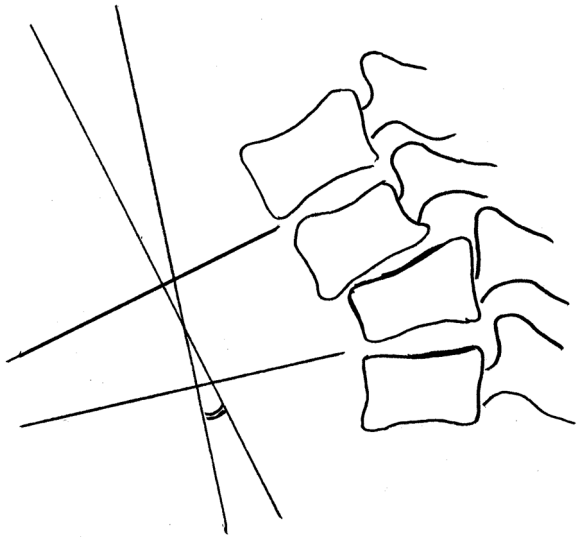
Для определения величины деформации по этому методу достаточно провести линию вдоль верхнего и нижнего края тел нейтральных позвонков на спондилограммах, выполненных в передне-задней проекции. Пересечение перпендикуляров, восстановленных к этим двум линиям, дает угол деформации. Для измерения величины подвижности поврежденных позвонков мы пользуемся модифицированным методом Липпманна-Кобба. Обязательным условием выполнения рентгенограмм при проведении рентгено-функционального исследования является: соблюдение постоянного пленочно-фокусного расстояния, параллельность сагиттальной плоскости тела больного и поверхности снимочного стола, идентичность условий центрации, а также физико-технических условий проведения рентгенографии.

Рисунок 1



Модификация метода Липпманна-Кобба (рис. 2) заключается в следующем: на боковой

Рисунок 2



спондилограмме по верхнему и нижнему контурам позвонков в поврежденном сегменте проводятся касательные линии. К этим линиям восстанавливаются перпендикуляры, пересечение которых образует угол деформации. Разность углов деформации на функциональных спондилограммах указывает амплитуду движений в поврежденном сегменте.

Кроме того, рентгено-функциональный метод позволяет провести изучение перемещения позвонков относительно друг друга. Для этого измеряется степень смещения каждого вышележащего позвонка по отношению к нижележащему. Измерение проводится по заднему контуру тел позвонков.

Для изучения состояния поврежденного двигательного сегмента обследовано 168 больных. Из них, с повреждением на шейном уровне – 43 больных, на грудном уровне – 78, на поясничном уровне – 47. У 122 пациентов (73 %) повреждение отмечалось в одном двигательном сегменте, у 46 (27 %) – в двух и более. По степени подвижности позвонков в поврежденных двигательных сегментах в пределах 1-2° – у 90 больных (53 %), в пределах 3-4° – у 57 (34 %), более 5°– у 21 (13 %).

На функциональных спондилограммах также изучалось смещение позвонков относительно друг друга в поврежденном двигательном сегменте. Нет смещения у 112 больных (66 %), смещение до 2 мм – у 33 (19 %), до 4 мм – у 17 (10 %), более 5 мм – у 6 (5 %).

Таким образом, модифицированный метод Липпманна-Кобба для определения деформации позвоночного столба позволяет:

1. Объективно оценить состояние поврежденного позвоночного двигательного сегмента.
2. Провести отбор больных, нуждающихся в проведении стабилизирующих операций на позвоночнике.
3. Провести этапные контрольные рентгено-функциональные исследования для оценки эффективности стабилизирующих операций на позвоночнике.

А.П. ШЕИН, М.С. САЙФУТДИНОВ, Г.А. КРИВОРУЧКО, А.Т. ХУДЯЕВ, А.А. СКРИПНИКОВ, З.М. КРИВОНОГОВА, А.Н. ДЬЯЧКОВ
ГУН РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А. Илизарова, г. Курган

КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗРАБОТКИ НОВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНЫМИ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ

Обобщение накопленного клинического опыта и данных экспериментальных исследований позволяет считать, что степень восстановления функций различных систем организма после острых нарушений мозгового кровообращения определяется тем, в какой мере удается сохранить и вернуть к исходному состоянию нейроглиальные популяции мозговой ткани, подвергшиеся частичной и обратимой альтерации. В этом случае успех в разработке и применении новой технологии лечения зависит от степени сбалансированности составляющих ее элементов. Лечебное воздействие, опирающееся на результаты клинических наблюдений и данные инструментальной диагностики, должно способствовать синхронизации уровня восстановления мозгового кровообращения с ростом нагрузки на высшие сенсорные и моторные центры. При этом интенсификация мозгового кровообращения должна быть плавной, постепенной и адекватной текущим адаптивным возможностям альтерированной нервной ткани.

На основе данных предпосылок в Российском научном центре «Восстановительная травматология и ортопедия» был разработан [3] и внедрен [6] метод вазоактивной краниоостеопластики (формирование дистракционного регенерата в

области смоделированного или посттравматического дефекта костей свода черепа), направленный на стимуляцию церебрального кровотока в зоне ишемии путем образования сосудистых анастомозов. В условиях применения данного метода, восстановление кровоснабжения пораженного участка мозга происходит естественным путем во взаимодействии с адаптивно-компенсаторными механизмами нервной ткани.

В настоящее время разрабатывается комплекс реабилитационных мероприятий для больных с последствиями острых нарушений мозгового кровообращения в условиях применения вазоактивной краниоостеопластики.

Он включает методы психологического воздействия, направленные на поддержание высокого уровня мотивации, методы стимуляции сенсорных входов анализаторов и дозированной нагрузки на моторные системы. Важную роль при этом должны играть методы диагностики, такие как электроэнцефалография (ЭЭГ) и электромиография (ЭМГ).

Несмотря на то, что развитие компьютерной томографии снижает диагностическое значение ЭЭГ, как метода пространственной локализации очага поражения мозговой ткани в условиях острого нарушения мозгового кровообращения [2], она по-прежнему является практически единственным объективным показателем, отражающим функциональное состояние мозга. Применение современных систем компьютерного анализа ЭЭГ и вызванных потенциалов позволяет оценить степень сохранности резервов ЦНС после сосудистой катастрофы, а также характер и направленность адаптивно-компенсаторных процессов на разных стадиях развития патологического процесса.

Поскольку значительную часть резервов восстановления функции мозга составляет частично альтерированная нервная ткань перифокальной области очага поражения, ее ЭЭГ-характеристики являются важными показателями реабилитационного потенциала у конкретного больного. Наличие локусов медленно-волновой активности, соотношение очаговых и общемозговых ЭЭГ-признаков, а также отслеживание их динамики позволяют объективно оценивать возможную эффективность использования того или иного метода реабилитации и конкретизировать режим его эксплуатации.

Теоретической основой интеграции результатов ЭМГ-картирования мотокортекса и неврологических признаков пирамидной недостаточности у постинсультных больных с ЭЭГ-картиной функционального состояния их ЦНС является теория организации движений А.Н. Бернштейна [1], позволяющая определять стратегию реабилитации, исходя из преимущественного поражения того или иного уровня двигательной системы. В связи с этим, наиболее перспективным направлением в разработке средств и способов восстановления двигательных функций у больных с дисциркуляторными энцефалопатиями является использование методов биологической обратной связи по параметрам ЭМГ- и ЭЭГ-сигналов [4, 5].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бернштейн, Н.А. О построении движений /Н.А. Бернштейн //Физиология движений и активность. – М., 1990. – С. 11-242.
2. Гнездицкий, В.В. Обратная задача ЭЭГ и клиническая электроэнцефалография /В.В. Гнездицкий. – Таганрог, 2000. – 640 с.
3. Дьячков, А.Н. О некоторых возможностях чрескостного остеосинтеза в краниохирургии (экспериментальное обоснование) /А.Н. Дьячков // Гений ортопедии. – 1998. – № 4. – С. 37-41.
4. Пинчук, Д.Ю. Биологическая обратная связь по электромиограмме в неврологии и ортопедии (справочное руководство) /Д.Ю. Пинчук, М.Г. Дудин. – СПб., 2002. – 120 с.
5. Святогор, И.А. Оценка изменений вегетативных показателей в процессе биоуправления потенциалами мозга у больных нейроциркуляторной дистонией /И.А. Святогор, И.А. Моховикова, Т.А. Фролова //Биоуправление в медицине и спорте. – 2002. – С. 25-27.
6. Шевцов, В.И. Отделение вертебрологии. Итоги работы и перспективы /В.И. Шевцов, А.Т. Худяев, С.В. Люлин //Гений ортопедии. – 1998. – № 4. – С. 84-86.

А.П. ШЕИН, Т.В. СИЗОВА, В.Д. МАКУШИН, О.К. ЧЕГУРОВ

ГУН РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А. Илизарова, г. Курган

БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МЫШЦ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РАЗГРУЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ

Функциональное состояние мышц нижних конечностей в условиях развития дегенеративно-дистрофических изменений в структурах коленного сустава во многом определяет выбор тактики лечения (в соответствии с технологиями, разработанными в РНЦ «ВТО») и режим текущего контроля в реабилитационном периоде.

До лечения и в первые 1,5 года после его завершения, методом стимуляционной электромиографии [1], обследовано 70 больных в возрасте 22-70 лет с первой (13 человек); второй (37 человек) и третьей (20 человек) стадиями гонартроза [2]. Униполярно (отведение типа «belly-tendon») регистрировали супрамаксимальные М-ответы m. rectus femoris, m. vastus lateralis, m. vastus medialis, m. tibialis anterior, m. gastrocnemius lateralis, m. gastrocnemius medialis (справа и слева); анализируемый показатель – амплитуда «от пика до пика». Использовалась цифровая ЭМГ-система «1500» (DANTEC).

В предоперационном периоде различия средних величин амплитуды вызванной биоэлектрической активности мышц бедра и голени пораженной и контрлатеральной конечностей у больных гонартрозом 1-й и 2-й стадий были статистически не значимы ($P > 0,05$). Тем не менее, снижение М-ответов (на 19-26 %) m. rectus femoris оказалось более выражено, чем для m. vastus lateralis и m. vastus medialis.

В группе пациентов гонартрозом 3-й стадии М-ответы мышц больной конечности были на 17-30 % ниже, чем на здоровой, причем для передних групп мышц бедра и голени – статистически значимо ($P < 0,05$). Наблюдаемое снижение мы связываем с атрофией части двигательных единиц вследствие локальной гиподинамии, обусловленной разгрузкой конечности по аналгическому типу в условиях присутствия очага хронической ноцицептивной афферентации (область коленного сустава). Вероятнее всего, атрофии в первую очередь подвергаются мышечные волокна, входящие в состав быстрых двигательных единиц, как филогенетически более молодых структурных образований, чувствительных к действию неблагоприятных факторов.

Полученные нами данные показывают, что существует прямая зависимость уровня снижения амплитуды вызванной биоэлектрической активности мышц бедра и голени от стадии развития гонартроза.

10 больным гонартрозом 1-й стадии и 20 больным 2-й стадии выполнены туннелизация и остеоперфорация костей, образующих коленный сустав. При нарушении биомеханической оси конечности оперативное вмешательство у 17 больных гонартрозом 2-й стадии и у 16 больных 3-й стадии дополнялось корригирующей остеотомией берцовых костей в верхней трети с последующим остеосинтезом голени аппаратом Илизарова.

После туннелизации, характеризуемой относительно низкой травматичностью воздействия на ткани оперированной конечности, у больных гонартрозом 1-й стадии снижение М-ответов на оперированной конечности отсутствовало или было незначительным. У больных гонартрозом 2-й стадии, при использовании обеих видов оперативного вмешательства, вызванная биоэлектрическая активность прямой мышцы бедра и обеих головок икроножной мышцы достоверно снижалась на 22-54 % ($P < 0,05$). На контрлатеральной конечности изменения оказались несущественными.

У больных гонартрозом 3-й стадии после лечения, по сравнению с предоперационным периодом, М-ответы остались практически неизменными ($P > 0,05$). Есть основания полагать, что сохранившийся на фоне развития патологического процесса пакет двигательных единиц оказался более устойчив к компримирующим факторам, связанным с оперативным вмешательством.

Полученные данные подтвердили щадящий характер разработанных в РНЦ «ВТО» оперативных методик лечения гонартроза и целесообразность использования показателей вызванной биоэлектрической активности мышц в дооперационной диагностике и последующей коррекции функционального состояния мышц, обеспечивающих функционирование пораженного коленного сустава.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Байкушев, С. Стимуляционная электромиография и электронейрография в клинике нервных болезней /С. Байкушев, Э.Х. Манович, В.П. Новикова. – М., 1974. – 143 с.
2. Косинская, Н.С. Дегенеративно-дистрофические поражения костно-суставного аппарата /Н.С. Косинская. – М., 1961. – 346 с.

Д.Ю. БОРЗУНОВ, Н.В. ПЕТРОВСКАЯ, А.А. ЛАРИОНОВ
ГУН РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А. Илизарова, г. Курган

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ЗАМЕЩЕНИЯ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ПО ИЛИЗАРОВУ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Система восстановительного лечения больных с дефектами длинных костей по Г.А. Илизарову базируется на основополагающих принципах удлинения отломков и реконструкции их концевых отделов на стыке. Одноэтапное замещение обширного дефекта длинной кости по Г.А. Илизарову, с формированием одного дистракционного регенерата большей величины, определяет продолжительный срок остеосинтеза, необходимый для перестройки новообразованной костной ткани. Восстановление анатомической целостности конечности в короткий срок одноэтапной реабилитации возможно при использовании технологий полилокального формирования регенератов, обеспечивающих восполнение дефекта костной ткани за счет нескольких дистракционных регенератов малой величины.

Целью исследования явилась экспериментальная апробация новых технологий удлинения отломка. В работе использованы клинический, рентгенологический, радиологический, гистологический, ангиографический, гематологический и статистический методы исследования.

Выполнено 5 серий опытов на 57 взрослых беспородных собаках, которым метадиафизарные дефекты берцовых костей, составляющие 20,9 ± 0,3 % от исходной длины голени, замещены за счет двухуровневого удлинения проксимального (29 собак, I-я и II-я серии опытов), дистального (16 собак, III-я и IV-я серии) и обоих отломков (12 собак, V-я серия) большеберцовой кости. Возмещение дефекта проводилось перемещением сформированных фрагментов с темпом 1,0 мм/сут. за 4 приема, в условиях сохраненного (удлинение проксимального отломка) и нарушенного (удлинение дистального отломка) внутрикостного кровообращения.

При моделировании процессов замещения дефектов полилокальным формированием регенератов в костеобразовании принимали участие эндо- и периостальные структуры кости. В диастазах формировались дистракционные регенераты, имеющие зональное строение. Для последовательного (I-я и III-я серии) многоуровневого удлинения отломков большеберцовой кости был характерен более высокий уровень процессов перестройки в перемещаемых фрагментах. Наиболее выраженные явления остеопороза, с формированием периостальных напластований губчатой костной ткани высотой до 5-7 мм, отмечены при удлинении проксимального отломка (I-я серия). При щадящем нарушении целостности отломка (кортикотомия) в его диафизарном отделе и сохранении содержимого костномозговой полости процессы дистракционного остеогенеза протекали более активно, чем при удлинении отломка в проксимальном, дистальном метафизе или метадиафизе, что позволяло увеличивать темп перемещения фрагментов до 1,5 мм/сут.

При последовательном двухуровневом удлинении проксимального отломка большеберцовой кости (I-я серия) период перемещения фрагментов продолжался 18,2 ± 2,4 дней на каждом уровне, при одновременном (II-я серия) – 18,8 ± 2,7 дней. Процесс последовательного перемещения сформированных фрагментов дистального отломка (III-я серия) занял 20,4 ± 3,6 дней на каждом уровне, одновременного – 22,6 ± 1,6 дней. При удлинении обоих отломков большеберцовой кости (V-я серия) продолжительность дистракции составила 30 дней. Дистракция при замещении аналогичных по величине дефектов берцовых костей одноуровневым удлинением отломка продолжалась от 45 до 49 дней [1].

Период фиксации сегмента аппаратом в I-й серии опытов составил 61,6 ± 4,1 дней, во II-й – 59,2 ± 6,6 дней, в III-й – 89,3 ± 19,8 дней, в IV-й – 80 ± 6 дней, в V-й – 60 ± 3,2 дней. При замещении аналогичных по величине дефектов одноуровневым удлинением проксимального отломка фиксация сегмента аппаратом продолжалась до 90 дней [1].

При удлинении проксимального отломка (I-я, II-я серии) сохранялся медуллярный кровоток. Кровообращение в перемещаемых фрагментах обеспечивалось функционированием бассейна внутрикостной артерии и медуллярно-периостальных анастомозов. Повреждение основного ствола внутрикостной артерии при формировании пострезекционного дефекта в III-й, IV-й, V-й сериях опытов сопровождалось временными циркуляторными расстройствами медуллярного кровотока. Кровообращение в перемещаемых фрагментах и дистальном метафизе поддерживалось функционированием медуллярно-периостальных анастомозов. К 3-м месяцам фиксации сегмента аппаратом, после завершения перемещения фрагментов, отмечалась реканализация нисходящей ветви питательной артерии.

Органотипическая перестройка регенератов, в основном, завершалась к 6-9 месяцам после снятия аппарата.

Таким образом, экспериментальная апробация новых технологий несвободной костной пластики, позволяющих восполнять дефекты костной ткани полилокальным формированием регенератов, свидетельствует не только о высоких регенераторно-пластических возможностях костной ткани в условиях дистракционного остеогенеза, но и о реальных возможностях сокращения срока лечения. Повышение реабилитационного эффекта достигается системным подходом к проблеме – сберегательным отношением к остеогенным тканям при нарушении целостности кости, сохранением магистрального кровотока в удлиняемом отломке, восполнением дефекта костной ткани несколькими дистракционными регенератами малой величины, претерпевающими в короткий срок органотипическую перестройку.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Барабаш, А.П. Замещение дефектов длинных трубчатых костей по Илизарову: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. /А.П. Барабаш. – М., 1985. – 34 с.

А.М. БЕРМАН, К.В. СОКОЛОВ, В.Г. МАСЛЕННИКОВА
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМ

Несмотря на то, что ампутация является одной из древнейших операций, количество осложнений после ампутаций, пороков и болезней культей остается высоким. Цель исследования – изучение наиболее часто встречающихся ошибок и осложнений ампутаций травматического генеза, которые являются основным препятствием рационального протезирования.

В клинике центра в 1998-2002 гг. под нашим наблюдением находилось 240 инвалидов (с ампутационными культями бедра – 32 %, голени – 40 %, сочетанием культей нижних конечностей – 28 %). Больные по возрасту распределялись: до 20 лет – 15 %, 20-40 лет – 48 %, 40-60 лет – 30 %, 60 лет и старше – 7 %. Мужчин было значительно больше (84 %), чем женщин (16 %).

При поступлении на первичное протезирование всем инвалидам проводилось полное клиническое, лабораторное, рентгенологическое и электрофизиологическое обследование. По результатам обследования были выявлены следующие пороки и болезни культей: выстояние костного опила (9,4 %) обширные втянутые рубцы, спаянные с подлежащими тканями с тенденцией к изъязвлению (24,1 %), контрактуры смежных суставов (59 %), чрезмерно короткие культи голени и стопы (4,7 %), трофические язвы, лигатурные свищи и остеомиелит дистальных отделов культи (29,2 %), болезненные невромы периферических нервов на фоне фантомно-болевого синдрома (4,7 %). У 57,5 % больных имелось сочетание двух и более пороков, болезней культей. Все эти факторы значительно затрудняли, а в большинстве случаев препятствовали рациональному протезированию.

Из числа всех поступивших на первичное протезирование, у 14 % пациентов потребовалось оперативное лечение порочных культей – реампутации, иссечение невром, трофических язв и лигатурных свищей, пластика мягких тканей культи с целью укрывания опила, устранение избытка мягких тканей, фиксации мышц и иссечение порочных рубцов. В остальных случаях потребовалось интенсивное консервативное лечение, что значительно удлинило сроки госпитализации и протезирования.

Анализ полученных данных приводит нас к выводу, что хирурги при выполнении ампутаций и в послеоперационном периоде пренебрегают соблюдением целого ряда важнейших требований, что, в конечном итоге, приводит к формированию порочных культей. К этим требованиям можно отнести:

- формирование полноценных переднего и заднего лоскутов с широким основанием, атравматичная и тщательная обработка костного опила и возможно проксимальное пересечение нервных стволов, сшивание мышц-антагонистов над опилом с использованием биоинертного шовного материала, послойное ушивание мягких тканей культи без натяжения;
- обязательное сквозное дренирование операционной раны в течение 3-5 дней, в сочетании с адекватной инфузионной и антибактериальной терапией;
- необходимо проводить иммобилизацию культи и близлежащих суставов вплоть до снятия швов (10-12 дней), на фоне физиолечения, лечебно-физкультурного комплекса, включая фантомно-импульсивную гимнастику;
- после снятия швов целесообразно сосредоточить усилия на разработке движений в суста-

вах, укреплении мышц, нормализации кровообращения в конечностях, туго-эластическом бинтовании культи;
- в течение месяца после ампутации необходимо направить больного на первичное учебно-тренировочное протезирование, своевременность выполнения которого приводит к правильному формированию культи и последующему рациональному постоянному протезированию с хорошим функциональным результатом.

А.В. КАБИРОВ, С.Д. ПАНФИЛОВ, А.М. БАТРАКОВ, Э.Е. КИСЛОВ
Городская клиническая больница № 29, г. Новокузнецк

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Проблема лечения острых артериальных тромбозов и эмболий продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в экстренной сосудистой хирургии. Актуальность ее заключается в том, что достаточно велика доля ампутаций, которые приходится выполнять у этой категории пациентов.

Пролечено 260 больных с острой артериальной непроходимостью. Оперировано 174 пациента (67 %). Эмболии магистральных артерий встретились у 89 больных (34 %), тромбозы артерий – у 113 (44 %), тромбозы шунтов – у 58 (22 %). Возраст пациентов варьировал от 16 до 86 лет. Давность заболевания составляла от 1,5 час до 6 суток. Уровни эмболии распределились следующим образом: бифуркация брюшного отдела аорты – у 3-х больных, подвздошная артерия – у 10, бедренная артерия – у 33, подколенная артерия – у 9, берцовые артерии – у 10, подключичная артерия – у 2, подмышечная артерия – у 1, плечевая артерия – у 1, артерии предплечья – у 2-х пациентов.

При этом, из 92-х конечностей ишемия напряжения выявлена в 4-х случаях, ишемия 1А степени – в 11, 1Б – в 21, 2А – в 12, 2Б – в 27, 3А – в 10, 3Б степени – в 7 случаях.

Локализация уровней тромбоза артерий была следующей: брюшная аорта – у 6 больных, подвздошная артерия – у 21, подколенная – у 6, подключичная – у 3, плечевая – у 10, бедренные артерии – у 56, берцовые – у 11 пациентов. При тромбозах артерий количество ишемизированных конечностей составило 119, из которых ишемия напряжения встретилась в 4-х случаях, 1А степени – в 15, 1Б – в 18, 2А – в 21, 2Б – в 18, 3А – в 18, 3Б – в 11, 3В – в 9; хроническая ишемия 3-4-й степени – в 3-х случаях.

Среди больных с тромбозами шунтов, тромбоз бранши буфуркационного аорто-бедренного шунта выявлен у 34 пациентов, бедренно-подколенного шунта – у 17. Острая ишемия 1-й степени выявлена у 9 больных, 2А – у 8, 2Б – у 8, 3 – у 5 человек; хроническая ишемия 3-4 степени – в 33-х случаях.

У 174 больных проведено 297 оперативных вмешательств: тромбэмболэктомий – 189, реконструктивных операций – 36. Из 60 оперированных больных с эмболиями (63 ишемизированные конечности), артериальное кровообращение восстановлено в 54 случаях (85,7 %), у 9 пациентов (14,3 %) в дальнейшем проведены ампутации. В группе больных с тромбозами на 60 оперированных конечностях артериальное кровообращение компенсировано в 43 случаях (71,7 %), ампутировано 17 конечностей (28,3 %). Из 40 оперированных конечностей по поводу тромбоза шунтов после реваскуляризирующих операций выполнено 14 ампутаций (35 %), в остальных случаях (65 %) конечности сохранены.

Таким образом, наилучшие результаты оперативного лечения достигнуты у пациентов с эмболиями артерий. Самый высокий процент ампутаций конечностей получен у пациентов с тромбозами шунтов после различных реконструктивных операций.

М.В. КАЗАРЕЗОВ, А.М. КОРОЛЕВА, И.В. БАУЭР, В.А. ГОЛОВНЕВ, Г.А. ЧАСТИКИН
НПО «БРИЗ», Областная клиническая больница, г. Новосибирск

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С МИКСТАМИ (ГЛУБОКИЕ ОЖОГИ И ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ)

В мирной жизни комбинированные повреждения наблюдаются нечасто. Поэтому, встречаясь с такого рода больными, хирург, знающий что делать с больным, имеющим ту или иную патологию, оказывается в растерянности при наличии комбинированного поврежде-

ния, когда ни один из вариантов, пригодных в отдельности, оказывается не пригодным.

Создается ситуация, когда оперативное лечение перелома невозможно из-за наличия ожоговой раны, проведение разреза по которой ведет к неминуемому инфицированию, гнойному осложнению и остеомиелиту в поврежденном сегменте, а консервативное лечение (репозиция, гипсовая повязка) также невозможно из-за наличия ожоговой раны.

Остается один вариант. Заживить ожоговую рану, а затем проводить мероприятия по лечению перелома кости. Однако этот вариант из-за длительности процесса заживления раны ведет к неправильному сращению костных отломков или их несращению. Ситуация, таким образом, оказывается сложной.

Нами предложен способ реабилитации больных с микстами. Сущность его заключается в следующем. После обследования и выявления локализации степени и площади ожога, характера перелома и смещения отломков оказывают помощь по всем правилам лечения ожогов, а также проводят иммобилизацию поврежденной конечности одним из доступных и более целесообразных в данной ситуации способов, больного оперируют.

Проводят катетеризацию магистрального сосуда поврежденной конечности и начинают вводить инфузат, в составе которого антибиотик, антикоагулянт, спазмолитик, местный анестетик. Через 10-12 суток ожоговый струп четко отграничивается и начинает отторгаться. Больного вновь оперируют. Проводят некрэктомию и кожную аутопластику. При глубине ожога с повреждением участка кости образовавшийся дефект замещают лоскутом на питающей ножке, возможно с остеосинтезом отломков, а при поражении только кожи или других мягких тканей дефект замещают полнослойным или расщепленным кожным лоскутом. После заживления ожоговой раны или в процессе проводится остеосинтез костных отломков одним из существующих в травматологии способов. При недостаточно активной регенерации раны наиболее предпочтительным оказывается компрессионно-дистракционный остеосинтез. Однако под прикрытием артериальной инфузии антибиотиков совершенно безопасно проведение и погружного остеосинтеза.

Под нашим наблюдением находилось 14 больных с переломами костей и сопутствующими глубокими ожогами сегментов конечностей. Из них 7 больных были с переломами голени, трое — с переломами костей предплечья и 4 — с переломами кисти.

Для иллюстрации возможностей восстановительного лечения больных с комбинированными повреждениями приведем пример. Больной Н., 19 лет, поступил в клинику после автодорожной травмы. Ехал на мотоцикле и был сбит встречным автомобилем. Длительное время находился под мотоциклом с прижатой к раскаленной выхлопной трубе голенью.

При осмотре: по задней поверхности голени, от подколенной области сверху и до пятки снизу, с переходом на внутреннюю и переднюю поверхность голеностопного сустава и голени, плотный ожоговый струп. Стопа смещена кнутри, с деформацией в надлодыжечной области. На рентгенограмме: перелом внутренней лодыжки, перелом малоберцовой кости в дистальном отделе, расхождение берцовых костей, вывих тарана Диагноз: «Закрытый перелом внутренней лодыжки, перелом малоберцовой кости, разрыв межберцового синдесмоза левой голени, вывих стопы. Термический ожог голени, голеностопного сустава, стопы IIIБ-IV-й степени, площадью 5 %».

Попытка хорошо репонировать костные отломки не удалась, открытое сопоставление отломков невозможно из-за наличия ожога. Понятно, что надолго наложить гипсовую повязку, даже при удавшемся сопоставлении отломков, при наличии ожоговой раны тоже нельзя. Наложена повязка с антисептическим раствором. Нога уложена на шину Белера со свободно наложенной гипсовой шиной, которая обеспечивает ноге жесткую фиксацию. В связи с наличием обширной ожоговой раны и сложного перелома костей дистального отдела голени, мы воспользовались предложенным нами способом лечения.

Катетеризирована бедренная артерия и начато введение инфузата, в составе которого пенициллин. Через неделю антибиотик заменен на линкомицин, по 5 мл 33 % раствора, на 12 часов. Через 12 суток артериальной инфузии больной взят в операционную. Проведена некрэктомия, образовавшийся дефект замещен расщепленным в 3/4 дермотомным кожным лоскутом, взятым с левого бедра. Через десять суток, при констатации полного приживления кожного лоскута, проведена операция остеосинтеза костных отломков и восстановления синдесмоза. Наложена глубокая гипсовая шина, с фиксацией коленного и голеностопного суставов. Раны зажили первично. Инфузия антибиотиков продолжалась в течение 32 суток. Сняты швы и наложена циркулярная гипсовая повязка, которая снята через 2 месяца. Констатировано сращение отломков и начато восстановительное лечение, направленное на активизацию движений в коленном и голеностопном суставах.

Или еще пример. Больной М., 24 лет. В морозный зимний день, будучи в алкогольном опьянении, подрался с собутыльниками, один из которых ударил его палкой по вытянутой в защитной позе руке. Почувствовал резкую боль.

Пришел домой и решил погреться с помощью включенной электроплитки. При выраженной алкогольной анестезии возник глубокий ожог по тыльной поверхности предплечья до половины окружности. На рентгенограмме – перелом локтевой кости и вывих головки лучевой кости. Диагноз: «Закрытый перелом локтевой кости со смещением отломков, вывих головки лучевой кости (перелом Мантеджи). Термический контактный ожог левого предплечья IIIБ-IV-й степени, площадью 3 %».

В связи с осложненностью перелома и нестандартностью ситуации, решено провести репозицию костных отломков и вправление головки лучевой кости с помощью дистракционного аппарата, под прикрытием регионарной инфузии антибиотиков. Катетеризирована плечевая артерия и начато введение антибиотиков. Через проксимальный метафиз локтевой кости и 2-5 пястные кости проведены спицы Киршнера, к которым сверху и снизу фиксированы полукольца от аппарата Илизарова. Дана дистракция по 2 мм/сут. В течение недели удалась репозиция костных отломков и вправление головки лучевой кости. Через 10 суток иссечен некротический ожоговый струп, а образовавшийся тканевой дефект замещен расщепленным кожным лоскутом, который полностью прижил, появились рентгенологические признаки сращения отломков локтевой кости. Снят аппарат. Наложена циркулярная гипсовая повязка. После снятия гипса, через 2,5 мес., констатировано сращение костных отломков, проведено восстановительное лечение. Функция руки восстановлена полностью.

В процессе лечения комбинированных повреждений конечностей 7 больным проведено замещение дефекта лоскутами на питающей ножке, четырем – расщепленным кожным лоскутом, троим – расщепленным кожным лоскутом и лоскутом на питающей ножке.

Таким образом, принимая во внимание возможности регионарной стерилизации поврежденного сегмента, открываются возможности для выхода из затруднительной ситуации при тяжелых комбинированных повреждениях конечностей. Под прикрытием внутриартериальной инфузии антибиотиков оказалось возможным совмещение проведения восстановительных оперативных вмешательств, ранее считавшихся немыслимыми.

М.В. КАЗАРЕЗОВ, А.М. КОРОЛЕВА, И.В. БАУЭР, В.А. ГОЛОВНЕВ, Г.А. ЧАСТИКИН
НПО «БРИЗ», Областная клиническая больница, г. Новосибирск

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМИ ТКАНЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РЕГИОНАРНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

В последние годы все ярче проявляется интерес к проблеме реабилитации больных с последствиями травм. Она вошла в комплекс лечебных мероприятий всех организационных лечебно-профилактических форм. Исследования по реабилитации повреждений и их последствий показывают необходимость проведения реабилитационных мероприятий с началом лечения пострадавшего.

Рост числа повреждений с повышением их тяжести, нарушение принципов лечения, отсутствие надежных критериев оценки жизнеспособности поврежденных тканей при хирургической обработке обширных ранений конечностей, появление антибиотикоустойчивой флоры и неэффективность проводимой антибактериальной терапии приводят к увеличению числа гнойно-септических осложнений у больных с тканевыми дефектами и создают проблему реабилитации таких больных, как фактора борьбы с инвалидностью от травм, которая растет. В связи с этим требуется выработка тактических и технологических приемов в профилактике гнойных осложнений и проведении реконструктивных операций для лечения больных с гнойными осложнениями.

При открытых повреждениях гнойные осложнения развиваются в 12-40 % случаев, при огнестрельных ранениях – в 50-80 %. После тяжелой травмы инфекционный процесс ведет к еще более выраженным анатомическим и функциональным нарушениям, восстановление которых возможно при обязательной ликвидации очага воспаления.

Прежним остается условие, подтвержденное и подтверждаемое хирургической практикой о невозможности замещения костных, а нередко и мягкотканных дефектов при наличии инфекции в ране или недостаточном времени после ее ликвидации. Нередко, при наличии тканевых дефектов с воспалительным процессом, возникают серьезные трудности в восстановлении поврежденной конечности из-за существующих хирургических противоречий, когда гнойный

очаг не позволяет проводить восстановительные операции, а задержка с их выполнением приводит к еще большему нарушению анатомо-функционального состояния органа. Поэтому мы предложили метод лечения больных с инфицированными тканевыми дефектами конечностей с введением принципиально новых тактических и хирургических приемов.

Под нашим наблюдением находилось 211 больных с инфицированными тканевыми дефектами в результате тяжелых открытых повреждений конечностей. Все больные, по характеру течения воспалительного процесса, разделены на три группы. Первая группа – 28 человек, экстренные больные, поступившие в течение 24 часов от момента травмы, контаминированной инфекцией. Вторая группа – 114 человек, с тканевыми дефектами и острым гнойно-воспалительным осложнением. Третья группа – 69 больных с тканевыми дефектами, осложненными хроническим гнойно-воспалительным процессом.

Всем пациентам восстановительно-реконструктивные операции проводились под прикрытием регионарной антибактериальной терапии, продолжительностью от 3-х до 90 суток, с обязательной ликвидацией воспалительного процесса. Из них, у 34 больных в ожидании очередного реконструктивного этапа инфузия прекращалась, артериальный катетер запаивался, и через 2-3 недели вновь проводилось введение инфузата через введенный ранее катетер, до достижения результата.

Больные 1-й группы имели тяжелые повреждения конечностей различных локализаций – открытый перелом, отрывы и размозжения сегмента и др. Им в качестве экстренной помощи проводилась катетеризация магистрального сосуда поврежденной конечности, с введением в артерию коктейля: антибиотик, новокаин или лидокаин, гепарин, папаверин. Этот стандартный состав инфузата может меняться в зависимости от характера повреждения органа и по мере изменений состояния раневого процесса.

Начиная оказание помощи с катетеризации артерии и инфузии коктейля, мы устраняли патологическую импульсацию с очага повреждения, а также создавали условия для оценки состояния кровообращения в зоне разрушения тканей, выявления их жизнеспособности на уровне отрыва или размозжения сегмента. Это позволило провести формирование культи по типу первичной хирургической обработки и замещение дефекта «утильной» кожей или свободным кожным лоскутом, взятым с донорского участка, и достичь первичного заживления культи за короткие сроки.

Больным 2-й группы проводилась катетеризация магистрального сосуда поврежденной конечности и начиналось введение названного коктейля. Чаще всего в начале терапии вводился пенициллин по 20-40 млн. ЕД/сут. При получении результатов бактериологического исследования раневого детрита, проводилась замена антибиотика. Одновременно с катетеризацией артерии проводилась секвестрнекрэктомия в очаге поражения, а через 7-14 суток тканевой дефект замещался свободным кожным лоскутом или лоскутом на питающей ножке. Реконструктивные операции на костях проводились после приживления лоскута или вместе с замещением мягкотканного дефекта.

Больные 3-й группы имели длительно текущий воспалительный процесс на фоне тканевого дефекта (трофическая язва, ложный сустав, хронический остеомиелит с костным дефектом). Половине из них (34 чел.) катетеризация магистрального сосуда и восстановительные операции проводились одномоментно, второй половине больных (35 чел.) восстановительная операция (замещение дефекта) проведена спустя 5-7 суток от начала регионарной инфузии.

Объем оперативных вмешательств, проведенных в процессе реабилитации: катетеризация артерии – 211; кожная пластика – 211; вторичная хирургическая обработка – 183; секвестрнекрэктомия – 183; остеосинтез – 96; костная пластика – 69; формирование культи и реампутация – 34; первичная хирургическая обработка – 28; прочие – 61. Всего 1076 оперативных вмешательств, то есть на каждого больного приходится по 5 операций.

Высокая кратность оперативных вмешательств является свидетельством тяжести состояния и пораженности курируемых больных. Но этот хирургический объем оправдан полученными результатами. У всех больных с различными тканевыми дефектами и фазами течения гнойного процесса наблюдалось первичное заживление ран, приживление кожных лоскутов и костных трансплантатов.

Таким образом, использование длительной внутриартериальной инфузии антибиотиков в реабилитации больных с инфицированными тканевыми дефектами позволяет проводить восстановительные и реконструктивные операции, с использованием выработанных нами тактических приемов, без опасения возникновения рецидивов воспаления, и получить отличные результаты реабилитации инвалидов с тяжелой травматической болезнью.

В.П. КЕЛЬМАКОВ, Е.В. ФИЛАТОВ, В.В. КЕЛЬМАКОВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА

Поздний период травматической болезни спинного мозга (ТБСМ) до сих пор остается мало изученным и тактика ведения таких больных весьма противоречива. Опыт отечественных нейрохирургов убедительно доказывает, что после декомпрессии спинного мозга хирургическим путем функция его может восстанавливаться, независимо от сроков после травмы, эти данные неоднократно подтверждены в экспериментах на позвоночнике и спинном мозге.

Такие же данные получены в эксперименте. Процент поздних оперативных вмешательств колеблется от 8,5 %.

В нейрохирургическом отделении Федерального государственного учреждения Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов за период 1992-2001 гг. пролечено 2425 больных в позднем периоде ТБСМ.

Нейрохирургическое лечение потребовалось 612 больным (25 %). По уровням поражения они распределились следующим образом: шейный – 153 больных, грудной – 287, поясничный – 172. Подавляющее большинство больных были трудоспособного возраста. Сроки госпитализации после травмы колебались от 8 мес. до 10 лет.

Показанием к оперативному лечению в позднем периоде ТБСМ являются все виды сдавления спинного мозга, усугубление неврологической симптоматики, нарушение опороспособности позвоночника, наличие болевого и спастического синдромов, отсутствие динамики в течение года, наличие и увеличение внутриспинальных кист, удаление металлических конструкций для проведения дополнительного обследования методом ядерно-магнитной резонансной томографии (ЯМРТ).

Мы выделили три группы операций, проведенных на данном этапе: операции на позвоночнике (331), на спинном мозге (281), комбинированные (140; из них 82 – на позвоночнике и спинном мозге, 58 – в сочетании с другими операциями, не связанными с позвоночником и спинным мозгом).

Операции на позвоночнике разделены на 4 группы: с удалением задних фиксирующих конструкций (52), с удалением переднего сдавления (45), с удалением заднего сдавливающего фактора (17), устранение нестабильности позвоночного сегмента (38).

В 1-ю группу включены операции по удалению фиксирующих пластин (13), удаление проволоки с протакрилом (14), гребенок «Роднянского» (21), транспедикулярных фиксаторов (4); во 2-ю – операции по удалению клина Урбана (22), грыж диска (5), клина Урбана и грыжи диска (15), трансплантата для межтелового спондилодеза (3); в 3-ю – удаление заднего сдавления дугой позвонка (10), гипертрофированной желтой связкой (5), эпидуральным абсцессом (2); в 4-ю – устранение нестабильности позвоночного сегмента путем переднего спондилодеза (20), заднего спондилодеза пластинами (12), комбинированного спондилодеза (6).

Операции на спинном мозге разделены на три группы: ревизия спинного мозга (89 случаев); рассечение спаек и субарахноидальных кист (67); дренирование внутриспинальных кист (41).

Сочетанные операции выполнены у 82 больных. В эту группу включены операции с удалением задней фиксации и ревизией спинного мозга (16), удалением задней фиксации и переднего сдавления (38), ревизией спинного мозга, удалением переднего сдавления и дренированием внутриспинальных кист (16), удалением переднего сдавления, пункцией внутриспинальной кисты и межтеловым спондилодезом (12).

Сочетанных операций, не связанных с позвоночником и спинным мозгом, было 58.

После предварительной подготовки пролежневых ран, в 18 случаях мы провели удаление задней фиксации и закрытие пролежневых ран, в 29 – ревизию спинного мозга, удаление переднего сдавления и закрытие пролежневых ран, в 11 – выполнена ревизия спинного мозга, удаление переднего сдавления и закрытие стомического свища. Во всех случаях получено первичное заживление послеоперационных ран.

Сразу после операции положительная динамика отмечена у 30 % оперированных больных. Через месяц еще 12 % больных отметили улучшение. В динамике, через год и более, удалось проследить состояние 245 больных. Улучшение в виде снижения спастики, уменьшения болевого синдрома, стабильности позвоночника, снише-

ния уровня чувствительности на два сегмента отмечено у 32 % больных.

Таким образом, нейрохирургическое лечение у больных в позднем периоде ТБСМ является оправданным и, при правильно выбранной тактике, дает хорошие результаты и сокращает сроки реабилитации спинальных больных.

В.П. КЕЛЬМАКОВ, Г.И. ПЯТАКОВА, М.А. ЛЕОНТЬЕВ, Е.В. ФИЛАТОВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА (ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ)

Уже в течение 20 лет на базе Новокузнецкого научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов функционирует нейрохирургическое отделение для спинальных больных.

Отделение создано в 1983 году. Предварительно был проведен поиск наиболее приемлемого направления в организации структуры этого подразделения. С этой целью ознакомились с работой спинальных центров в Москве и Санкт-Петербурге (Сестрорецкий), спинальных санаториев в Караганде, Садгороде, Саках, и было выбрано направление – комплексная медицинская и социальная реабилитация спинальных больных.

ННПЦ МСЭ и РИ является Центром федерального подчинения, поэтому больные поступают из многих регионов РФ. Учитывая то, что Центр находится на территории Кемеровской области, основное количество больных поступает из этого региона – до 70 %. В меньшей степени они поступают из Алтая, Екатеринбурга, Новосибирска, Красноярска, республики Саха и др.

Среди общего количества травм, повреждение позвоночника и спинного мозга составляет 0,2-0,4 %, летальность доходит до 50 %, инвалидизация приближается к 100 %.

Считается, что наиболее грозным для жизни больного является не сама травма спинного мозга, а ее последствия, проявления которых многообразны. Наиболее часто встречаются нейрохирургические нарушения, урологические, ортопедические и трофические. С учетом этих нарушений в штатное расписание нейрохирургического отделения были включены нейрохирург, невропатолог, уролог, ортопед-травматолог.

За прошедшие 20 лет отработаны этапы медицинской реабилитации. Мы выделяем этапы: нейрохирургический, урологический, устранения трофических нарушений, ортопедической коррекции, двигательной и социальной реабилитации.

Нейрохирургический этап включает освобождение спинного мозга от всех сдавливающих факторов, стабилизацию позвоночника и коррекцию его оси, реконструктивные операции на самом спинном мозге.

Урологический этап заключается в улучшении функции мочеиспускания и хирургическом устранении лимитирующих факторов (цистостом, камней мочевого пузыря и почек и др.).

Трофические нарушения (пролежневые раны) устраняются хирургическим путем, используя перемещенные кожные лоскуты.

При затруднениях двигательной реабилитации используется ортопедическая коррекция, направленная на блокирование ослабленных суставов или образование новых двигательных сегментов. В двигательной реабилитации используется наработка синергий и за счет этого проводится обучение передвижению и самообслуживанию.

Социальная группа занимается оформлением инвалидности, средств передвижения, для инвалидов проводятся юридические консультации.

За прошедший период в отделении пролечено 7750 больных и инвалидов с различной патологией центральной и периферической нервной системы. Мужчин было пролечено 5773, женщин – 1948. С осложненной травмой позвоночника и спинного мозга было 3895 больных.

По уровням поражения было выделено три группы: шейный отдел позвоночника (743 больных), грудной (1976), поясничный (1146 больных).

По территориям больные распределились следующим образом: жители Новокузнецка – 3545 больных; Кемеровской области – 1732; из других регионов – 2220; из стран СНГ – 256 пациентов.

Следует отметить, что за истекший период было проведено 3364 операции, из них: на позвоночнике и спинном мозге – 981; ортопедические коррекции – 964; оперативное закрытие пролежневых ран – 822; операции на кисти и периферических нервах – 281; урологические операции – 226.

Каждый второй пациент НХО был инвалидом, каждый третий – инвалидом I-й группы.

Использование комплексной медицинской и социальной реабилитации у больных с осложненной травмой позвоночника и спинного мозга позволило сократить сроки их пребывания на этапах, и тем самым ускорить выход на конечный этап – двигательную реабилитацию.

Э.Е. КИСЛОВ, С.Д. ПАНФИЛОВ, А.С. ПИНИГИН, А.М. БАТРАКОВ
Городская клиническая больница № 29, г. Новокузнецк

ЭПИДУРАЛЬНАЯ БЛОКАДА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ НЕПРЯМЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В эпидуральном пространстве находятся муфты твердой мозговой оболочки (ТМО), окружающие места выхода спинномозговых нервов. Через муфты ТМО местный анестетик при блокаде диффундирует в субдуральные, субарахноидальные корешковые пространства и цереброспинальную жидкость, что обеспечивает эпидуральную анестезию. При этом достигается симпатическая, болевая и моторная блокады. Проявлением симпатической блокады является тотальная медикаментозная симпатэктомия, что вызывает увеличение емкости сосудистого русла, с последующим снижением венозного возврата и артериальной гипотонией.

Цель исследования: оценить возможности использования медикаментозной симпатэктомии с помощью эпидуральной блокады в прогнозировании эффективности операции поясничной симпаткэтомии с одновременной реваскуляризирующей остеотрепанацией у больных с хронической ишемией нижних конечностей.

Материал и методы. Обследовано 30 пациентов с окклюзирующими поражениями артерий нижних конечностей. Всем больным измерялась скорость кровотока на передней и задней большеберцовой артерии аппаратом «Hadeco» ES-1000 SPM, датчиком 8,2 МГц. Вычислялось отношение систолического артериального давления на каждой из этих артерий к системному систолическому артериальному давлению (лодыжечно-плечевой индекс – ЛПИ). Далее выполнялась эпидуральная блокада по следующей методике. Проводилась пункция эпидурального пространства на уровне L3-L4, срединным доступом, иглой Туохи G 16-18. Верификация эпидурального пространства проводилась по методике «утраты сопротивления». Через иглу вводились тест-дозы 0,5 % р-ра бупивакаина, 3,0 и 5,0, с интервалом 3-5 мин. Затем вводилась основная доза бупивакаина, до 100 мг. Анестезия развивалась через 15-20 мин, от уровня гипогастрия до голеностопного сустава. После этого повторно измерялись показатели скорости кровотока на берцовых артериях и вычислялись ЛПИ.

Увеличение показателей скорости кровотока более чем на 20 %, величины ЛПИ на 0,1 и выше, расценивалось как положительный тест, что свидетельствовало о хорошей реакции периферического артериального русла на эпидуральный блок. Сохранение прежних величин или их уменьшение расценивалось как отрицательный тест, при котором непрямая реваскуляризирующая операция неэффективна.

Результаты. У 25 больных (83,3 %) с положительной реакцией на эпидуральный блок выполнена операция поясничной симпатэктомии, с одновременной реваскуляризирующей остеотрепанацией нижней конечности. В послеоперационном периоде у всех больных, обследованных через 10 дней и 3 месяца, субъективно был отмечен положительный эффект – увеличение дистанции безболевой ходьбы, потепление конечности. У 88 % пациентов в эти же сроки зарегистрировано увеличение показателей скорости артериального кровотока на берцовых артериях и прирост величины ЛПИ.

Таким образом, использование эпидуральной блокады и ультразвуковой допплерографии позволяет с высокой достоверностью прогнозировать эффективность операции поясничной симпатэктомии с одновременной реваскуляризирующей остеотрепанацией у больных с хронической ишемией нижних конечностей; дифференцировать показания к данному оперативному лечению у пациентов с сомнительной нитроглицериновой пробой при стандартной реовазографии.

В.А. КУКСИНСКИЙ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Увеличение в последние годы количества больных с облитерирующими заболеваниями нижних конечностей, ввиду своей медицинской и социальной значимости, несомненно, заставляет врачей хирургов и анестезиологов-реаниматологов искать пути совершенствования в лечении данной категории больных.

Основными заболеваниями, приводящими к окклюзии сосудов нижних конечностей, являются атеросклероз и диабетическая ангиопатия при сахарном диабете. Как правило, поражение сосудов происходит системно, а не только на уровне нижних конечностей. Пациенты с данными заболеваниями являются людьми пожилого и старческого возраста, находятся на грани срыва компенсации органов и систем вследствие изменения стенки магистральных сосудов и сосудов микроциркуляции. Именно поэтому у таких больных, в случае воздействия любого агрессивного фактора, могут развиться явления церебральной, сердечной, легочной, почечно-печеночной недостаточности.

Одним из таких факторов является болевой синдром, развивающийся при ишемии конечностей III-IV-й степени. На фоне активизации симпато-адреналовой системы, при длительно сохраняющемся болевом синдроме, у больных развиваются изменения вегетативной, эндокринной систем, метаболические нарушения. Кроме того, наличие болевого синдрома в послеоперационном периоде удлиняет сроки заживления и повышает риск развития гнойно-септических осложнений.

Другим фактором риска у таких больных является нарушение адаптационной способности малого и большого кругов кровообращения, вследствие снижения податливости склерозированных сосудистых стенок и повышения общего и органного периферического сопротивления. В результате усиления общей работы сердца, увеличения динамической нагрузки на миокард, снижения лабильности сосудодвигательного центра, снижается сократительная способность миокарда с относительным уменьшением сердечного выброса. Кроме того, уменьшается количество функционирующих капилляров и снижается их проницаемость. Все эти факторы формируют функциональную недостаточность кровообращения. Поэтому у подобной категории пациентов любые виды гипотонии опасны, поскольку сниженное перфузионное давление не способно обеспечить адекватное кровообращение в жизненно важных органах, и нередко приводит к срыву компенсации сердечно-сосудистой системы.

В нашем учреждении проводится, в среднем, около 100-110 реконструктивных операций в год у пациентов с атеросклеротическим и диабетическим поражением сосудов нижних конечностей (аорто-бедренное шунтирование, подвздошно-бедренное шунтирование, бедренно-подколенное шунтирование, эндартертромбэктомия). Практически все пациенты – люди пожилого и старческого возраста, с ишемией нижних конечностей III-IV-й степени, сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем в стадии суб- и декомпенсации. Болевой синдром у большинства больных длится от нескольких дней до нескольких недель, обезболивание наркотическими анальгетиками у них мало- или неэффективно.

Нами опробована методика предоперационной подготовки таких больных в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. За 2-4 дня до оперативного вмешательства больные транспортировались в палату интенсивной терапии. На уровне L1-L4 выполнялась катетеризация эпидурального пространства, с последующей продленной эпидуральной анальгезией местными анестетиками и наркотическими анальгетиками по общепринятой методике. Выполнялась катетеризация подключичной вены для проведения инфузионно-трансфузионной терапии и контроля центрального венозного давления (ЦВД). Инфузию проводили коллоидно-кристаллоидными растворами в объеме 1500-2000 мл/сут. под контролем показателей гемодинамики, ЦВД, гематокрита. В медикаментозной терапии применяли спазмолитики, антиагреганты, кардиотропные средства.

С первых же суток больные отмечали резкое уменьшение или полное отсутствие боли в пораженной конечности, улучшение самочувствия. Снижалась выраженность астенического, ипохондрического синдромов, появлялся сон, аппетит.

К моменту оперативного вмешательства создавалась нормоволемическая гемодилюция, нор-

мализовывались показатели гемодинамики. Оперативное вмешательство проводилось под эпидуральной анестезией. Течение анестезиологического пособия характеризовалось хорошим качеством анестезии, стабильностью гемодинамики, отсутствием нарушений дыхания на фоне введения в эпидуральный блок анестетиков. Кроме того, требовался значительно меньший объем вводимых во время пособия растворов, что немаловажно для пациентов с компрометированной сердечно-сосудистой системой. Послеоперационный период протекал гладко.

Таким образом, при планировании реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей, следует рекомендовать использование описанной методики предоперационной подготовки большинству больных с облитерирующими заболеваниями нижних конечностей.

В.А. КУКСИНСКИЙ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ЭФФЕРЕНТНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИИ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО ПОЛИАРТРИТА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

В комплексном лечении ревматоидного полиартрита было проведено сочетание методов гравитационной хирургии крови: плазмаферез и направленный транспорт лекарственных препаратов (инкубация клеточной массы).

Больная Л., 48 лет, поступила в клинику с диагнозом: «Ревматоидный полиартрит, быстро прогрессирующее течение, средней степени активности. Деформирующий артроз коленных суставов II-III-й степени, межфаланговых суставов обеих кистей».

Жалобы при поступлении на боли в коленных, голеностопных, лучезапястных, пястнофаланговых и межфаланговых суставах обеих кистей. Анамнез заболевания: больна в течение трех лет, впервые появились боли в лучезапястных суставах, пястнофаланговых и межфаланговых суставах. С первого обращения в медицинское учреждение начата терапия короткими курсами кортикостероидов. Лечение неэффективно. В течение последних двух лет ежедневно получала 6 мг полькортолона, цитостатики, нестероидные противовоспалительные средства. На этом фоне длительной ремиссии не отмечалось. На фоне приема гормональных препаратов развился выраженный кушингоидный синдром. Каждые 5-6 мес. проводился плазмаферез (три сеанса с удалением 300-400 мл плазмы).

Общее состояние средней степени тяжести, за счет выраженного болевого синдрома. По жизненным функциям компенсирована. Отмечается ярко выраженная одутловатость лица, гнусавость голоса. Лабораторные данные: СОЭ – 29 мм/ч, Hb – 82 г/л, эр. – 2,5 x 10^{12}/л, Л – 5,8 x 10^{9}/л, токсич. зерн. нейтроф. – ++++, СРБ – отр., ревматоидный фактор (RF) – +, общий белок – 69,5 г/л.

Больной выполнялись внутрисуставные блокады, физиопроцедуры, ЛФК. Учитывая активность процесса, выраженность болевого синдрома, развитие кушингоидного синдрома, для снижения дозы гормонов, в комплекс лечения было решено включить проведение лечебного плазмафереза в сочетании с инкубацией клеточной массы с дексаметазоном в убывающей дозировке.

Забор крови осуществляли на консервант «Глюгицир», в объеме 900 мл, на фоне замещения коллоидными и глюкозо-солевыми растворами в объеме 1200 мл. После центрифугирования удаляли 400-500 мл плазмы, оставшуюся взвесь форменных элементов крови инкубировали с дексаметазоном в термостате в течение 40 мин при температуре 38^{0}C, затем переливали ее внутривенно. Сеансы проводили через день. Всего было проведено 5 сеансов. В первые 4 сеанса вводили по 4 мг дексаметазона, в последний сеанс – 2 мг. Прием полькортолона был прекращен с первого дня проведения процедур.

На 3-и сутки лечения больная субъективно ощущала некоторое ухудшение состояния, скованность и отечность мелких суставов, однако, через сутки эти явления купировались. В дальнейшем на фоне лечения отмечалась положительная динамика: уменьшение суставных болей, скованности суставов, отечности. По окончании сеансов плазмафереза и инкубации клеточной массы больная была переведена на прием полькортолона по 2 мг/сут. Через 10 дней, на фоне низкой дозы гормонов, проявления суставного синдрома значительно уменьшились. Через 20 дней больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии. Лабораторные данные при выписке: СОЭ – 13 мм/ч, Hb –

114 г/л, эр. – 3,5 х 10^{12}/л, Л – 5,6 х 10^{9}/л, токсич. зерн. нейтроф. – ++, СРБ – отр., RF – +, общ. белок – 70,8 г/л.

Приведенный пример свидетельствует об эффективности сочетания различных методов гравитационной хирургии крови в комплексном лечении больных с ревматоидным полиартритом, и необходимости дальнейшего изучения и разработки методов рационального и более эффективного использования этих методов, как для лечения, так и для профилактики рецидивов заболевания.

В.А. КУКСИНСКИЙ, В.Н. ШИПАРОВ, А.В. СТЕПАНОВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ВОСПОЛНЕНИЕ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

С развитием новых медицинских технологий внедряются в практику новые виды операций, различные методики их проведения. Одной из таких операций является тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, сопровождающееся, как правило, массивной интраоперационной кровопотерей. В связи с этим, перед анестезиологами-реаниматологами встает одна из актуальнейших проблем сегодняшней медицины – интраоперационная кровопотеря и методы ее адекватного восполнения при подобных операциях.

В последнее время радикально пересматриваются вопросы, связанные с переливанием донорской крови и ее компонентов. Данное обстоятельство обусловлено высоким риском развития серьезных осложнений при гемотрансфузии, приводящих к функциональным и органическим поражениям, в первую очередь, легких, почек, печени, сердечно-сосудистой системы. Кроме того, все чаще затрагиваются этические, экономические, юридические аспекты проблемы.

Одним из методов сбережения крови в хирургии, в том числе при эндопротезировании тазобедренного сустава, является заготовка аутокрови. Данный метод, безусловно, заслуживает наибольшего внимания и дальнейшей разработки, с целью профилактики осложнений и решения затронутых выше проблем.

Целью исследования явился выбор наиболее оптимального метода восполнения кровопотери при операциях тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

Проведен анализ 30 историй болезни и карт анестезиологического пособия больных, перенесших операцию тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в Центре в 1997-2003 гг. Средний возраст больных составил 56 ± 9 лет. Предполагаемая кровопотеря – около 1000 мл. Степень анестезиологического риска по классификации ASA – II-III. Оперативное вмешательство выполнялось под эндотрахеальным наркозом (ЭТН), комбинированным (в комбинации с эпидуральной анестезией) и сочетанной анестезией (сочетание спинномозговой анестезии с длительной эпидуральной блокадой).

По методу восполнения кровопотери больные были разделены на три группы: I-я группа – кровопотеря возмещалась только компонентами донорской крови, II-я группа – кровопотеря возмещалась аутокровью и донорской кровью, III-я группа – для восполнения кровопотери использовалась только аутокровь. Во II-й группе аутокровь заготавливалась в один этап, в III-й – в два этапа (за 3-5 дней до операции и на операционном столе непосредственно перед операцией). Восполнение объема циркулирующей крови (ОЦК) при заборе аутокрови проводилось кристаллоидными растворами в объеме 800 мл. Во время оперативного вмешательства всем больным проводилась управляемая гемодилюция коллоидно-кристаллоидными растворами. Донорскую кровь и аутокровь переливали после основного этапа кровопотери, на этапе хирургического гемостаза.

Объем кровопотери в группах практически не отличался. Инфузионная терапия во время операции была несущественно ниже в I-й группе. Однако в I-й и II-й группах объем использованной донорской крови и плазмы составлял почти 1000 мл.

Показатели гемоглобина и эритроцитов во всех трех группах свидетельствуют о том, что, несмотря на некоторое их снижение в динамике после операции, критической анемии ни в одной группе не возникало. Существенной разницы между группами не наблюдалось. Гематокрит во всех исследуемых группах сохранялся в пределах 29-34 %, что соответствует параметрам проводимой гемодилюции. К переливанию донорской крови в послеоперационном периоде пришлось прибегнуть у 4-х больных I-й группы

(50 %), у 8 больных II-й группы (57 %) и у 2-х больных III-й группы (25 %).

Таким образом, наиболее оптимальным и приемлемым, с точки зрения безопасности, методом восполнения массивной кровопотери при операциях тотального эндопротезирования тазобедренного сустава следует считать трансфузию заготовленной аутокрови в объеме 600-800 мл. Заготовку аутокрови предпочтительно проводить в два этапа: за 3-5 дней до операции и на операционном столе в день операции.

С.В. ЛИТВИНОВСКИЙ, Г.К. ЗОЛОЕВ, Н.П. ИВАЦИН
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Лечение больных с облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей (ОЗНК) является одной из самых трудных и не до конца решенных проблем современной медицины, что в полной мере относится и к выбору метода оперативного лечения пациентов. Это обусловлено распространенностью поражения артериального русла и наличием сопутствующей патологии.

В настоящее время доказаны неоспоримые преимущества шунтирующих или протезирующих операций, по сравнению с другими видами оперативных вмешательств. Однако распространенность поражения сосудов (два или три уровня поражения), травматичность шунтирующей операции, наличие гнойно-некротических изменений на стопе, сопутствующая патология и преклонный возраст пациентов в ряде случаев заставляют хирурга отказаться от проведения восстановительной операции (аорто- или подвздошно-бедренное шунтирование) в пользу ампутации конечности.

В данном случае альтернативой ампутации может служить выполнение полузакрытой эндартерэктомии из подвздошно-бедренно-подколенного сегмента. Данный вид оперативных вмешательств не предусматривает травматичного забрюшинного или латаротомного доступа, занимает меньше времени, не предполагает большой кровопотери и перевод больного на ИВЛ.

За последние 5 лет в нашем Центре выполнены 141 эндартерэктомий из подвздошно-бедренного сегмента. Нами проведен ретроспективный анализ 89 историй болезни больных с преимущественным поражением подвздошно-бедренного сегмента. У всех больных была выполнена полузакрытая эндартертромбоэктомия из подвздошно-бедренного сегмента из трансфеморального доступа.

В течение первого месяца после эндартерэктомии, 20 больным (22,5 %) были выполнены повторные операции. У 11 больных (12,4 %), в связи с тромбозом и нарастанием ишемии, выполнены ампутации конечностей. По поводу «критической ишемии» прооперированы 25 из 31 чел.

Через год у 62 больных (69,7 %) отмечена хорошая эффективность реконструктивной операции, т.е. дистанция безболевой ходьбы составила 50-300 метров. Из них 18 пациентов, имеющих постампутационный дефект, были протезированы и пользовались протезом. У 16 больных (25,8 %) наступила реокклюзия оперированного сегмента. Из них, у 9 больных (56,3 %) выполнены повторные операции, у 4-х (6,5 %) – ампутации конечности, у 3-х (4,8 %) – нарастание ишемии не отмечено, им проводилась консервативная терапия.

Через 5 лет не оперированы повторно 28 больных (31,5 %). Еще 33 больным (37,1 %) выполнена ампутация конечности. Таким образом, в течение 5 лет 41 больному (46,1 %) удалось сохранить конечность. Летальность после реконструктивных операций составила 1,7 % (2 больных, 118 операций). После ампутации конечности летальность в исследуемой группе составила 8,3 % (4 больных, 48 операций). Следует отметить, что в исследуемую группу попали наиболее тяжелые больные из числа всех оперируемых в Центре.

Учитывая вышеизложенное, мы считаем выполнение эндартерэктомии альтернативным методом (в ряде случаев единственным) как шунтирующим операциям, так и первичным ампутациям конечности.

В.Г. МАСЛЕННИКОВА, А.М. БЕРМАН
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПО ТЕХНОЛОГИИ «WALDEMAR LINK» С ПРИМЕНЕНИЕМ КОСТНОГО ЦЕМЕНТА «PALACOS»

На современном этапе развития травматологии и ортопедии эндопротезированию уделяется повышенное внимание. Ежегодно в мире устанавливаются свыше 500 тыс. эндопротезов [3]. Подавляющее число пациентов, нуждающихся в данном виде специализированной помощи, это больные с дегенеративно-дистрофическим поражением суставов, при которых неуклонное прогрессирование патологического процесса, как правило, ведет к грубым стато-динамическим нарушениям, снижению уровня качества жизни и инвалидизации каждого 10-го пациента. Частота заболеваний тазобедренного сустава составляет 17,8-27,7 случаев на 10000 взрослых жителей [4]. Инвалидность при коксартрозе в 3 раза выше, чем при поражении дегенеративно-дистрофическим процессом коленного сустава, и в 7 раз выше, чем при поражении голеностопного сустава [1].

В последние три десятилетия тотальное эндопротезирование стало основным методом лечения тяжелой патологии тазобедренного сустава. Потребность в эндопротезировании в России составляет более 100 тыс., но возможности, которыми располагают ортопеды, позволяют выполнить 4-5 тыс. операций. Хотя за последние 10 лет интерес к тотальному эндопротезированию в России значительно вырос. По мере приобретения хирургического опыта возникают вопросы выбора необходимых имплантатов для оснащения современного ортопедического отделения, техники проводимых операций и тактики ведения больных.

По данным РосНИИТО им. Вредена, в эндопротезировании суставов на цементе в России ежегодно нуждаются 30-50 тыс. больных [2].

Показаниями для цементного протезирования являются:

1. Выраженный остеоартроз (порозная кость не в состоянии противостоять металлу, в этом случае цемент выполняет роль буфера).
2. Пожилой возраст, наличие постампутационного дефекта одной из конечностей, тяжелые двусторонние пороки (фиксация при помощи костного цемента позволит в первые дни после операции давать полную нагрузку на оперированную конечность).
3. Реэндопротезирование.

В отделении ортопедии ФГУ ННПЦ МСЭ и РИ за период 1997-2003 гг. выполнено 30 операций тазобедренного сустава. Оперировано 26 больных (у 4-х больных – двустороннее эндопротезирование). Все эндопротезы имплантированы на цемент «Palacos». Среди оперированных больных 14 мужчин и 12 женщин. Возраст – 32-71 лет, в среднем, 55,7лет. Инвалиды I-й группы – 2 чел., II-й – 18, III-й – 4 чел. Не имели группы инвалидности 2 человека. Показаниями для эндопротезирования сустава служили: застарелый вывих бедра – 1 случай; ложный сустав шейки бедра – 7; перелом дна вертлужной впадины – 1; асептический некроз головки бедра – 4; коксартроз III-й ст. – 17 случаев. В 29 случаях использовали эндопротез «Waldemar Link» на цементной основе, в одном – «Biomet». Все больные оперированы из заднего доступа. После операции рана дренировалась двумя дренажами с вакуумной аспирацией. Дренажи удалялись на 2-3-и сутки.

Конечность обязательно бинтовали эластичным бинтом и использовали клиновидную подушку. На 3-и сутки больным разрешали вставать, с полной нагрузкой на ногу в ходунках. Через 1 неделю переводили на ходьбу с костылями (с полной нагрузкой на ногу). Активные и пассивные движения в суставе осуществляли с ограничением сгибания более 90о и приведения. Всем больным выдавали памятки с комплексом упражнений. Швы снимали на 10-е сутки. Через 2 недели больным разрешали ходьбу с тростью. Продолжалась двигательная реабилитация, направленная на укрепление ягодичных и бедренных мышц. Среднее пребывание в стационаре составило 39,7 дней. К этому времени больные ходили без дополнительной опоры, активный объем движений восстанавливался на 30 %. Выписывали больных с рекомендациями повторного курса восстановительного лечения через 3-6-12 месяцев. Через год после операции они переводились на свободный двигательный режим. К этому времени восстанавливался полный объем движений, исчезала гипотрофия мышц.

Из ранних осложнений, в одном случае мы получили парез седалищного нерва, однако через 3 недели наступил регресс неврологической симптоматики и полное восстановление. Из поздних осложнений, в одном случае, через 8 месяцев после операции, больной с двусторонним эндопротезированием упал с крыши и получил вывих бед-

ра. Вывих был вправлен закрыто, наложена укороченная тазобедренная повязка на 6 недель, затем активные мероприятия, направленные на укрепление ягодичных и бедренных мышц. В другом случае, спустя год после операции, больная, катаясь на лыжах, получила перелом дистальной трети бедра на стороне эндопротеза, была оперирована по экстренным показаниям в одной из больниц города. Проведен остеосинтез бедра пластиной, сращение перелома через 3 месяца. Объем движений в тазобедренном суставе — полный.

Отдаленные результаты изучены у всех больных, в срок от 7 лет до 3-х месяцев. Критериями оценки качества протезирования служили болевой синдром, хромота, гипотрофия мышц бедра и ягодичных мышц, объем движений в тазобедренном суставе, использование дополнительных средств опоры (костыли, трость). Рентгенологические признаки: наличие оссификатов, признаки резобции кости тазового или бедренного компонентов.

В 26 случаях результаты хорошие, в 4-х — удовлетворительные (сохранялась гипотрофия мышц, дефицит объема движения до 25 %, наличие хромоты, параартикулярные оссификаты на рентгенограммах). Все больные отмечали положительный эффект от оперативного лечения.

Таким образом, эндопротезирование тазобедренных суставов на цементной основе дает хорошие результаты, но выполняться должно по строгим показаниям и в отделениях ортопедии, имеющих соответствующее оснащение и необходимый инструментарий.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гурьев, В.Н. Двусторонний коксартроз и его оперативное лечение /В.Н. Гурьев. – Таллин, 1975.
2. Корнилов, Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава с применением костного цемента «Полакрис» /Н.В. Корнилов, В.И. Карнцов и др //Травматол. и ортоп. – 1996. – № 3. – С. 12.
3. Корнилов, Н.В. Развитие тотального эндопротезирования тазобедренного сустава металлоконструкцией Сиваша в РосНИИТО им. Р.В. Вредена /Н.В. Корнилов, В.М. Машков //Травматол. и ортоп. – 1996. – № 3. – С. 5.
4. Шапиро, К.И. Инвалидность и качество жизни после эндопротезирования суставов /К.А. Шапиро, В.П. Москалев //Травматол. и ортоп. – 1995. – № 2. – С. 32.

И.Е. МИКУСЕВ, Г.И. МИКУСЕВ, Н.А. ЛАТЫПОВА, Р.Ф. ХАБИБУЛЛИН

Научно-исследовательский Центр «Восстановительная травматология и ортопедия», г. Казань

МЕТОД ТЕНДОПЛАСТИКИ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ИЗОЛИРОВАННО ПОВРЕЖДЕННЫХ СУХОЖИЛИЙ ГЛУБОКИХ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Тендопластика — это оперативная перестройка, пересадка или перемещение сухожильной ткани с целью восстановления утраченной функции пальца. Данный вид операции предложен в начале 20 века. Показанием к ней в застарелых случаях является отсутствие возможности соединить концы поврежденных сухожилий без значительного их натяжения и придания поврежденным пальцам среднефизиологического положения, при дефектах сухожилий на протяжении и отсутствии ткани регенерата [1, 5].

Взгляды исследователей на вопрос о применении пластики при изолированном повреждении сухожилия глубокого сгибателя (СГС) пальца весьма противоречивы. Исследователи одного из направлений считают неоправданной применение пластики СГС свободными трансплантатами с сохранением неповрежденного сухожилия поверхностного сгибателя (СПС) [3, 4]. Другие авторы считают пластику поврежденного сухожилия показанной только в определенных случаях, например, у молодых людей или лиц, профессия которых требует прецизионного владения кистью, при локализации повреждения на 2-м и 3-м пальцах [2, 6].

В отделении хирургии кисти НИЦ Татарстана «Восстановительная травматология и ортопедия» за 30 лет было прооперировано 399 больных с изолированным повреждением сухожилий глубоких сгибателей на 513 пальцах. Из них, у 42 больных на 45 пальцах была проведена тендопластика. Мужчин было 33 человека, женщин — 9. Возраст пациентов составил 5-48 лет. Было применено 4 вида тендопластики: аутотендопластика с удалением неповрежденного СПС (19 больных на 21 пальце), аутотендопластика с сохранением неповрежденного СПС (14 больных на 14 пальцах), 2-х этапная тендопластика с удалением неповрежденного СПС (2 больных на 3 пальцах), 2-х этапная тендопластика с сохранением неповрежденного СПС (7 больных на 7 пальцах).

Срок давности травмы составил от 4 дней до 9 месяцев. Длина дистального конца поврежденного СГС была 0,3-5 см. В качестве трансплан-

тата в 21 случае использован поверхностный сгибатель оперируемого пальца, в 24 случаях – сухожилие длинной ладонной мышцы.

Аутотендопластика с удалением неповрежденного СПС – одно- и двухэтапно производились на начальных этапах работы. При исследовании отдаленных результатов лечения выяснилось, что не все больные этой группы были довольны результатами лечения. Удаление неповрежденного поверхностного сгибателя нередко приводило к рекурвации проксимального межфалангового сустава, чего не было до операции, не всегда достигался необходимый объем движений в дистальном межфаланговом суставе. Исследование силы оперированных пальцев разработанным нами устройством [положительное решение о выдаче патента от 17.02.03 г. по заявке № 2001123501/14 (024987)] показало, что при удалении неповрежденного поверхностного сгибателя восстановление силы пальцев было, в среднем, 54 %. В связи с этим, на более поздних этапах стала применяться тендопластика одно- и двухэтапно, с сохранением неповрежденного сухожилия поверхностного сгибателя.

Показанием для одноэтапной тендопластики с сохранением неповрежденного СПС являлись: удовлетворительный объем пассивных движений в суставах пальца, хорошее состояние сухожильного влагалища с минимально выраженным рубцовым процессом, невозможность произвести шов или реинсерцию глубокого сгибателя. Двухэтапная тендопластика СГС с сохранением СПС проводилась в случае выраженного рубцового процесса. После иссечения рубцов, разбужирования сухожильного влагалища и, при необходимости, пластики кольцевидных связок А4 и А5, на первом этапе тендопластики устанавливался пассивный силиконовый протез. У одного из больных первый этап выполнен отсроченно, т.е. через 4 дня после травмы, так как интраоперационно было выявлено значительное разрушение сухожильного влагалища с дефектом его на протяжении средней фаланги.

Второй этап тендопластики был выполнен через 3-6 месяцев. Протез удалялся и проводился аутотрансплантат. Во всех случаях в качестве трансплантата использовалось сухожилие длинной ладонной мышцы. Сравнительный анализ выявил большее количество положительных результатов в группе больных, у которых аутотендопластика выполнена с сохранением неповрежденного СПС. Сила оперированных пальцев после тендопластики с сохранением неповрежденного СГС составила, в среднем, 82,5 %.

Наши исследования показали эффективность аутотендопластики при изолированном повреждении сухожилия глубокого сгибателя с сохранением неповрежденного поверхностного сгибателя, что позволяет рекомендовать применение этого метода для полноценного восстановления функции пальца.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Волкова, А.М. Хирургия кисти. Т. 1. /А.М Волкова.– Екатеринбург, 1991. – 304 с.
2. Голобородько, С.А. Тенодезирование дистального межфалангового сустава пальца кисти /С.А. Голобородько //Ортоп., травм. и протезир. – 1995. – № 2. – С. 22-25.
3. Дегтярева, С.И. Клиника и лечение повреждений сухожилий кисти и пальцев в отдаленные сроки после травмы: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. /С.И. Дегтярева. – М., 1970. – 26 с.
4. Мацкеплишвили, Т.Я. Трансплантация лиофилизированных сухожилий в клинике /Т.Я. Мацкеплишвили //Акт. вопр. клин. и эксп. травм. и ортоп.: Тез. н.-пр. конф. – Астрахань, 1971. – С. 84.
5. Розовская, Т.П. Лечение повреждений сухожилий сгибателей и нервов пальцев и кисти: Автореф. дис. ... докт. мед. наук /Т.П. Розовская. – Казань, 1975. – 41 с.
6. Stark, H. Flexor tendon grafts through intact superficialis tendon /H. Stark, N. Zemel. //J. Hand Surg. – 1977. – № 6. – P. 456-461.

И.Е. МИКУСЕВ, Р.Ф. ХАБИБУЛЛИН, Г.И. МИКУСЕВ

Научно-исследовательский Центр «Восстановительная травматология и ортопедия», г. Казань

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С КОСТНЫМИ ОПУХОЛЯМИ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

За последние 20 лет, по данным архивного материала НИЦ Татарстана «Восстановительная травматология и ортопедия», из 153 больных с опухолями костей кисти с поражением ногтевых фаланг находились под наблюдением 23 пациента. Возраст больных 14-60 лет, мужчин было 15, женщин – 8. Какой-либо закономерности поражения какого-то пальца или кисти не выявлено. По нозологии больные распределялись следующим образом: костная киста – 2 случая; костно-хрящевой экзостоз – 4; остеохондрома – 3; энхондрома – 11; остеома – 2; остебластокластома – один случай.

Известно, что при лечении больных с опухолями костей кисти хирургу приходится решать два взаимопротиворечивых вопроса. Первое – законы онкологии требуют максимального радикального удаления патологического очага. Вто-

рое – законы биомеханики требуют максимального паллиативного лечения для сохранения функции кисти. Эта проблема еще более усложняется, если опухолевый процесс поражает ногтевую фалангу пальцев кисти. Анатомическая особенность именно этой зоны определяет функцию кисти в целом: сгибание и разгибание пальца, щипковый захват, тактильную чувствительность и т.д. Наличие ногтевой пластины на пальце несет в себе косметическую, защитную и механическую функцию.

В связи с этим, краевая резекция ногтевой фаланги или экскохлеация, с замещением дефекта каким-либо трансплантатом, особенно ногтевой фаланги 5-го пальца у лиц с миниатюрной кистью или у детей, бывает крайне затруднительна. Поэтому оптимальный выбор оперативного доступа предохраняет от возможных осложнений, как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Это – повреждение сухожилий, возможные переломы по ходу оперативного вмешательства на ногтевой фаланге, нестабильность трансплантата, заполняющего дефект костной ткани.

Из всех доступов наименее травматичным, на наш взгляд, является боковой доступ, но в этой проекции ногтевая фаланга обращена наиболее узкой боковой поверхностью, что затрудняет производить краевую резекцию или тщательную (радикальную) экскохлеацию ее, и трансплантат не всегда стабильно фиксируется в дефекте ногтевой фаланги. Более травматичным и нерациональным, по нашему мнению, является доступ через ногтевую пластину с ее резекцией, после которого в отдаленные сроки возникает пожизненная деформация ногтевой пластины, что заставляет многих больных, особенно женщин, обращать внимание на косметический дефект. Учитывая все выше перечисленные отрицательные моменты, мы пришли к выводу, что наиболее рациональным доступом является тыльно-боковой полуовальный разрез кожи с отсепаровыванием ногтевой пластины от своего ложа на половину площади. Вполне естественно, что в послеоперационном периоде ногтевая пластина у большинства больных отпадает. Однако клинические наблюдения за прооперированными больными показали, что на поздних сроках у этих больных наступает полное, без деформации, восстановление ногтевой пластины, т.к. при этом доступе матрица ногтевой пластины всегда сохраняется.

Н.М. МУРЗИКОВ, Н.Г. ШИХАЛЕВА, М.М. ЩУДЛО, С.В. ГОРДИЧУК
ГУН Российский научный центр
«Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А. Илизарова, г. Курган

РЕНТГЕНОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ КОСТЕЙ СТОПЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА

Врожденная косолапость занимает одно из первых мест среди врожденной патологии опорно-двигательного аппарата у детей. От одного до четырех детей на 1000 родившихся появляются на свет с косолапостью. Лечение данной патологии нелегкое, а тенденция к рецидивам выводит ее в число самых стойких врожденных деформаций. Известно [1, 3], что проблема рецидивов частично решается применением чрескостного остеосинтеза аппаратами внешней фиксации для устранения косолапости. В то же время, мы не встретили сведений о количественном исследовании изменений рентгенологической картины у больных с врожденной косолапостью после лечения.

Целью работы является получение объективных количественных рентгеноморфологических показателей до и после аппаратного этапа лечения врожденной косолапости методом чрескостного остеосинтеза у детей в возрасте 1-7 лет.

В работе визуально оценены результаты клинико-рентгенологического обследования до и после лечения 98 пациентов со 2-3-й степенью типичной врожденной косолапости. Для компьютерного анализа цифровых изображений рентгенограмм при 3-й степени деформации отобраны по 6 пациентов в каждой возрастной группе (1-2, 3-4, 5-7 лет). Время стационарного лечения обследуемых детей составило 106-136 дней.

На аппаратно-программном комплексе «Диаморф» произведены оцифровка изображений, компьютерная планиметрия с одновременным определением средней интенсивности теней имеющихся ядер окостенения в среднем отделе стопы в прямой проекции, планиметрия и денситометрия теней пяточной и таранной костей в боковой проекции.

В программе «Нейронное зрение» измеряли линейные размеры (длина, диаметр в средней трети диафиза) 1-й и 5-й плюсневых костей, рас-

стояния между костями переднего, среднего и заднего отделов стопы, а также ангулометрические показатели (углы между 1-й плюсневой и пяточной, таранной и пяточной, таранной и большеберцовой, пяточной и большеберцовой костями – в боковой проекции; между 1-й плюсневой и таранной, таранной и пяточной, 1-й плюсневой и большеберцовой костями – в прямой проекции переднего отдела стопы).

В процессе работы на каждого пациента была составлена таблица, в которую записывали результаты анализа рентгенограмм. Оценивали изменения параметров объектов стопы после лечения в абсолютных и относительных величинах. Полученные данные были сгруппированы по возрасту, после чего найдены средние арифметические для каждой возрастной группы.

Проведя анализ, мы обнаружили, что за время лечения площадь тени ядра окостенения медиальной клиновидной кости увеличивается на 59,39 %, а латеральной – на 24,3 %. Первая плюсневая кость удлиняется, в среднем, на 10,98 %, а 5-я – на 6,1 %, в то же время, их диаметры возрастают, соответственно, на 13,1 % и 21,74 %, что говорит о действии более значительных разнонаправленных усилий аппарата на 5-ю плюсневую кость в период устранения деформации стопы. У пациентов 2-3 лет, не имевших ядра окостенения в ладьевидной кости, таковое появляется. Это может быть объяснено проявлением стимулирующего эффекта напряжения, возникающего в результате растяжения связочного аппарата, а затем и костных структур по внутреннему краю стопы при устранении одного из компонентов косолапости – приведения переднего отдела.

Отмечается значительное увеличение расстояния между исследуемыми объектами в каждой возрастной группе. Так, промежуток между основанием 1-й плюсневой и медиальной клиновидной костями возрос, в среднем, на 22,36 %, а между латеральной и медиальной клиновидными костями – на 81,93 %, что создает условия для дальнейшего роста средней клиновидной кости. Дистанция между таранной и медиальной клиновидной костями, где идет рост ладьевидной кости, увеличилась на 34,79 %. В процессе лечения устранены все компоненты деформации стопы, что выражается в нормализации ангулометрических показателей.

Лечение врожденной косолапости методом чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова позволяет закрытым путем устранять деформацию стоп, вызывать растяжение и рост тканей по внутреннему краю стопы. Увеличение костей внутреннего края стопы (1-я плюсневая, медиальная клиновидная, ладьевидная) происходит в большей степени, чем рост костей наружного края стопы (5-я плюсневая, кубовидная), что является профилактикой возникновения рецидива деформации в будущем.

Все это согласуется с открытием, сделанным Г.А. Илизаровым [2], которое гласит, что напряжение, создаваемое в тканях их дозированным растяжением, стимулирует биосинтетическую активность. При этом рост тканей в заданном направлении обеспечивается формообразующим влиянием напряжения растяжения.

Итак, постепенное устранение косолапости аппаратом для чрескостной фиксации обеспечивает возникновение условий для восстановления анатомически правильных форм костей стопы и их взаиморасположения, нормализации биомеханических нагрузок и улучшения косметического вида конечности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гафаров, Х.З. Лечение деформаций стоп у детей /Х.З. Гафаров. – Казань, 1990. – 176 с.
2. Илизаров, Г.А. Общебиологическое свойство тканей отвечает на дозированное растяжение ростом и регенерацией (эффект Илизарова) /Г.А. Илизаров //Открытия в СССР 1988: Сб. кратких описаний открытий, внесенных в Гос. реестр открытий СССР. – М.: ВНИИПИ, 1989. – С. 28-29.
3. Клинические возможности метода управляемого чрескостного остеосинтеза в хирургии кисти и стопы. /В.И. Шевцов, Г.Р. Исмайлов, А.И. Кузовков и др. // Гений ортопедии. – 1998. – № 4. – С. 108-116.

Г.Г. НЕТТОВ

Научно-исследовательский Центр «Восстановительная травматология и ортопедия», г. Казань

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ СГИБАТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Лечение сгибательных контрактур пальцев кисти представляет до настоящего времени актуальную проблему. Известный способ [1] лечения повреждений сгибателей 2-5 пальцев кисти путем замещения поврежденного глубокого сгибателя неповрежденным одноименным поверхностным сгибателем применим лишь при целостности поверхностного сгибателя. Известен способ устранения сгибательных контрактур формированием сухожильного канала силиконо-

вым протезом, с последующим замещением протеза на сухожильный трансплантат [2]. Однако при этом способе сгибатель замещается трансплантатом на большом протяжении, а это весьма травматично, к тому же функциональные возможности пересаженного трансплантата значительно ниже, чем собственного сухожилия сгибателя пальца. Предлагаемый нами способ лечения посттравматической сгибательной контрактуры пальцев кисти (Патент РФ № 2149594 от 27.05.2000 г.) исключает вышеописанные недостатки.

Сущность способа заключается в том, что на первом этапе осуществляют дискретную дистракцию, а по устранении контрактуры после снятия дистракционного аппарата, вторым этапом осуществляют тенолиз. При дискретной дистракции (чередовании дистракции и расслабления) сухожилия сгибателя возникает «эффект Илизарова» [3], то есть при создании дозированного напряжения растяжения возникают условия для целенаправленного формообразовательного процесса в области сухожильного регенерата между концами поврежденного сгибателя, а созданные условия возвратно-поступательного перемещения сгибателя способствуют разрыву рубцово-спаечного процесса между сгибателем, блоковидной и крестообразными связками. Способ малотравматичен, физиологичен, дискретная дистракция с ежедневным возвратом пальца на половину от достигнутого угла разгибания редрессирует и увеличивает объем движений в межфаланговых суставах травмированного пальца.

В последующем, щадяще выполненный тенолиз сгибателя с сохранением крестообразных и блоковидных связок полностью восстанавливает функцию травмированного пальца. Способ выполняют следующим образом. Под внутривенной или проводниковой анестезией поперечно проводят по одной спице через диафизы основной и ногтевой фаланг пальца. На свободные концы спиц монтируют дистракционный аппарат. На следующий день, по 1-2 мм/сут. начинают дистракцию в 3-4 приема. Такой темп дистракции продолжают в течение нескольких дней, пока больной не почувствует ощущение напряжения и боли в пальце. После этого переходят к дискретному режиму дистракции, заключающемуся в том, что больной в течение первой половины дня осуществляет суммарную дистракцию в 2 мм, а во второй половине дня достигнутую величину наполовину (на 1 мм) уменьшает. Такой режим дистракции продолжают до полного выпрямления согнутого пальца. После этого дистракцию прекращают и аппарат в этом режиме стабилизируют сроком на 7-10 дней. Далее аппарат снимают, спицы удаляют. На выпрямленный палец накладывают съемную ладонную лонгету. Проводят тепловые процедуры, ЛФК, теплые ванны, подготавливая кожу к предстоящей операции.

Через 5-7 дней после спадения отека, при отсутствии болевых ощущений, восстановлении подвижности в суставах пальца, осуществляют тенолиз глубокого сгибателя. Особенно атравматично осуществляют тенолиз на уровне головки пястной кости и на уровне основной и средней фаланг пальца. Если регенерат между поврежденными концами сгибателя удлиняет сухожилие выше физиологической нормы, то погружным восьмиобразным швом насбаривают регенерат до физиологической длины сгибателя. В любом случае насбаривание регенерата должно осуществляться вне «критической зоны», т.е. за пределами собственного сухожильного влагалища, иначе возникнут повторные спайки. Если регенерат находится в «критической зоне», с целью укорочения сгибателя, насбаривают здоровую часть сгибателя проксимальнее от «критической зоны». Предложенным способом прооперированы 4 больных с хорошими функциональными результатами.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Авторское свидетельство СССР № 1512581, БИ, 1989, № 37.
2. Авторское свидетельство СССР № 921144 (не публикуется).
3. Диплом СССР на открытие № 355.

С.Д. ПАНФИЛОВ, Э.Е. КИСЛОВ, Н.О. ПАНФИЛОВА, А.С. ВАСИН
Городская клиническая больница № 29, г. Новокузнецк

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У НАРКОМАНОВ

За период 1994-2002 гг. оперировано 39 наркоманов с ложными инфицированными аневризмами магистральных сосудов. У 97,3 % пациентов выявлено нагноение аневризмы и клиника сепсиса, у 86,5 % – разрыв с кровотечением.

Трем больным (7,7 %) после резекции ложной аневризмы выполнено первичное восстанов-

ление магистрального кровотока (подвздошно-бедренное протезирование сосудистым биопротезом, протезирование общей бедренной артерии (ОБА) аллопротезом, аутовенозная пластика дефекта ОБА). У этих больных в сроки 6-10 суток возникло аррозивное кровотечение, в связи с чем двум пациентам выполнено экстраанатомическое подвздошно-бедренное шунтирование аллопротезом (через запирательное отверстие), одному – перевязка наружной подвздошной артерии (НПА) с одновременной поясничной симпатэктомией. Впоследствии у одного пациента с экстраанатомическим шунтом возникло нагноение ложа протеза с тромбозом последнего, по поводу чего протез удален и выполнена перевязка НПА с поясничной симпатэктомией. У одного пациента, без признаков инфицирования, успешно выполнена резекция артерио-венозной аневризмы бедра с аутовенозной пластикой сосудов.

Последующим 35 пациентам попыток восстановления магистрального кровотока не предпринималось, в связи с неутешительными результатами реконструктивных операций в условиях гнойной раны и сепсиса. У 22 пациентов проведена перевязка НПА либо ОБА, в 9 случаях сочетающаяся с поясничной симпатэктомией. У 4-х больных выполнена перевязка поверхностной бедренной артерии, у 2-х – глубокой артерии бедра, у одного – подключичной артерии, у 4-х – плечевой артерии, у 2-х – бедренной вены.

В ближайшем послеоперационном периоде умерли 2 пациента (5,1 %). У 5 больных (12,8 %) возникли явления острой ишемии нижней конечности IБ степени, которая переведена в результате интенсивных консервативных мероприятий в хроническую. Ампутация бедра потребовалась в 1-м случае (2,6 %). Остальные пациенты выписаны из стационара на амбулаторное лечение с сохраненной конечностью. Трем пациентам (7,7 %) выполнены малые ампутации: одному – дистальной части стопы, второму – всех пальцев стопы, третьему – одного пальца стопы. У 15 больных (38,5 %) после выписки отмечены явления хронической ишемии конечности IIБ степени (по классификации А.В. Покровского). В остальных случаях перемежающаяся хромота в нижней конечности составляла более 200 метров.

В сроки 5 мес. – 1 год после операции умерли 2 пациента (5,1 %), через 2 года – один (2,6 %). У всех умерших причина смерти не была связана с последствиями перевязки магистральной артерии.

В отдаленном периоде, до 5 лет, осмотрено 24 пациента. У 8 человек (33,3 %) явлений ишемии в конечности не выявлено (двое из них – с лигированной плечевой артерией). Хроническая ишемия IIA степени отмечена у 9 человек (37,5 %), IIБ степени – у 7 (29,2 %). Судьба остальных пациентов в отдаленном периоде неизвестна, так как больные не являлись на контрольные осмотры.

Таким образом, в факте отсутствия выраженных явлений ишемии конечности в ближайшем и отдаленном периоде, вероятно, определяющую роль играет десимпатизация артерии в результате ее хронической травмы и, как следствие, усиленное развитие коллатерального кровообращения. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии необходимости выполнения первичной прямой реваскуляризации конечности у данного контингента больных в условиях сепсиса и наличия инфицированной аневризмы. Решение вопроса о реконструктивной операции у пациентов с хронической ишемией конечности IIБ степени показано после купирования клиники сепсиса и полного заживления ран.

П.А. САВЧЕНКО, В.Э. ГЮНТЕР, П.Н. ХАРИН, А.Ш. ГИЗДЕТДИНОВ, О.А. ГАЛЬЦОВ, С.В. АЛЫМОВ, Е.П. КАЦЮБА, Л.Г. КОКОРИНА
Областная клиническая больница, г. Томск

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЛАВОВ НА ОСНОВЕ НИКЕЛИДА ТИТАНА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

На долю заболеваний и травм позвоночника приходится 7 %, а у лиц старше 40 лет – 10 % всех заболеваний, при этом 3,6 % больных с заболеваниями позвоночника становятся инвалидами. В структуре инвалидности преобладают остеохондрозы позвоночника (33,4 %) и неосложненные переломы позвоночника (33,3 %). Эти данные показывают социальную и медицинскую значимость подобных повреждений.

Развитие современной анестезиологии и реаниматологии позволило сделать значительный шаг вперед в хирургическом лечении данной патологии. Расширились показания к оператив-

ным пособиям, практически исчезли зоны недоступности для хирургов. Неизменными остаются главные задачи лечения: максимальная и ранняя активизация больного, сокращение сроков реабилитации и уменьшение выхода на инвалидность, а также принципы современного оперативного лечения – ликвидация очага поражения, исправление имеющейся деформации позвоночника, восстановление формы позвоночного столба и позвоночного канала, замещение тела позвонка или позвонков, надежная фиксация достигнутой коррекции различными конструкциями.

Особенно высокие требования предъявляются к фиксаторам, которые используются для стабилизации позвоночника. Они должны быть механически прочными и, в то же время, быть биохимически и биомеханически совместимыми с тканями организма. Этим требованиям полностью удовлетворяют конструкции, изготовленные из сплавов на основе никелида титана.

В нашей больнице мы широко применяем конструкции, изготовленные из сплавов на основе никелида титана, как литые, обладающие эффектом формовосстановления, так и пористые, соответствующие по структуре костной ткани. Нами эти конструкции применялись при оперативном лечении широкого круга заболеваний и повреждений позвоночника.

Ниже приводится анализ клинического материала за период 1999-2002 гг. Все больные были оперированы в отделении травматологии Областной клинической больницы г. Томска.

За этот период в отделении на лечении находились 340 больных с различными заболеваниями и травмами позвоночника. Возраст больных составил 3-67 лет. Женщин было 128 человек, мужчин – 212.

С травмами различных отделов позвоночника пролечено 197 ациентов, дегенеративно-дистрофическими заболеваниями – 111, со сколиотическими и кифотическими деформациями позвоночника – 32.

Оперативному вмешательству на позвоночнике были подвергнуты 154 человека. Наибольшее число операций выполнено у больных со свежими травматическими повреждениями различных отделов позвоночника, либо с последствиями его травм в виде несросшихся переломов. Число операций по этим показаниям составило 125.

В своей практической работе мы пользуемся клинико-рентгенологической классификацией повреждений Privat J.M. (1989), которая позволяет после проведения клинического и рентгенологического обследования наметить способ лечения повреждений. При выборе вида оперативного пособия мы отдаем предпочтение операциям, выполняемым из переднего или передне-бокового доступа по типу субтотальной или тотальной резекции тела позвонка. Операция завершается замещением дефекта тела позвонка цилиндрическим имплантатом из пористого никелида титана в сочетании с костной аутопластикой участком резецируемого при оперативном доступе ребра и дополнительной фиксацией костно-металлического трансплантата к телам соседних позвонков шурупами и пластинкой. Такая методика спондилодеза, примененная нами у 67 пациентов, является наиболее надежной и позволяет рано активизировать больных.

При остеохондрозах поясничного отдела позвоночника у 23 больных выполнены операции эндопротезирования поясничных дисков. Всего было имплантировано 30 протезов; использовались пористо-фторопластовые протезы на основе никелида титана. Показания к подобным операциям были определены ранее. У 22 больных результаты оценены как хорошие и отличные.

При коррекции сколиотических деформаций разнообразного генеза использовали конструкции из никелида титана с эффектом памяти формы у 13 пациентов, при коррекции кифозов, вызванных болезнью Шейерман-Мау, – у 4-х. Показания к оперативному лечению сколиозов и кифозов изложены достаточно подробно в различных руководствах. Нам только хотелось добавить, что из заднего доступа мы проводили коррекцию деформации у больных с практически законченным ростом позвоночника (7 операций). При этом использовали стержне-крючковую систему. У больных, у которых потенция роста была выражена значительно, мы проводили коррекцию сколиотической деформации по типу эпифизиоспондилодеза на протяжении первичной дуги, используя для коррекции и фиксации винто-стержневую систему (6 операций). У всех пациентов получена коррекция более 50 % от имеющейся деформации, с сохранением степени коррекции, без изменений за весь период наблюдения. У всех пациентов, оперированных по поводу болезни Шейрман-Мау, получена хорошая коррекция деформации (70 %) и стабилизирован передний отдел позвоночника.

Конструкции из сплавов на основе никелида титана, сочетающие в себе механическую прочность с биохимической и биомеханической совместимостью тканям организма, должны стать конструкциями выбора при оперативном лечении большинства повреждений и заболеваний позвоночника.

К.В. СОКОЛОВ, В.Г. МАСЛЕННИКОВА, А.В. СТЕПАНОВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОРОКОВ И БОЛЕЗНЕЙ КУЛЬТЕЙ ГНОЙНОГО ХАРАКТЕРА НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

За период 1998-2000 гг. на первичном протезировании в отделении ортопедии № 1 в ФГУ ННПЦ МСЭ и РИ находились 450 больных. Из них 206 чел. (45,7 %) с различными пороками и болезнями культей. 25 % (50 чел.) больных от всех больных с пороками имели гнойную патологию. Из 50 чел., у 35 чел. данная патология присутствовала при поступлении на первичное протезирование, у 15 чел. – появилась при смене гильзы или ремонте лечебно-тренировочного протеза.

При поступлении гнойная патология распределялась следующим образом. Наиболее часто встречались лигатурные свищи (36 %), несколько реже – рубцово-язвенные дефекты (26 %), остеомиелит (8 %). Почти половина больных имела сочетание гнойного порока с контрактурой (26 %). Парные культи нижних конечностей имели 28 %. Причиной ампутации у 37,2 % больных было обморожение, в остальных случаях почти поровну были: автодорожная (20 %), железнодорожная (20 %), прочие (22,8 %) травмы. Объем обследования был типичным для больных с гнойной патологией. Уточняли, как долго существует гнойный очаг, как часто открывается или закрывается свищевой ход, направление свищевого хода (достаточно часто направление соответствовало обработанному сосудистому пучку), количество отделяемого, состояние мягких тканей, что говорило о показаниях к тому или иному виду лечения. Диагноз уточняли рентгенографией, фистулографией, УЗДГ, РВГ. Обязательно исследовали флору на чувствительность к антибиотикам, в большинстве случаев высеян золотистый стафилококк, кишечная палочка.

Консервативно были пролечены 60 % человек. Приблизительно у 25-30 % больных с лигатурными свищами, находящихся на консервативном лечении, на перевязке удавалось извлечь лигатуру, в основном, лавсан. На перевязке применяли препараты в зависимости от состояния гнойного очага. Антибиотики использовали при выраженном гнойном процессе. Назначали препараты, улучшающие кровоток, витамины группы В, С. С целью уменьшения отека культи и атрофии тканей проводили бинтование эластичным бинтом. Физиолечение зависело от стадии гнойного процесса. ЛФК преследовала цель улучшить состояние мышечной системы, устранить контрактуру. При наличии паратравматической экземы местно применяли гормональные или сушащие мази. После купирования гнойного очага изготавливали лечебно-тренировочный протез и обучали больного ходьбе. При хорошей положительной динамике со стороны гнойного очага и удовлетворительных размерах культи у 10 % больных изготовление протеза начинали не дожидаясь купирования гнойного процесса, что позволяло сократить срок пребывания. Средний койко-день при консервативном лечении зависел от количества культей и наличия другой патологии культи. При переводе на амбулаторное лечение всем больным рекомендовали дробное пользование протезом, ванночки с дубящими растворами, профилактические дозы аскорбиновой кислоты. Больным после обморожения с субкомпенсированным кровотоком также рекомендовали прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 0,125 г ежедневно.

Оперативное лечение было проведено у 40 % человек. Остеомиелит во всех случаях являлся абсолютным показанием к операции. Все операции носили сберегательный характер. Во всех случаях удалось сохранить костный рычаг на том же сегменте. Как при консервативном, так и при оперативном лечении гнойный процесс был купирован у 100 % больных. Изготовление протеза было проведено у 99 % больных. У 1 % оперированных больных, при недостаточной компенсации контрактуры (более 15о), вместо лечебно-тренировочного протеза была изготовлена гильза со стойкой для разработки контрактуры, которую при последующем поступлении перемонтировали в протез.

На этапе смены гильзы или ремонта лечебно-тренировочного протеза с гнойной патологией культи встретилось 15 больных (30 %). Рубцово-язвенные дефекты встретились в 11 случаях (73 %), лигатурные свищи – в 4-х (27 %). Оперативное лечение проведено у 4 больных (26 %). Во всех случаях характер вмешательства предусматривал максимально возможное сохранение костного рычага. Как правило, на момент смены гильзы атрофия тканей была достаточной, что при оперативном лечении позволяло закрыть образовавшиеся дефекты местными тканями. У 1 % больных, в силу наличия тяжелой сопутствующей патологии внутренних органов (сердечно-со-

судистая недостаточность 2-3 ст. и т.д.) или культи (короткая культя с обширными рубцами), когда оперативное лечение невозможно, гнойный очаг сохранялся. Таким больным проводили смену лечебно-тренировочного протеза и рекомендовали специальный режим пользования протезом.

Таким образом, при наличии пороков и болезней культей гнойного характера, необходим дифференцированный подход к первичному протезированию, в зависимости от возраста, социального статуса, характера гнойного процесса, наличия сопутствующей патологии.

В.В. ТРУБИН, А.Г. ХВОСТОВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАСТИЧЕСКОЙ ЭКВИНО-ВАРУСНОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Решение проблемы опороспособности спастической эквино-варусной стопы у больных церебро-васкулярной болезнью (ЦВБ) в позднем периоде является важной задачей на этапе двигательной реабилитации.

Несмотря на определенные успехи, новые методики и опыт лечения таких больных в нашем Центре силами кинезотерапии, физиолечения и лечебной физкультуры, в большинстве случаев результат лечения оставляет желать лучшего.

В отделении ортопедии № 2 мы применили способ лечения таких больных, основанный на денервации камбаловидной мышцы.

Анатомическое обоснование данной методики заключается в том, что камбаловидная мышца является двухсуставной и, соответственно, при разгибании ноги в коленном суставе она в значительной мере является ведущим компонентом спастического эквинуса.

Данным методом за период 1997-2001 гг. прооперировано 10 пациентов, страдающих церебро-васкулярной болезнью. Уже в раннем послеоперационном периоде болезни отмечено уменьшение общего тонуса мышц больной конечности, а в последующем – более устойчивая ходьба.

Таким образом, лечение эквино-варусной спастической стопы путем денервации камбаловидной мышцы у больных с ЦВБ имеет свое место в комплексе двигательной реабилитации. Обязательным условием лечения данной категории больных предложенным методом является сохранная психика и настойчивое желание в достижении результата последующей кинезотерапией.

Е.В. ФИЛАТОВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Наиболее частым осложнением у больных травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) являются пролежни. Частота возникновения пролежней, по данным разных авторов, составляет 23-90 % [1, 2].

В работе подвергнуты анализу результаты лечения пролежней по материалам отделения за 1993-2002 гг. За этот период времени в отделении на лечении находились 2648 больных с ТБСМ, пролежни констатированы у 820 пациентов (31 %). По уровню повреждения позвоночника и спинного мозга больные распределились следующим образом: шейный отдел – 102 пациента (12,5 %), грудной отдел – 533 (65 %), поясничный отдел – 185 (22,5 %). Время, прошедшее с момента травмы, колебалось от 1 месяца до 28 лет. Синдром полного нарушения проводимости по спинному мозгу наблюдался у 75,4 % больных, частичного – у 23,9 %; 0,7 % пациентов имели пролежни при наличии сохраненной чувствительности кожи (пролежни появились в первые дни после травмы).

По количеству пролежней, имевшихся у одного больного, данные распределились следующим образом: единичные – 87,5 % больных, два и более пролежней – 12,5 %. Наиболее частой

локализацией пролежневых ран являлась крестцовая область (46,25 %), вертельные области (20 %), седалищные (28,75 %), другие (5 %). У 37,5 % больных с пролежневыми ранами имелись рентгенологические признаки остеомиелита подлежащих костных образований, при последующем оперативном лечении клиническая картина остеомиелита выявлена только у 20 % пациентов. Пролежневые остеоартриты наблюдались в 6,25 % случаев.

В отделении используется классификация пролежней, предложенная А.П. Старовым (1981). Оперативному лечению пролежней за этот период подвергнуто 436 больных (53 %), у которых было выполнено 470 операций.

В отделении отдается предпочтение операциям с пластикой раневых дефектов, образующихся в результате иссечения пролежней, местными тканями или перемещенными лоскутами. Пластика пролежней расщепленным дерматомным лоскутом выполнена в 11 случаях (2,3 %).

При наличии у больного двух или более пролежней старались провести операцию в один этап, что является, на наш взгляд, наиболее рациональным. При наличии остеомиелического процесса проводилась резекция пораженной кости в пределах здоровых тканей. При наличии остеоартрита проводилась резекция пораженного сустава, в двух случаях остеоартрита тазобедренного сустава выполнена экзартикуляция нижней конечности.

Все операции проводились под эндо-трахеальным наркозом (ЭТН), кроме оперативных вмешательств с использованием расщепленного кожного лоскута. Операции заканчивались сквозным дренированием раны и наложением глухого шва, важным моментом в ушивании раны являлось отсутствие погружных швов. Швы снимались на 14-20 день.

Первичное заживление ран достигнуто в 442 случаях (94 %). Больные активизировались через 2-3 недели после снятия швов. Вторичное заживление пролежней при консервативном лечении занимало от 1,5 до 8 месяцев, что значительно ограничивало двигательные возможности больных и требовало постоянного ухода за раной.

Рецидивы пролежневых ран (6 %) в ближайшем послеоперационном периоде возникали по ряду объективных (общее тяжелое состояние, выраженный спастический синдром, большие размеры пролежневой раны, затрудняющие проведение пластики) и субъективных (неполноценный гемостаз, недостаточное интраопрационное обезболивание, избыточное натяжение краев раны, наличие остаточных полостей при пластике, неадекватное дренирование) причин. Устранение этих причин вполне возможно. При этом, наряду с тщательной предоперационной подготовкой больного и пролежневой раны, хорошей хирургической техникой, послеоперационным ведением раны, очень важна роль разъяснительной работы, так как, на наш взгляд, пролежни не являются неизбежным осложнением ТБСМ, а возникают при недостаточном уходе за больным.

Таким образом, операционное лечение пролежней у пациентов с тяжелой позвоночно-спинномозговой травмой нередко является методом выбора и дает хороший эффект, существенно улучшая качество жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Басков, А.В. Хирургическое лечение пролежней у больных со спинномозговой травмой /А.В. Басков //Вопросы нейрохирургии. – 2000. – № 1. – С. 7-10.
2. Савченко, П.А. Ошибки и осложнения при оперативном лечении пролежней у больных травматической болезнью спинного мозга /П.А. Савченко. //Матер. симп. «Травма позвоночника и спинного мозга» – Новокузнецк, 1994. – С. 70-78.

А.А. ФОМИНЫХ, А.Н. ГОРЯЧЕВ
Омская государственная медицинская академия, г. Омск

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МИКРОХИРУРГИИ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Микрохирургия, как метод восстановления тончайших анатомических структур, за последние 30 лет получила широкое распространение у нас в стране и за рубежом. Большинство реконструктивных вмешательств на верхней конечности уже не осуществимо без средств оптического увеличения и микроинструментария. В то же время, в начале третьего тысячелетия отмечен заметный спад интереса к этой дисциплине. Многие хирурги отдали свое предпочтение эстетической хирургии, поэтому реплантации и реваскуляризации конечностей и их сегментов при полных и неполных травматических отчленениях перестали быть престижными. Кроме того, отсутствие единой государственной программы финансирования сложных реконструктивных вмешательств на верхней конечности привело к тому, что далеко не все крупные города России имеют в составе своего здравоохранения отделения микрохирургии и хирургии кисти.

На современном этапе накоплен достаточный опыт в реконструктивной хирургии верхней конечности, позволяющий произвести остеосинтез, шов сухожилий, мышц, нервов, восстановить артериальное и венозное кровоснабжение и выполнить кожную пластику одновременно.

За 17 лет работы отделения микрохирургии в г. Омске накоплен больший опыт лечения тяжелой травмы верхней конечности. Анализ результатов лечения этой группы больных убедительно показал, что только первичная одномоментная реконструкция всех поврежденных структур дает право рассчитывать на существенный прирост функции конечности в послеоперационном периоде.

Для лечения переломов крупных сегментов (плечо, предплечье) наиболее перспективным считаем накостный остеосинтез пластинами, при лечении переломов костей кисти и пальцев – остеосинтез конструкциями с памятью формы. Своевременно и технически правильно проведенный остеосинтез значительно сокращает сроки иммобилизации, позволяет раньше приступить к занятиям по лечебной гимнастике.

Для восстановления артериального и венозного кровотока, у 96 % больных нами использован шов поврежденных сосудов, у оставшейся части – пластика аутовеной. Весьма важным считаем восстановление артерий не только при декомпенсированной и субкомпенсированной ишемии, но и в случаях компенсации кровотока. Адекватное восстановление артериального русла способствует не только приживлению сегмента конечности, но и снижает риск гнойносептических осложнений.

Для восстановления периферических нервов наиболее перспективным считаем эпиперинев-ральный микрохирургический шов. В нашем отделении первично восстановленные нервы составляют 87 %, поэтому процент пластики нервов чрезвычайно низок и за последние 10 лет составил 2 %. Важность восстановления нервов трудно недооценить. Даже безупречно выполненный шов сосудов не дает права рассчитывать на прирост функции, если нервы не были восстановлены или восстановлены неадекватно.

Для успешного проведения кожной пластики необходимо соблюдать ряд условий, наиболее важными из которых являются атравматичная техника операции и достаточное кровоснабжение реципиентной зоны. Следует отметить, что только в 9,34 % случаев кожная пластика явилась самостоятельным способом лечения. У 92,66 % пациентов кожная пластика была частью реконструктивных вмешательств, направленных на восстановление жизненно важных анатомических структур.

Качество оказания помощи больным с тяжелыми повреждениями верхней конечности в отделении микрохирургии города Омска напрямую связано с уровнем инвалидности при травмах и заболеваниях верхней конечности. Создание отделения микрохирургии позволило сократить выход на инвалидность 2-3-й групп практически в 4-5 раз.

Выводы: 1) организация центров микрохирургии позволяет значительно снизить выход на инвалидность пациентов с повреждениями и заболеваниями верхней конечности; 2) существенный прирост функции верхней конечности возможен только при одновременном восстановлении всех поврежденных структур в условиях специализированного центра.

А.Г. ХВОСТОВ, В.В. ТРУБИН
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

Повреждения плечевого сплетения встречаются в 3-10 % случаев всех травм опорно-двигательного аппарата, а среди всех повреждений периферической нервной системы достигают 20 %. В 80 % случаев данные травмы приводят к длительной нетрудоспособности.

Основной причиной травматических повреждений является дорожно-транспортная травма (около 80 %), в 20 % – это падение, попадание руки в механизмы и другие.

За период 1997-2002 гг. в ортопедическом отделении № 2 лечились 110 пациентов с повреждением плечевого сплетения, из них: 102 мужчины и 8 женщин трудоспособного возраста – 25-50 лет.

Из общего количества больных, 45 пациентам была выполнена операция невролиза и эндоневролиза плечевого сплетения с применением микрохирургического инструментария и оригинальной методикой послеоперационного ведения, сутью которой является непосредственное введение прозерина к месту операции по катетеру, выведенному чрескожно (24 пациента). В дооперационном периоде всем больным выполнено ЭМГ-обследование.

При контрольном обследовании, через 6-12 мес. после операции, выяснилось, что в группе больных, оперированных с применением методики подведения прозерина по катетеру, амплитуда вызванных потенциалов с основных пораженных стволов была выше на 25-30 %, чем в контрольной группе (21 человек), что соответствовало и клинической картине: уменьшался или купировался болевой синдром, увеличивалась сила и объем движений в пораженной конечности.

Таким образом, методика непосредственного подведения прозерина к месту невролиза и эндоневролиза в раннем послеоперационном периоде способствует более эффективному восстановлению поврежденного плечевого сплетения.

А.Т. ХУДЯЕВ, О.С. РОССИК, С.В. ЛЮЛИН
ГУН Российский научный центр
«Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А. Илизарова, г. Курган

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА НАРУЖНОЙ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОМ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ

В настоящее время одной из актуальных проблем остается лечение больных с осложненным спондилолистезом. Анализ существующих методов хирургического лечения этой патологии в настоящее время свидетельствует об их недостаточной эффективности. Неврологические осложнения, вследствие коррекции позвоночника с целью вправления смещенного позвонка и спондилодеза с помощью внутренних фиксаторов и винтов, встречаются у 30-50 % больных.

Мы располагаем опытом хирургического лечения 49 больных с осложненным спондилолистезом в возрасте 13-62 лет. По классификации H.W. Meyerding (1932), пациентов с 1-й степенью смещения среди наших больных было 7 (14,3 %), со II-й – 26 (53,1 %), с III-й – 9 (18,3 %), с IV-й – 7 (14,3 %). Деформация позвоночного канала на 1/3 его переднезаднего размера, по данным компьютерной томографии, выявлена у 28 больных, на 1/2 – у 4-х, на 2/3 – у 2-х. Нижний легкий вялый дистальный парапарез имел место у 8 человек (16,3 %), умеренный – у 2-х (4,1 %), грубый – у одного (2,1 %), корешковый синдром – у 30 (61,2 %), синдром люмбалгии – у 8 (16,3 %). Нарушение функции тазовых органов было диагностировано у 14 пациентов (28,5 %): у 8 (16,3 %) – легкие дизурические расстройства, у 9 (18,3 %) – снижение половой потенции.

При I-й и II-й степенях смещения позвонка (30 чел.) выполняли следующие хирургические манипуляции: проводили ламинэктомию смещенного позвонка; иссекали рубцы и осуществляли мобилизацию дурального мешка; выполняли дискотомию на патологическом уровне, с захватом обеих замыкательных пластинок двух смежных тел позвонков; в полость диска туго забивали два аутотрансплантата; накладывали аппарат наружной транспедикулярной фиксации. В трех случаях при данных степенях смещения проводили закрытое наложение аппарата наружной транспедикулярной фиксации, одномоментную редукцию смещенного позвонка до полного вправления, а затем, внебрюшинным доступом, передний спондилодез имплантатом из никелида титана.

При III-й и IV-й степенях смещения позвонка (16 чел.), вторым этапом после наложения аппарата и максимально возможного устранения смещения позвонка, осуществляли передний спондилодез между смещенным и нижерасположенным позвонком аутотрансплантатами из крыла подвздошной кости или имплантатом из никелида титана чрез- или внебрюшинным доступом. После снятия аппарата больным рекомендовали ношение полужесткого корсета в течение 6 мес. Средний срок работы аппаратом в этой группе составил 9 дней, средний срок фиксации – 113, средний срок лечения в аппарате – 122 суток.

После лечения спондилолистез купировался у 23 пациентов (46,9 %), остаточное смещение в пределах I-й степени сохранялось у 16 больных (32,7 %), II-й – у 6 (12,2 %), IV-й – у 4-х (8,2 %). По результатам миелографии и компьютерной томографии при выписке, данных за компрессию корешков «конского хвоста» не было. Костный блок в оперированном сегменте позвоночника достигнут у 19 человек (38,8 %), костно-фиброзный – у 30 (61,2 %). Полный регресс двигательных расстройств произошел у 6 пациентов (12,2 %), значительный – у 3-х (6,1 %), регресс чувствительных расстройств – у 9

(18,3 %), частичный – у 8 (16,3 %). Корешковый синдром и синдром люмбалгии купировался у всех больных.

Полученные результаты лечения больных со спондилолистезом позволяют считать клинически оправданным постепенное устранение спондилолистеза, под контролем неврологического статуса и рентгенографии в послеоперационном периоде. Оптимальным, в плане постепенной и максимально возможной редукции позвонка, является метод наружной транспедикулярной фиксации. При значительных степенях смещения (III и IV) и после одномоментной редукции при I-й и II-й степени, необходимо осуществлять передний спондилодез между смещенным и нижерасположенным позвонками аутотрансплантатом из крыла подвздошной кости или имплантатом из пористого никелида титана.

А.Ю. ЧЕВАРДИН, Д.Ю. БОРЗУНОВ
ГУН Российский научный центр
«Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А. Илизарова, г. Курган

К ВОПРОСУ О ВОССТАНОВЛЕНИИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ С ОБРАЗОВАНИЕМ МЕЖБЕРЦОВЫХ СИНОСТОЗОВ

Проблема восстановления анатомической целостности костей голени при тугом ложном суставе с угловой деформацией сегмента, в основном, связана с длительностью лечебно-реабилитационного процесса. По мнению ряда исследователей, процесс органотипической перестройки межотломкового клиновидного регенерата при ликвидации псевдоартроза затягивается на 3-5 лет и требует длительной иммобилизации конечности и дозированной нагрузки, с использованием дополнительных средств опоры [1, 2]. Поэтому поиск новых способов реконструкции костей голени, направленных на сокращение сроков лечения и исключение последующего рецидива заболевания, актуален.

Мы располагаем опытом лечения 26 пациентов, которым, с целью реконструкции костного остова голени, дополнительно созданы межберцовые костные блоки на высоте деформации и уровне псевдоартроза. Все пациенты, поступившие в Центр, имели посттравматическую этиологию дефекта. Ранее больные перенесли 41 оперативное вмешательство: погружной остеосинтез накостными и внутрикостными фиксаторами использовался у 9 пациентов, чрескостный остеосинтез – у 20, костная аутопластика – у 11. Во всех наблюдениях пациенты имели гиперпластические дефект-псевдоартрозы с тугой патологической подвижностью отломков, и угловые деформации от 10о до 45о, причем в 22-х наблюдениях угловые деформации составили 20-40^0.

Для восстановления целостности большеберцовой кости использовался прием приближения малоберцовой кости к вершине клиновидного регенерата, формируемого в зоне ложного сустава с целью создания дополнительной зоны регенерации и межберцового костного блока. Формирование межберцового синостоза на протяжении отломков берцовых костей обеспечивало возможность ранней функциональной нагрузки на сегмент и более ранний срок для демонтажа аппарата.

Срок исправления угловой деформации составил 37,0 ± 17,5 дней, срок образования межберцового костного блока, позволяющего демонтировать аппарат – 61,0 ± 20,8 дней. По данным литературы [1, 2], при лечении аналогичных дефектов костей голени, коррекция угловых деформаций осуществлялась 31-43 дней, последующая фиксация продолжалась 90-160 дней.

В ближайшие и отдаленные сроки наблюдения в анализируемой группе больных рецидивов несращения и угловых деформаций не выявлено.

Таким образом, использование для реконструкции костного остова голени малоберцовой кости с целью создания полноценного межберцового синостоза при малой травматичности оперативного вмешательства является биомеханически оправданным, обеспечивает возможность сокращения срока чрескостного остеосинтеза, более ранней функциональной нагрузки на конечность, и снижает вероятность рецидива заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Десятник, Е.Г. Лечение по Илизарову тугоподвижных ложных суставов бедра и голени с углообразным смещением отломков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. /Е.Г. Десятник. – Москва, 1981.
2. Шестаков, В.А. Закрытый чрескостный остеосинтез по Илизарову при лечении ложных суставов голени в амбулаторных условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. /В.А. Шестаков. – Москва, 1981.

В.Н. ШИПАРОВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

КОСТНЫЙ ЦЕМЕНТ КАК ФАКТОР РИСКА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ

При операциях тотального эндопротезирования суставов, с использованием цементной технологии, одной из важных проблем у анестезиолога является своевременное купирование токсического действия акрила, входящего в состав костного цемента.

Токсическое действие цемента характеризуется расстройством функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем, проявляющимся в виде выраженной гипотонии, нарушений сердечного ритма, развития инфаркта миокарда, а также острой дыхательной недостаточности. Применение костного цемента для фиксации эндопротеза увеличивает агрессивность операции и риск развития эмболических осложнений. Проникновение в кровь акрила может привести к интраоперационной смерти (по данным литературы, до 1 %), как результат внезапного кардиоваскулярного коллапса.

С 1997 г. в клинике проведено 30 операций тотального эндопротезирования тазобедренного сустава 26 больным (у 4 больных – двухстороннее протезирование). У всех больных для фиксации протеза применялся костный цемент Palacosus. Операция проводилась по технологии «Waldemar Link» 25 больным, по технологии «Biomet» – одному Показаниями для эндопротезирования у 19 больных послужил деформирующий коксартроз 3-4-й степени, у 6 – ложный сустав шейки бедра, у одного – застарелый вывих бедра. Из них, 14 мужчин и 12 женщин. Средний возраст – 55,7 лет (39-71 лет). Из сопутствующей патологии, у 14 больных (46,6 %) – ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь, у 2-х – нарушение сердечного ритма, сердечная недостаточность, у одного – травматическая болезнь спинного мозга.

Под эндотрахеальным наркозом с нейролептанальгезией выполнено 13 операций, комбинированная анестезия в виде нейровегетативной защиты с помощью перидуральной анестезии при эндотрахеальном наркозе – 7, сочетанная анестезия (спинно-мозговая и перидуральная анестезия) – 9 операций. Всем больным проводился мониторинг показателей гемодинамики, сатурация кислорода.

Операции эндопротезирования крупных суставов являются длительными и травматичными, и сопровождаются кровопотерей, по литературным данным, до 13-48 % объема циркулирующей крови (ОЦК). Средняя интраоперационная кровопотеря в наших случаях составила 800 мл ± 200 мл (18,0 ± 5 % ОЦК). Возмещение кровопотери проводилось донорской эритромассой или заготовленной аутокровью. Интраоперационно создавали гиперволемическую гемодилюцию, обеспечивающую уменьшение абсолютного объема кровопотери.

Общий объем инфузии во время операции составил 3500-4500 мл, при этом 1/3 объема инфузии вводилась до разреза. Состав инфузии – в основном, глюкозо-солевые ратсворы. Коллоидные растворы использовали в 20 случаях. Некоторым больным с плохо контролируемой кровопотерей, на этапах обработки вертлужной впадины и бедренного компонента, вводился дицинон в дозе 250-500 мг/час. Длительность операций чаще всего составляла 2 ч. 10 мин. – 2 ч. 30 мин. (в одном случае – 4 часа).

С целью профилактики имплантационного синдрома перед введением костного цемента вводился CaCl 10 % 10 мл и дексаметазон 8 мг (либо преднизолон 120 мг). Следует отметить, что в 9 случаях проводилось только увеличение объема инфузии, без введения гормонов и препаратов Са.

После использования цемента АД снижалось на 10-20 мм рт. ст. в 14 случаях, повышалось на 10-15 мм рт. ст. – в 6. Выраженная гипотония (Адс – 60-70 мм рт. ст.), развившаяся через час после использования цемента, при своевременном и достаточном возмещении кровопотери отмечена в одном случае, когда больному проводилось эндопротезирование второго тазобедренного сустава, через 6 месяцев после первого эндопротезирования.

Таким образом, при использовании костного цемента для фиксации эндопротеза ожидаемый имплантационный синдром профилактируется инфузионной поддержкой в объеме не менее 2000-2500 мл до использования цемента, а своевременное введение гормонов и хлористого кальция уменьшает риск развития нестабильной гемодинамики. Повторное эндопротезирование с использованием костного цемента целесообразнее проводить не раньше, чем через год после первого.

В.Н. ШИПАРОВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ОПЫТ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ БОЛЬНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА ЗА ПЕРИОД 1997–2002 ГГ.

Вопрос о предоперационной подготовке и анестезиологическом обеспечении больных, перенесших спинномозговую травму, остается актуальным и в настоящее время. Состояние этих больных определяется тяжестью травмы, уровнем повреждения, длительностью и степенью выраженности двигательных, трофических нарушений, нарушением функции тазовых органов. Спинномозговая травма сопровождается не только анатомическими повреждениями спинного мозга, но и нарушениями функционального характера, прежде всего показателей гемодинамического гомеостаза. Вовлечение в процесс спинальных вегетативных механизмов на разных уровнях, приводящих к нарушению сердечно-сосудистой регуляции, изменение объема циркулирующей крови (ОЦК) и водно-электролитного состава влекут за собой наклонность к артериальной гипотензии, вплоть до коллапса и остановки сердца.

У больных с высокой локализацией повреждения позвоночника и спинного мозга, при значительном ограничении подвижности или при длительном нахождении на постельном режиме, наблюдается снижение ОЦК, сгущение крови, за счет чего маскируется истинное снижение количества белка и гемоглобина. В дооперационный период, в результате спазма периферических сосудов, сохраняется соответствие емкости сосудистого русла ОЦК, вследствие чего артериальное давление (АД) остается удовлетворительным. Однако введение больного в наркоз, миоплегия, изменение положения тела на операционном столе, кровопотеря приводят к снижению общего периферического сопротивления (ОПС). В результате возникает несоответствие емкости сосудистого русла ОЦК, что вызывает резкое снижение венозного возврата, уменьшение сердечного выброса и снижение АД.

За период 1997-2002 гг. в клинике проведено более 800 анестезиологических пособий больным с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ). Хирургические вмешательства распределились следующим образом: ляминэктомии – 33 %, из них с менингомиелолизом более половины, дискэктомии с целью декомпресии спинного мозга – 14 %, коррегирующие ортопедические операции – 22 %, удаление и пластика пролежней – 31 %. Основная часть больных находились в промежуточном и позднем периоде ТБСМ. Уровень поражения спинного мозга: шейный и верхнегрудной – 23 % больных, средне- и нижнегрудной – 47 %, поясничный – 30 %.

Возраст больных: 18-40 лет – 72 %, 41-50 лет – 28 %.

Характерными особенностями на этапе предоперационного осмотра являются:

- склонность к психогенным и вегетативным реакциям,
- гипотония (АДс – 80-100 мм рт. ст., АДд – 60-70 мм рт. ст.),
- тахикардия более 90 в мин,
- нулевое или отрицательное центральное венозное давление,
- снижение показателей функции внешнего дыхания по рестриктивному типу на 20-50 %, в зависимости от уровня поражения и степени нарушения проводимости спинного мозга.

Эти изменения наиболее выражены у пациентов с травмой на шейном и верхнегрудном уровнях, в промежуточном периоде ТБСМ.

В зависимости от степени вегетососудистых реакций, выраженности трофических нарушений и гиповолемии, больным в раннем и промежуточном периоде (части пациентов – в позднем периоде), в сроки 1-5 суток до операции, назначалась инфузионная подготовка в объеме 20-25 мл/кг/сут глюкозо-солевыми полиионными растворами. В предоперационную подготовку включали седативные и антигистаминные препараты, глюкокортикоиды при гипотонии (АДс ниже 100 мм рт. ст.), сердечные гликозиды при выраженной тахикардии.

На операционном столе обязательна инфузионная подготовка в объеме 1000-1200 мл глюкозо-солевых растворов в достаточно быстром темпе, 25-30 мл/мин. На период такой подготовки проводили седатацию больного в половинной дозировке от вводного наркоза. При выраженности психогенно-вегетативных реакций катетеризацию центральной вены проводили под внутривенным наркозом (кетамин 40-50 мг и реланиум 3-5 мг).

По виду пособий в 82 % случаев проводили эндотрахеальный наркоз, в 14 % – внутривенный, 4 % составили эпидуральная и спинномозговая анестезии. В премедикацию на столе традиционно включали антигистаминные препараты и М-холинолитики, глюкокортикоиды – при ги-

потонии в предоперационном периоде. Вводный наркоз предпочтительнее проводить кетамином (1,4-2,1 мг/кг) в сочетании с фентанилом (2,5-2,8 мкг/кг).

У больных в раннем и промежуточном периоде после вводного наркоза часто отмечается выраженная тахикардия, иногда на грани срыва ритма, с одновременным подъемом АДс на 30-40 мм рт. ст. от исходного. В одном из случаев данная реакция осложнилась остановкой сердечной деятельности, в шести случаях больных приходилось снимать со стола до введения миорелаксантов.

Больным с выраженной психо-вегетативной реакцией в премедикацию на столе стали включать центральный агонист постсинаптических β_2-адренорецепторов – клофелин (1,2-1,4 мкг/кг). Препарат обладает седативным эффектом, с уменьшением у больных чувства страха, тревоги, ослабляет гемодинамические реакции пациента на интубацию и экстубацию, уменьшает интраоперационную потребность в наркотических анальгетиках, тормозит метаболические реакции на операционный стресс.

Своеобразным разрешающим фактором в развитии гемодинамической катастрофы во время вводного периода у этих больных может явиться введение сукцинилхолина перед интубацией трахеи. Но опасность представляет не сукцинилхолин как таковой, и не миорелаксация, а фибрилляция мышц, предшествующая расслаблению. В мышцах парализованных конечностей у спинальных больных накапливается большое количество калия. Мышечные фибрилляции, возникающие при введении сукцинилхолина, способствуют массовому выбросу калия в систему циркуляции, развивающаяся гиперкалиемия может привести к аритмии сердца, вплоть до остановки.

Интубацию трахеи целесообразно проводить с обязательной тест-дозой ардуана. Но на практике замечено, что хорошая предоперационная подготовка, седация на операционном столе и достаточно глубокий вводный наркоз нивелируют фибрилляцию мышц после введения дитилина (без тест-дозы ардуана), и уровень калия в крови после интубации не превышает 6 ммоль/л.

Эндотрахеальный наркоз целесообразно проводить комбинацией кетамина с фентанилом, либо по типу нейролептаналгезии, с ингаляцией закисно-кислородной смеси в соотношении 1 : 1 или 2 : 1. Барбитураты и фторотан исключили из анестезиологического обеспечения из-за их выраженного кардиодепрессивного действия. Не пользуемся и оксибутиратом натрия, так как он затягивает пробуждение и восстановление сознания в послеоперационном периоде.

После операции больные находятся в отделении реанимации на вспомогательной высокочастотной искусственной вентиляции легких, до полного пробуждения и адекватного самостоятельного дыхания.

Обобщая опыт работы, считаем, что у больных со спинномозговой травмой данный вид обезболивания, в сочетании с хорошей предоперационной подготовкой, дает достаточную аналгезию, адекватную нейровегетативную защиту, устойчивость гемодинамических показателей и является наиболее предпочтительным.

Т.И. БЕЛОГЛАЗОВА, В.Г. МАСЛЕННИКОВА, О.В. КУЗЬМЕНКО
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

Эндопротезирование тазобедренных суставов как метод восстановления их функции обеспечивает улучшение стато-динамических показателей, способствует улучшению качества жизни. Сроки восстановления опорной и двигательной функции конечности протекают индивидуально и зависят не только от качества выполненной операции, но и от тактики медико-реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.

Целью работы явилась разработка эффективной долгосрочной медицинской реабилитации больных после тотального эндопротезирования одного или двух тазобедренных суставов. Прооперировано 30 пациентов, из них 14 мужчин и 12 женщин в возрасте 32-71 лет, 4-м больным проведено двустороннее эндопротезирование. Контролем служили данные клинико-функциональных показателей. У всех пациентов отмечались выраженные нарушения стато-динамических функций, сильный болевой синдром в области бедра и тазобедренного сустава в покое, резко усиливающийся при ходьбе, объем движений в нем резко ограничен. Отмечалась выраженная гипотрофия ягодичных мышц и мышц бедра, беспокоили боли в поясничном отделе и контрлатеральном суставе. Все больные при ходьбе пользовались дополнительной опорой: трость (63 %), костыли (37 %). Всем пациентам проведена медицинская реабилитация методами ФТ и ЛФК, состоящая из следующих этапов:

1-й этап – профилактика ранних послеоперационных осложнений в 1-10 дни после операции. Проводилось бинтование оперированной конечности эластичным бинтом, антикоагулянтная терапия, магнитотерапия, дыхательная гимнастика, перкуторный массаж грудной клетки, подкладывалась клиновидная подушка для профилактики вывиха, ЛФК с пассивными движениями в коленных и голеностопных суставах с оперированной стороны, массаж здоровой конечности. Со 2-3 дня больного переводили в вертикальное положение, с помещением в ходунки с полной опорой на оперированную конечность, и назначали изометрическую гимнастику для ягодичных и четырехглавых мышц бедра.

2-й этап – 3-4 недели после операции. Задачи – наращивание мышечной силы, формирование статико-динамических навыков, увеличение объема движений в суставе. Проводили электростимуляцию ягодичных и четырехглавых мышц импульсными токами низкой частоты, массаж поясницы и контрлатеральной конечности. Расширялась программа двигательной реабилитации, направленная на увеличение объема активных и пассивных движений в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах оперированной конечности. Затем пациенты выписывались с рекомендациями по программе действий в домашних условиях.

3-й этап – через 3-6-12 мес. все оперированные поступали на поздние этапы реабилитации 1-го года наблюдения. Задачей этапа являлось формирование опорно-двигательных навыков, предупреждение и лечение дегенеративных изменений в симметричном суставе. Медицинская реабилитация включала электростимуляцию мышц, ЛФК с постепенным наращиванием объема движений в суставах оперированной конечности, массаж поясничной области и обеих конечностей, психологическую коррекцию по психолокомоторным навыкам пациента. Активно использовали лечебные физические факторы: водолечение (общие ванны морские, хлоридно-натриевые, хвойно-солевые, с экстрактами лечебных грязей, трав, подводный душ-массаж), теплолечение (лечебные грязи, парафино-озокеритовые аппликации), ИФТ, фонофорез гидрокортизона или биокортана, ПлМП-терапия.

Через год все больные передвигались без дополнительной опоры и проживали в свободном двигательном режиме (ходьба на лыжах, езда на велосипеде). Болевой синдром в оперированной конечности никого не беспокоил, у части больных сохранялись умеренные боли в поясничном отделе позвоночника и/или контрлатеральном суставе при нагрузке. Полный объем движений в тазобедренном суставе восстановлен у 26 пациентов, у 4-х человек (13 %) сохранилось ограничение движений в пределах 20 %, с легкой гипотрофией ягодичных и бедренных мышц. Все больные результатами лечения довольны.

Таким образом, метод этапной медицинской реабилитации больных после тотального эндопротезирования тазобедренных суставов позволяет добиться хороших клинических результатов и улучшить качество жизни пациентов.

О.Л. БЕЛЯНИН
Научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР ПОСЛЕ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПО ПОВОДУ КОКСАРТРОЗА

Корригирующая остеотомия (КОТ) бедренной кости (БК) по поводу коксартроза является мощным средством медицинской реабилитации, расширяющим возможности бытового самообслуживания и трудовой деятельности инвалида. Однако ее эффект недостаточен, если в течение максимально длительного периода реституции не применять комплекс восстановительной терапии и ЛФК, при соблюдении режима труда и быта.

Цель работы: биомеханическими методами (ихнография, подография, гониография, стабилография, система «Диа-след» и др.) определить эффективность ЛФК после КОТ БК по параметрам опороспособности, суставной подвижности нижней конечности и устойчивости стояния и ходьбы.

Обследовано 140 больных в динамике до 10 лет после операции. Показано, что, в зависимости от стадии развития артроза, КОТ БК приводит к стабильному улучшению биомеханических показателей у 45,6-69,8 % больных. Болевой синдром снижается или исчезает полностью у 88,3 %, а контрактурные ограничения подвижности в тазобедренном суставе – у 46,5 %.

Повторные исследования через 5-6 лет показали стабильный результат, и только через 7-8 лет начали вновь появляться боли и контрактуры с формированием порочного положения конечности. Раннее и систематическое применение ЛФК, направленной на разработку сустава и увеличение силы мышц конечностей, достоверно ($p < 0,05$) отдаляет появление болей и развитие повторных контрактур, по сравнению с контрольной группой инвалидов.

В.Г. БОГАТЫХ, О.Л. БЕЛЯНИН, С.Ф. КУРДЫБАЙЛО
Научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

ЛЕЧЕБНОЕ ПЛАВАНИЕ ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Реабилитация инвалидов после ампутаций нижних конечностей осложняется контрактурами и порочной установкой культей бедер, развитием артериальной гипертензии у 25,5 % инвалидов, вследствие кровопотери и психо-эмоционального шока, и нарушением обменных процессов в форме ожирения.

С целью разработки специализированных плавсредств и режимов лечебного плавания и изучения его реабилитационной эффективности, у 208 инвалидов изучена структура плавательных движений и динамика основных показателей сердечно-сосудистой системы. Односторонняя ампутация усиливает крен в сторону сохранной конечности. При двухсторонних ампутациях, из-за смещения ОЦМ почти на 5 % вперед, нарушается правильная гидропланирующая поза, с погружением головы в воду и подъемом тазового конца с культями бедер над ее уровнем. Подъем головы вверх формирует гиперлордоз, с возрастанием угла атаки б до 12-16^0 (в 2-3 раза) и повышением коэффициента лобового сопротивления (Rx) плаванию.

Недостаточность маховых усилий (Fh) культей, создающих проталкивающую силу пловца, провоцирует более интенсивные гребки руками. Координация движений нарушается и на фоне ПАГ, что приводит к повышению энерготрат. Для смещения ОЦМ кзади и коррекции профиля тела в воде, разработан утяжеляющий пояс, для усиления Fh – моноласта с килем. Систематические занятия плаванием инвалидов с этими средствами улучшили координацию движений при меньшем утомлении и большей скорости плавания и снизили АД на 5,8 %, а периферическое сопротивление – на 24,6 %.

Е.Н. ЖАРОВА
Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова, г. Санкт-Петербург

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПУЛЬСНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КОРЕШКОВЫМИ СИНДРОМАМИ

Заболевания периферической нервной системы являются причиной 50 % посещений невролога в поликлинике, 40-60 % госпитализаций в неврологические стационары и 80-90 % от общего количества заболеваний с временной утратой трудоспособности.

Наиболее значительную группу среди них составляют вертеброгенные болевые синдромы. При болевых синдромах одним из эффективных методов лечения является лазеротерапия, но она имеет много противопоказаний.

Считается доказанным, что импульсные воздействия (в том числе, магнитные) дают более выраженный и быстрый клинический результат, чем постоянные или переменные. Это объясняется тем, что привыкание к импульсным воздействиям выражено в меньшей степени, импульсные воздействия более физиологичны, так как все процессы в организме протекают ритмично, кроме того, варьируя «биотропные параметры» (частота, форма импульса, скважность и т.д.), магнитотерапия практически не имеет противопоказаний.

Цель исследования: оценить эффективность магнитотерапии при спондилогенных болевых синдромах.

Пролечено 20 больных с корешковым синдромом, 9 мужчин и 11 женщин. Их них, 12 человек были прооперированны по поводу грыжи межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника. На физиолечение взяты сразу после снятия швов. На фоне медикаментозной терапии проводилось лечение импульсным магнитным полем, параметры подбирались индивидуально. Использовался магнитный стимулятор «Нейро-МС» с катушкой «бабочка», которая накладывалась непосредственно на болевую зону.

В результате лечения у 17 пациентов достигнуто уменьшение болевого синдрома на 3-5-й процедуре, полное исчезновение болей — на 10-15-й процедуре. У 3-х пациентов сохранилось незначительное ощущение дискомфорта при наклонах.

Применение импульсного магнитного поля показано при вертеброгенных болевых синдромах как мягкий и не имеющий онкологических и возрастных противопоказаний метод.

В.А. ИСАНОВА
Министерство социальной защиты Республики Татарстан, г. Казань

СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Особое место в неврологии занимают церебральный инсульт и травмы головного и спинного мозга. Из больных, перенесших церебральный инсульт, к труду возвращаются только 20,2 % работавших. При повреждениях спинного мозга 40-84 % выживших больных имеют выраженные признаки инвалидности. Применяемые в отечественной реабилитологии физические методы лечения (ЛФК, физиотерапия и др.) не являются достаточно эффективными. Роль больного в лечении остается пассивной; отсутствует системность подхода к этапному лечению неврологических больных.

В связи с этим, разработана оптимальная и патогенетически обоснованная система реабилитации при неврологических заболеваниях, осложненных двигательными нарушениями вследствие ОНМК, закрытой ЧМТ, повреждения спинного мозга, ДЦП и т.д. В основе разработанной системы используются нейродинамические методы реабилитации. К ним относятся методы PNF, Бобат, Роод, Брунстром, Войта.

Вышеназванные методы используются в зарубежных реабилитационных клиниках, так как являются наиболее эффективными, ускоряют восстановление движения, речи, когнитивных нарушений, в конечном итоге — самообслуживание.

Лечебное воздействие нейродинамического метода PNF (нервно-мышечного проприоцептивного облегчения в модификации В.А. Исановой) состоит в повышении реакции паретичных мышц на сокращение через механизмы ЦНС и зависит от «бомбардировки» альфа - и гамма-мотонейронов спинного мозга импульсами со стороны вышестоящих нервных формаций. Позы и упражнения в образце движения выполняются в определенной последовательности на основе нейрофизиологических механизмов, в зависимости от состояния и

степени сохранности у пациентов супраспинального двигательного контроля. Поэтому исходные положения в методе PNF могут быть в положении лежа, на боку, на четвереньках, сидя и стоя.

В лечебно-реабилитационной системе для усиления эффективности нейродинамических методов дополнительно использовались методы транскраниальной магнитной стимуляции, динамической проприоцептивной коррекции, кондуктивной терапии и биологической обратной связи.

Динамика восстановления двигательной функции под влиянием терапии прослежена у 159 больных, 124 из которых (основная группа) прошли курс с применением метода PNF в разработанной системе реабилитации, 35 (контрольная группа) – с аналогичным двигательным дефицитом реабилитировали на основе общепринятых схем лечения по ЛФК, массажу и физиотерапии.

По нозологическим заболеваниям у 83-х из 124 пациентов основной группы был детский церебральный паралич, у 16 – неврологический двигательный дефицит развился вследствие перенесенного церебрального инсульта, у 15 – в результате травмы позвоночника и спинного мозга, у 10 – вследствие закрытой черепно-мозговой травмы.

Результаты неврологического, ортопедического, электромиографического исследования, метода магнитной стимуляции, биологической обратной связи свидетельствуют об эффективности проведенной реабилитации. Динамика параметров электромиографии характеризовалась достоверным увеличением количества двигательных единиц, что указывало на наклонность к нормализации двигательных функций.

Таким образом, применение системы нейрореабилитации с использованием метода PNF привело к значительному улучшению у 29 % пациентов, к улучшению – у 60,7 %. У лиц, леченых без применения данной системы (контрольная группа), незначительное улучшение наблюдалось лишь у 26 % больных.

1. Разработанная в Казанском реабилитационном центре система восстановительного лечения двигательных нарушений при неврологических заболеваниях, опирающаяся на теорию компенсации функций, тщательный анализ структуры дефекта и патофизиологические механизмы восстановления движения, обеспечивает значительное улучшение двигательных возможностей, личного и социального статуса больных или инвалидов.
2. Реабилитационная программа включает в себя динамическую систему взаимосвязанных воздействий и мероприятий медицинского, психологического и социального характера.
3. Приведенные данные о результатах использования созданной в Татарстане системы нейрореабилитации являются методическим обоснованием для применения перечисленных лечебных методик в повседневной практике реабилитационных учреждений.

О.А. КОВАЛЬ, С.В. ЛИТВИНОВСКИЙ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

РОЛЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ К ПЕРВИЧНОМУ ПРОТЕЗИРОВАНИЮ

Несмотря на то, что в последние годы огромное внимание уделяется реабилитации и протезированию пациентов с постампутационными дефектами (ПАД) нижних конечностей вследствие облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей, ряд вопросов подготовки к первичному протезированию остается спорным. В частности, в литературе до настоящего времени нет единого мнения о необходимости проведения консервативной терапии, как на этапе подготовки к первичному протезированию, так и в дальнейшем, на этапах двигательной реабилитации.

За последние 3 года нами проведено первичное протезирование 298 пациентов с ПАД нижних конечностей. Контрольное обследование проводилось на этапах первичного протезирования больных (через 2 г. 6 мес. и через 1 г.). Степень гемодинамических нарушений в единственной нижней конечности оценивалась по данным реовазографии, ультразвуковой допплерографии и выраженности трофических нарушений. Установлено, что у всех пациентов, поступивших в клинику на первичное протезирование, имелась, в большей или меньшей степени выраженная, ишемия единственной сохраненной нижней конечности.

На этапе подготовки к протезированию, для уменьшения ишемии нижней конечности, 235 больным (78,9 %) была проведена инфузионная терапия. Применялись различные схемы консервативной терапии. У 26 больных (8,7 %)

выполнены различные виды реконструктивных операций на сосудах, ампутации конечности. Остальные 37 пациентов (12,4 %), которым консервативная терапия не проводилась, составили контрольную группу. Больные, которым проводилось оперативное лечение, протезировались не ранее 2-3 месяцев после операции.

У всех пациентов, которым проводилась консервативная терапия на этапе подготовки к первичному протезированию, отмечено уменьшение болевого синдрома в единственной конечности при ходьбе, что позволяло им более длительно пользоваться протезом и быстрее осваивать навыки ходьбы на протезе.

Через 1 год у 174 пациентов (74,1 %) нарастания ишемии нижней конечности не отмечено. У 61 больного (25,9 %) отмечено усиление ишемии единственной нижней конечности, 12 пациентам (5,1 %) выполнено оперативное лечение, остальным 49 больным (20,9 %) проведена консервативная терапия с положительным эффектом. В контрольной группе у 13 больных (35,1 %) отмечено прогрессирование ишемии нижней конечности, что позволило им лишь ограниченно пользоваться протезом, а 11 пациентам (29,7 %) выполнено оперативное лечение.

Исходя из данных наблюдения, мы считаем, что проведение консервативной терапии больным облитерирующими заболеваниями нижних конечностей с ПАД, не нуждающихся в оперативном лечении, является необходимой на этапе подготовки к первичному протезированию.

О.В. КУЗЬМЕНКО
Государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ МУКОВИСЦИДОЗА

Муковисцидоз — генетически обусловленное заболевание, передаваемое по наследству по аутосомно-рецессивному признаку, один из двадцати представителей европейской расы является его носителем. Само заболевание муковисцидоз — системная патология экзокринной железистой ткани. Сопровождается синуситами, аденоидами носовой полости, гипергликемией, панкреатической недостаточностью, бронхоэктазами. Поражение бронхолегочной системы в форме раннего формирования хронической пневмонии с развитием бронхоэктазов обуславливает инвалидность таких детей с раннего возраста. Помимо названных клинических проявлений, ведение таких детей затруднено из-за постоянной декомпенсации дыхательной функции в результате доставки в организм ферментных препаратов и муколитиков. Применение красно-инфракрасного излучения в сочетании с магнитотерапией в физиотерапевтической практике при воспалительных заболеваниях легких уже зарекомендовало себя как высокоэффективный метод воздействия. Это связано с выраженным энергетическим воздействием на клетки, улучшающим микроциркуляцию в тканях и усиливающим трофический эффект.

Целью работы явилось изучение местного иммунитета у детей с хронической пневмонией на фоне муковисцидоза в ходе реабилитации локального и сегментарного воздействия красно-инфракрасного излучения, усиленного магнитной индукцией низкой интенсивности от аппарата «Геска». Было обследовано до и после лечения 28 больных детей 8-12 лет с хронической пневмонией в форме бронхоэктазов. Все дети были инвалиды детства по основному заболеванию. Все пациенты поступали в стадии неполной ремиссии с клиническими проявлениями: дыхательная недостаточность 1-й степени, постоянный кашель с вязкой густой мокротой гнойного характера. Все дети постоянно получали ферменты и ингаляции N-ацетилцистеина.

Был назначен курс процедур освечивания от аппарата «Геска» по 10 мин. на паравертебральную область, заднюю поверхность легких и проекцию поджелудочной железы. Всем детям проводилось исследование показателей местного иммунитета в мокроте и назальном секрете: концентрации секреторного иммуноглобулина А (SIg A), количество плоского и цилиндрического эпителия (ЦЭ и ПЭ), нейтрофилов (Н), альвеолярных макрофагов (АМ), с определением их функциональной активности (ФАН и ФААМ) (таблица).

Полученные результаты показывают выраженную коррекцию местного иммунитета после проведенной реабилитации. Катамнез выявил, что у всех детей ремиссия процесса достигала 6 месяцев. При этом в течение всего периода наблюдения кашель был редкий, мокрота менее вязкой и в небольшом количестве, что позволяет рекомендовать методику в профилактике декомпенсации у больных с бронхоэктазами на фоне муковисцидоза.

Таблица

Показатели местного иммунитета до и после лечения у больных муковисцидозом

Показатели	Назальный секрет			Мокрота		
	до лечения	после лечения	норма	до лечения	после лечения	норма
S IgA (г/л)	0,09 ± 0,005	0,17 ± 0,04*	0,25 ± 0,007	0,01 ± 0,004	0,20 ± 0,08*	0,28 ± 0,09
ЦЭ (%)	22,4 ± 3,1	27,9 ± 1,6*	33,2 ± 4,4	9,9 ± 2,1	24,7 ± 1,2*	34,4 ± 2,3
ПЭ (%)	27,7 ± 3,1	30,6 ± 2,5*	36,6 ± 2,1			
Н (%)	12,1 ± 1,4	16,2 ± 0,3*	18,4 ± 1,4	44,5 ± 667	19,4 ± 4,8*	14,5 ± 3,7
АМ (%)				7,7 ± 1,4	43,2 ± 1,1*	44,6 ± 1,2
ФАН (%)	9,4 ± 1,2	22,3 ± 1,2*	2664 ± 1,7			
ФААМ				13,1 ± 1,2	29,1 ± 1,3*	32,4 ± 2,4

М.А. ЛЕОНТЬЕВ

ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА

Ортопедоневрологические синдромы (ОНС) – нейрогенные поражения опорно-двигательного аппарата, наступающие при первичном поражении центральной и периферической нервной системы, сопутствуют различным заболеваниям с нарушением двигательных функций. Богатейший клинический материал по лечению и профилактике ОНС, накопленный в нашей стране, почти исключительно представлен на примере лечения последствий полиомиелита [1], в меньшей степени – детского церебрального паралича (ДЦП) [2].

Устойчивая тенденция последних лет – изменение структуры ОНС вследствие снижения заболеваемости полиомиелитом и неуклонного увеличения численности больных с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) [3]. ОНС сопутствуют ТБСМ в 64,9 ± 4,4 % случаев. Нередко выраженность вторичных нейрогенных поражений конечностей такова, что пациент не смог бы ходить даже при полном восстановлении функции спинного мозга. С другой стороны, сохранный костно-суставной аппарат уже обладает минимальным компенсаторным потенциалом (Л.П. Николаев, 1947), способным обеспечить примитивное стояние и локомоцию [4]. В каких случаях при ТБСМ необходимо устранять нейрогенные деформации? Насколько применим опыт хирургической коррекции ОНС, полученный при лечении последствий полиомиелита и ДЦП? На наш взгляд, при планировании медицинской реабилитации необходимо учесть следующее:

1. Лечение ОНС у пациента с ТБСМ проходит на фоне депрессивного и дисморфофобического синдромов [5].
2. Наиболее часто при ТБСМ (70,8 ± 4,2 %) наступает тотальный паралич, полное и симметричное поражение спинного мозга на уровне травмы.
3. У пациентов с ТБСМ преобладает (71,9 %) стабильное течение заболевания [3]. Если восстановление функций спинного мозга происходит, то в большинстве случаев (80 %) в течение года с момента травмы.

В соответствии с вышесказанным, лечение спинальных пациентов необходимо сочетать с психотерапией. Предпочтительны методы, дающие стабильный положительный результат после каждого этапа лечения. Нередко приходится выполнять пересадку мышц с силой менее 3-х баллов. Артродезы, зарекомендовавшие себя при лечении полиомиелитических монопарезов, не подходят для восстановления опорности при ТБСМ. Отсутствие чувствительности в зоне операции дает дополнительную свободу в выборе метода лечения, но затрудняет послеоперационное наблюдение; неосознаваемая боль может служить причиной спастического синдрома. Необходимо сдержанное отношение к сухожильно-мышечным реконструкциям в сроки до года с момента спинальной травмы. Выбор конкретного метода лечения определяется перечисленными особенностями, эффективностью и затратностью различных способов коррекции.

Для обоснования хирургических вмешательств, на наш взгляд, недостаточно наличия деформации. Необходимо преследовать конкретную конечную цель – повышение бытовой адаптации, восстановление или улучшение локомо-

торных и висцеральных функций, нарушенных вследствие ОНС.

Тяжелые ОНС, затрудняющие висцеральные функции и общий уход, подлежат коррекции во всех случаях, кроме терминального состояния. Коррекция ОНС необходима при любой степени поражения спинного мозга на нижнегрудном и поясничном уровне, так как потенциально все пациенты с поражением на этом уровне способны к самостоятельной ходьбе с внешней опорой, независимо от степени поражения спинного мозга.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Краснов, А.Ф. Сухожильно-мышечная пластика в травматологии и ортопедии /А.Ф. Краснов, Г.П. Котельников, А.П. Чернов. – Самара, 1999. – 376 с.
2. Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе и некоторые способы коррекции /И.С. Перхурова, В.М. Лузинович, Е.Г. Сологубов и др. – М., 1996. – 242 с.
3. Косичкин, М.М. Инвалидность вследствие травматического поражения спинного мозга, медико-социальная экспертиза и реабилитация /М.М. Косичкин, Л.П. Гришина, Д.М. Шапиро //Мед.-соц. эксп. и реаб. – 1999. – № 1. – С. 9-15.
4. Потехин, Л.Д. Позвоночно-спинномозговая травма на грудном уровне, осложненная грубыми двигательными расстройствами, и принципы адекватной реабилитации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук /Л.Д. Потехин. – Новокузнецк, 1989.
5. Калинина, С.А. Осложненная травма позвоночника и психо-эмоциональное состояние больного /С.А. Калинина //Травма позвоночника и спинного мозга: Мат. симп. – Новокузнецк, 1994. – С. 79-83.

Э.В. МАМЕДОВ, Л.А. ХВОСТОВА

ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ПРИМЕНЕНИЕ ДАЛАРГИНА В ЛЕЧЕНИИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ

Проблема лечения облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей по-прежнему актуальна, а результаты лечения во многом остаются неудовлетворительными. В комплексном лечении хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей (ХОЗАНК), большая роль отводится консервативному лечению, как в амбулаторно-поликлинических условиях, так и в стационаре.

Одним из перспективных лекарственных средств лечения ХОЗАНК является отечественный препарат даларгин – синтетический аналог энкефалинов, обладающий различными эффектами: цитопротективным, антиоксидантным, иммуномоделирующим, стимулирующим регенерацию различных тканей, улучшающим микроциркуляцию, анальгезирующим действием.

Нами проведен анализ результатов лечения 150 больных с ишемией конечности IIБ степени, которым проводились инъекции даларгина внутривенно болюсно по 2 мг в 10 мл физиологического раствора в течение 5 дней, чередуя с инфузиями реополиглюкина внутривенно. Оценка проводилась с помощью реовазографии, ультразвуковой допплерометрии, тредмил-теста.

Результаты исследований позволили установить, что после курса лечения отмечается уменьшение интенсивности болевых ощущений в икроножных мышцах при ходьбе. Данные тредмил-теста показали увеличение дистанции безболевой ходьбы в 1,5 раза у 70 % больных. Однако стойких изменений реовазографического индекса и лодыжечно-плечевого индекса, как правило, не наблюдалось.

Я.Н. МАШКОВСКАЯ, Н.Е. ИВАНОВА

Российский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова, г. Санкт-Петербург

НАЧАЛЬНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОТЕРАПИИ ПРИ СПОНДИЛОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ КОРЕШКОВЫХ СИНДРОМАХ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В настоящее время нет единой точки зрения на возможное применение физиотерапии у больных с сопутствующей онкопатологией.

Целью работы явилось уточнение возможности и эффективности применения фототерапии у больных при спондилогенных болевых

корешковых синдромах в отдаленном периоде после мастэктомии по поводу рака молочной железы.

В отделении физиотерапии РНХИ им. А.Л. Поленова наблюдались двое больных со спондилогенными болевыми корешковыми синдромами С6-С7 слева, в сочетании с нейродистрофическими нарушениями типа синдрома Стейнброкера, в возрасте 50 и 56 лет. Сопутствующей патологией является рак молочной железы, метастазы в позвоночник у больных не выявлены. Пациенты находились под наблюдением врача-онколога, получали химиотерапию, неоднократно оперировались по поводу рака молочной железы. Больным проводилось стандартное нейрохирургическое обследование: оценка соматического и неврологического статуса, ЭКГ, УЗДГ, КТ, МРТ.

Физиотерапевтическое воздействие проводилось гелий-неоновым лазером с длиной волны 0,6328 н.м., с 30 до 45 сек., на дистальный отдел руки и было направлено, прежде всего, на снятие болевого симптома, уменьшение отека конечности, увеличение силы в руке. Курс лечения включал 3-5 сеансов. Оценка состояния мышечной силы проводилась по 5-балльной шкале. В первом случае сила увеличилась с 3 до 4,5 баллов. В обоих наблюдениях отмечалось снижение болевого синдрома. Во время лечения проводился контроль свертываемости кровообращения.

Таким образом, воздействие гелий-неонового лазера снижает интенсивность болевого симптома, способствует восстановлению двигательных нарушений, при этом активизации онкологического процесса за шестимесячный период не выявлено.

С.П. ПАВЛОВА

Научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

ЛФК У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Целью исследования являлось совершенствование процесса медицинской реабилитации детей с врожденными дефектами верхних конечностей, страдающих артрогриппозом, после оперативного лечения – пересадка порции m. pectoralis major в позицию m. biceps.

В процессе занятий ЛФК решались задачи, направленные на «воспитание» функции m. biceps, восстановление двигательных навыков, обеспечивающих ребенку способность к самообслуживанию, предметно-практической деятельности, а также повышение функционального уровня. Использовались индивидуальные и групповые занятия, в которые включались не только дети с артрогриппозом, но и с другими пороками развития верхних конечностей, поскольку пребывание в коллективе, совместное выполнение заданий являлось хорошим психологическим фоном и способствовало нормализации психофизического развития.

При построении занятий ЛФК обязательно учитывался возраст ребенка, его интересы, особенности поведения. Большинство упражнений проводилось в виде увлекательных игр, побуждающих к выполнению тех или иных активных движений. Каждое упражнение методист сопровождал словами, указывающими ребенку на то, что он делает, что необходимо для освоения и закрепления чувства схемы тела, чувства позы, схемы движения с помощью оптико-моторных и слухо-моторных связей. Положительное влияние на развитие двигательных функций оказывает использование комплексных афферентных стимулов, что с успехом применялось во время занятий: тактильных (сенсорные коврики, сенсорные мешочки), зрительных (проведение упражнений перед зеркалом), проприоцептивных (упражнения с сопротивлением, чередование упражнений с открытыми и закрытыми глазами). Все занятия проводились под музыку.

Клинические наблюдения позволили сделать вывод, что систематические занятия ЛФК, с учетом поэтапного онтогенетического развития моторики здорового ребёнка, являются важным средством по предупреждению формирования вторичного порочного двигательного стереотипа.

К.Б. ПЕТРОВ, Д.М. ИВАНЧИН
Новокузнецкий государственный институт усовершения врачей,
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ВЛИЯНИЕ ТРИГГЕРНЫХ ТОЧЕК НА ХАРАКТЕР МЫШЕЧНОГО ТОНУСА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СПИНАЛЬНОЙ СПАСТИЧЕСКОЙ ПАРАПЛЕГИИ

Синдром повышения мышечного тонуса занимает одно из первых мест в структуре двигательных расстройств при пирамидных парезах и параличах. В литературе выделяют два вида мышечной ригидности. При гамма-ригидности (спастичности) наблюдается первичное усиление разрядов гамма-мотонейронов спинного мозга, а активация альфа-мотонейронов является вторичной, инициированной механизмом альфа-гамма сопряжения. Такой тип ригидности связан с резким снижением порогов миостатических рефлексов [1]. Нередко он полностью отсутствует в положении покоя. Любая попытка к движению вызывает резкое повышение мышечного тонуса, которое особенно усиливается в вертикальном положении больного. При пассивных перемещениях конечности наблюдается феномен «складного ножа», после повторения движений тонус снижается [3]. При гамма-ригидности сухожильные рефлексы оживлены, спастичность развивается только при постнатальном поражении [4]. Влияние локального анестетика на нервы и корешки, перерезка задних корешков, локальное воздействие холода на гипертоничные мышцы, электростимуляция или инъекция спирт-новокаина в их двигательные точки, способствуют существенному уменьшению проявлений спастичности [1, 4].

Альфа-ригидность связана с первичным усилением функции альфа-мотонейронов, причем этот эффект не зависит от активации гамма-системы [1]. Клинически она характеризуется симметричным распределением тонуса между сгибателями и разгибателями. Повышение тонуса носит постоянный характер. Иногда конечность способна длительно сохранять приданное ей пассивное положение. Сухожильные рефлексы, как правило, угнетены. Отмечается склонность к ранним контрактурам мышц [3]. Альфа-ригидность не изменяется при воздействии на нерв новокаином и при перерезке дорсальных корешков, разрушающих гамма-петлю, однако она устраняется перерезкой вентральных корешков, прерывающей двигательный рефлекс альфа-клеток [1, 2]. Перспективным средством купирования альфа-ригидности являются миорелаксанты (баклофен, сирдалуд) и препараты токсина ботулизма (ботокс, диспорт) [5].

Существует точка зрения, что оба вида ригидности представляют собой следствие нарушения равновесия между тормозными и активирующими влияниями из ретикулярной формации ствола. По мнению Р. Гранита [1], причина альфа-ригидности лежит в рассогласовании механизмов альфа-гамма сопряжения вследствие угнетения фузимоторной регуляции мышечных веретен.

При поражении спинного мозга (СМ) доказана возможность развития как гамма-, так и чистой альфа-ригидности. По мнению Т.Н. Несмеяновой [4], ригидность альфа-типа в данном случае постепенно нарастает, что обусловлено дистрофическими процессами, развивающимися в периферическом отрезке СМ. Они охватывают всю систему интернейронов, а также гамма-мотонейроны, и приводят к нарушению взаимодействия альфа- и гамма-систем. Двигательные тренировки и дополнительные афферентные раздражения предупреждают развитие выраженного гипертонуса.

В проанализированной литературе мы не нашли работ по изучению влияния триггерных точек (ТТ) на выраженность мышечной ригидности при патологии центральной нервной системы (ЦНС). Для исследования этого вопроса было обследовано 45 больных (32 мужчины и 13 женщин) в резидуальном периоде позвоночно-спинальной травмы. Их возраст составил 16-47 лет, в среднем, 28,14 ± 0,8. В 23 случаях (51,1 %) было диагностировано полное нарушение проводимости по СМ, в 22-х (48,9 %) – частичное. Степень расстройства произвольных движений соответствовала абсолютной параплегии или глубокому парапарезу. Навык самостоятельной ходьбы отсутствовал во всех случаях. Поражение шейного отдела СМ наблюдалось у 19 больных (42,22 %), верхне-грудного – у 4 (8,89 %), средне-грудного – у 7 (15,56 %), нижне-грудного – у 15 (33,33 %). Признаки преимущественно гамма-ригидности выявлялись у 34 больных (75,56 %), преимущественно альфа-ригидности – у 11 (24,44 %). В подавляющем большинстве случаев (84 %) имела место 2-4-я степень выраженности тонических расстройств, причем флексорный тонус в нижних конечностях (75,6 %) преобладал над экстензорным (24,4 %).

В общей сложности обследовано 1594 ТТ, из них 93,3 % локализовались в мышцах и фасциях. По пальпаторно-кинестетическим характеристикам они ничем не отличались от своих собратьев, выявляемых при полной сохранности ЦНС. На частоту их встречаемости не влияли уровень и степень поражения СМ, а также характер чувствительных расстройств. Тем не менее, в случаях альфа-ригидности, ТТ выявлялись в значительно меньшем количестве и нередко вовсе отсутствовали. При стимуляции надавливанием или перфорации ТТ, независимо от их локализации, в подавляющем большинстве наблюдений (97,51 %) инициировался сгибательный защитно-укоротительный рефлекс. При раздражении дистально расположенных точек (стопа, голень) выраженность рефлекторных реакций была более значительной.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гранит, Р. Основы регуляции движений /Р. Гранит – М., 1973. – 368 с.
2. Несмеянова, Т.Н. Стимуляция восстановительных процессов при травме спинного мозга /Т.Н. Несмеянова – М., 1971. – 255 с.
3. Семенова, К.А. Детские церебральные параличи /К.А. Семенова. – М., 1968. – 259 с.
4. Старобинец, М.Х. Методические приемы определения альфа- и гамма-форм спастичности при пирамидном синдроме /М.Х. Старобинец, Л.Д. Волкова //Современные методы исследования в неврологии и психиатрии: Тез. докл. науч.-практ. конф., Т. 2. – Курск, 1977. – С. 151-152.
5. Яхно, Н.Н. Применение ботокса (токсина ботулизма типа А): Руков. для врачей. /Н.Н. Яхно, О.Р. Орлова. – М., 2001. – С. 205.

К.Б. ПЕТРОВ, Д.М. ИВАНЧИН

Новокузнецкий государственный институт усовершения врачей,
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПНЕВМОДЕСТРУКЦИИ ТРИГГЕРНЫХ ТОЧЕК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИРАМИДНОЙ СПАСТИЧНОСТИ

В литературе имеются сообщения о положительном эффекте анестезии периферических нервных стволов и спирт-новокаиновой деструкции места вхождения двигательного нерва в мышцу в случаях гамма-ригидности [1]. Работы по изучению влияния инактивации триггерных точек (ТТ) на выраженность спастического синдрома при патологии центральной нервной системы (ЦНС) отсутствуют.

Для исследования этого вопроса был использован специально разработанный пневмодеструктор ТТ, состоящий из шприца с подсоединенным к нему манометром. Через инъекционную иглу в ТТ нагнетался газ (например, кислород) до тех пор, пока наблюдалось отклонение стрелки манометра [3]. Считалось, что избыточное давление разрушает соединительно-тканные образования вокруг рецептора, нормализует циркуляцию тканевой жидкости и тем самым снижает концентрацию медиаторов воспаления в области ТТ. Последние, как известно, обладают сенсибилизирующим воздействием на нервные окончания. В качестве контроля применялась инъекционная инфильтрация зоны ТТ 0,5 % р-ром новокаина.

Эффективность лечения оценивалась с помощью тензоальгизиметрии, проводимой до и после лечения и дающей представление о пороге рефлекторной активности при механической стимуляции ТТ.

Материалом для исследования послужили 45 больных в резидуальном периоде позвоночно-спинальной травмы. Отбирались пациенты с выраженными спастическими проявлениями в нижних конечностях при отсутствии значительных соматических осложнений (контрактуры, пролежни, пиелонефрит и т.д.). В случаях грубых нарушений чувствительности ТТ определялись как точечные участки, нередко лишенные каких-либо кинестетических признаков, их механическая стимуляция вызывала резкое повышение мышечного тонуса или активацию рефлексов спинального автоматизма. Полученные результаты сравнивались с полученными ранее показателями для здоровых испытуемых и больных остеохондрозом позвоночника (ОП) [2].

В анализируемой группе испытуемых максимальное давление газа, необходимое для пневмодеструкции ТТ, и его объем превышали аналогичные показатели нормы в 2,1 раза.

При перфорации ТТ у спинальных больных феномен скрипа и появление крови наблюдалось почти в 1,5 раза реже, чем при ОП ($P < 0,001$). В обеих случаях выделение светлой крови было нехарактерным (16-20 %), темная и «черная» кровь при спастическом синдроме встречалась в

1,5 раза чаще, чем при вертеброгенной патологии ($P < 0,001$).

Исследование порога вызывания спинальных рефлексов при стимуляции ТТ тензоальгизиметром достоверных различий в их исходном уровне у больных с гамма- и альфа-ригидностью не выявило. После инактивации ТТ тензоальгизиметрические показатели достоверно возросли в обеих выборках с 1,33 ± 0,01 кГ до 1,57 ± 0,01 кГ ($P < 0,001$), однако эффект от лечения был лучше в случаях гамма-ригидности.

В качестве методов инактивации ТТ применялись инъекции новокаина, пневмодеструкция кислородом, углекислым газом и закисью азота, а также оттягивание поршня пустого шприца «на себя». Во всех случаях, кроме последнего, были получены положительные результаты (таблица). Наилучший эффект отмечен при введении новокаина ($P < 0,0001$), статистических различий, подтверждающих преимущество какого-либо из использованных при пневмодеструкции газов, не выявлено.

Таким образом, у больных со спинальным спастическим синдромом для пневмодеструкции триггерных точек требуется несколько большее давление газа, чем в индифферентной мышечной ткани. При перфорации ТТ в данном контингенте частота кровяных выделений и феномен скрипа наблюдается несколько реже, чем при синдромах ОП. Независимо от характера вводимых газов, пневмодеструкция ТТ обладает хорошими антиспастическими качествами, хотя и уступает по эффективности новокаину. Наилучшие результаты были получены в случаях преобладания гамма-ригидности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гранит, Р. Основы регуляции движений /Р. Гранит. – М., 1973. – 368 с.
2. Петров, К.Б. Неспецифические рефлекторно-мышечные синдромы при патологии двигательной системы (патофизиология, клиника, реабилитация): Автореф. ... дис. докт. мед. наук /К.Б. Петров. – Новосибирск, 1998. – 40 с.
3. Петров, К.Б. Способ прижизненного определения прочности мышечно-фасциальных тканей тела человека (патент на изобретение № 2143222 от 27.12.1999) /К.Б. Петров //Бюл. изобр. 1999. – № 36. – С. 72.

Таблица
Сравнение степени повышения порога спинальных рефлексов по данным тензоалгизиметрии (в кГ) при использовании новокаинизации триггерных точек, их пневмодеструкции различными газами и оттягивании шприца "на себя"

Сравниваемые методы	После лечения		После лечения		Критерий Стьюдента	Уровень значимости
	N	Средние значения	N	Средние значения		
Новокаин	415	1,54	415	1,72	-5,83	P = 7.918E-9
Кислород	600	1,25	600	1,503	-9,17	P = 1.49E-13
Углекислый газ	90	1,2	90	1,44	-3,356	P = 9.663E-4
Закись азота	213	1,17	213	1,49	-7,32	P = 1.217E-12
Оттягивание поршня пустого шприца "на себя"	27	1,6	27	1,65	-0,488	P = 0.627

Л.А. ПОПОВА, И.Г. ОЧЕРЕТИНА, И.А. МЕНЬЩИКОВА

ГУН РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А. Илизарова, г. Курган

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРОЗА С УЧЕТОМ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Особенностью диагноза «плече-лопаточный периартроз» является сведение к одной нозологической форме многочисленных полиморфных состояний, общим для которых является анатомическое расположение боли и ограничения движений в плечевом суставе. Существуют многочисленные теории, объясняющие механизм развития боли и ограничения движений при различных формах поражения плече-лопаточной области [1]. До настоящего времени в развитии плече-лопаточного периартроза миофасциальной боли уделяется недостаточно внимания [2].

Нами накоплен большой опыт консервативного лечения больных с миофасциальным болевым синдромом в области мышц верхней конечности. В основу работы положен анализ результатов лечения 50 пациентов в отделении реабилитации РНЦ «ВТО» в возрасте 20-65 лет, лечившихся по поводу плече-лопаточного периартроза. Все они предъявляли жалобы на интенсивные боли в плечевом суставе, ограничение движений в нем. Активные триггерные точки определялись в мышцах пояса верхней конечности: надостной, подостной, подлопаточной, трапециевидной, малой круглой и дельтовидной.

Основной принцип проведенного нами консервативного лечения МБДС плечевого сустава заключался в применении миофасциального релизинга в сочетании с кинезотерапией. Алгоритм

лечения индивидуален для каждого больного. В основу его мы включаем, в первую очередь, способы непосредственного воздействия на триггеры. Инактивация их проводится комплексно и одновременно во всех заинтересованных мышцах по представленной ниже формуле:

- ишемизирующая компрессия триггерных точек;
- постизометрическая релаксация мышц;
- криоанестезия мышц, отягощенных ТТ;
- гипертонические компрессы на пораженные мышцы с последующей мануальной тракцией;
- новокаиновая инфильтрация триггерных точек (при необходимости);
- ультразвук с гидрокортизоном, лазеротерапия на триггерные точки и тяжи;
- ЛФК и/или кинезотерапия;
- медикаментозное лечение по схеме;
- гидротерапия (скипидарные ванны) в случаях стойкого и резко выраженного МБДС с нарушением сна, неуравновешенным настроением, раздражительностью.

При этом ишемизирующая компрессия триггерных точек осуществляется путем глубокой прессуры триггера прижатием его к близлежащему костному выступу и плавным разминанием подушечками пальцев. Длительность воздействия на ТТ – 3 мин. Для локального разогревания мягких тканей и более эффективного расслабления спазмированных участков мышц можно использовать разогревающие гели и мази (капсикам, бета-никамелон, гель чайного дерева и др.). Сразу после ишемизирующий компрессии на проекцию проблемной мышцы накладывается гипертонический солевой горячий компресс на 15 мин. (на 1 ст. горячей воды – 1 ст. л. поваренной соли). После снятия компресса осуществляется растяжение проблемной мышцы по принципу постизометрической релаксации. При этом предусматриваются два обязательных приема: в первые 10 сек. – изометрическое напряжение проблемной мышцы, в следующие 30 сек. – растяжение.

В случаях, когда ТТ имеют упруго-эластичную консистенцию с признаками деструкции тканей (вторая стадия ТТ), целесообразно, наряду с вышеописанными приемами, применять медикаментозное воздействие по схеме: дипроспан 1 мл + 0,5 % новокаин 3,5 мл (2-3 инъекции ч/з 10 дней); дексаметазон 2 мл + 0,5 % новокаин 3-5 мл (4-5 инъекций, каждые 3 дня).

Обязательным элементом комплексного лечения мы считаем метод кинезотерапии. Принципиальным отличием его от ЛФК является работа через боль (ЛФК – до боли). Комплекс ЛФК рекомендуется больным с интенсивной болью и/или больным с индивидуально низким болевым порогом.

Анализ результатов лечения показал, что устранение миофасциального болевого синдрома при плече-лопаточном периартрозе по предложенной схеме инактивации активных ТТ купирует боль на второй день у 12 % больных (6 чел.), на 12-14-й день – у 84 % (42 чел.); у 2-х чел. боль купировалась на 21-23 день. Предложенный комплекс терапевтических мероприятий позволяет сократить сроки лечения больных, уменьшить количество используемых медикаментов, предотвращает хронизацию заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Синдром плечелопаточного псевдопериартроза /В.П. Веселовский, Г.А. Иваничев, А.Я. Попелянский и др. //Ревматология. – 1984. – № 2. – С. 39-42.
2. Тревелл, Дж.Г. Миофасциальные боли /Дж.Г. Тревелл, Д.Г. Симонс. – М., 1989.

Г.И. ПЯТАКОВА
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ОПОРОЖНИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НА ЧАСТОТУ ОБОСТРЕНИЙ ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

Лечение больных с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) относится к числу сложных, окончательно не решенных задач практической медицины. Трудности обусловлены тяжестью травмы и глубокими нарушениями иннервации тазовых органов (мочеиспускание, дефекация, половая функция). При травме спинного мозга, в первую очередь, страдает единая функциональная система верхних и нижних мочевых путей, утрачиваются эвакуаторная, резервуарная, замыкательная функции мочевого пузыря. Их нарушения приводят к грубым изменениям уродинамики, развитию пузырно-мочеточникового рефлюкса и поражению почек. Частота развития урологических осложнений при ТБСМ, по данным разных авторов, составляет 68-96 % [1, 2].

В данной работе анализируются результаты коррекции опорожнительной функции мочевого пузыря, нарушение которой является основой для воспалительного процесса мочевых путей. Использовались материалы отделения за 1998-2002 гг. За этот период госпитализировано 1412 больных с ТБСМ, нарушение опорожнительной функции мочевого пузыря выявлено у всех.

По уровню повреждения спинного мозга больные распределились: шейный отдел – 373 пациента (26 %); грудной – 706 (50 %); поясничный – 333 (24 %). Время, прошедшее с момента травмы, составило 1 мес.-15 лет.

Выявлены следующие расстройства опорожнительной функции мочевого пузыря:

- полное отсутствие мочеиспускания – 30 больных (1,7 %), у 28 чел. восстановлено после лечения;
- неадекватное опорожнение мочевого пузыря с остаточной мочой и увеличением его объема в 2 и более раз – 742 больных (53 %), улучшение в 100 % случаев;
- нарушение эвакуационной функции мочевого пузыря с остаточной мочой при нормальном объеме – 509 больных (36 %), улучшение в 100 % случаев.
- наличие эпицистостомы, выраженный спастический синдром и малый объем мочевого пузыря – 131 чел. (9,3 %); этим больным восстанавливалась резервуарная функция.

Из анамнестических данных выявлено, что у больных, которым коррекция не проводилась, частые обострения пиелонефрита (2 и более раз в год) возникают в ранние сроки после травмы (1 мес.-3 года). Таких больных было 553 (77 %). Всем пациентам этой группы 2 раза в год проводилась коррекция опорожнительной функции мочевого пузыря. Наблюдение в динамике 323 больных из этой группы выявило отсутствие обострений пиелонефрита у 199 чел. (60 %). По данным УЗИ и экскреторной урографии у этой же категории больных нарастания уже имеющихся начальных изменений верхних мочевых путей не отмечалось.

165 больных (23 %) поступили в отделение в ранние сроки после травмы с отсутствием в анамнезе острого пиелонефрита. Проводимая им регулярная коррекция мочеиспускания в течение 2-х лет, предотвратила возникновение воспалительных процессов мочевых путей. По результатам УЗИ и экскреторной урографии изменений верхних мочевых путей и конкрементов не выявлено.

563 пациента (40 %), с давностью травмы 3-15 лет. В анамнезе у этих больных имелись острые, неоднократные обострения хронического пиелонефрита и соответствующие этому рентгенологические изменения чашечно-лоханочной системы. Этой категории больных коррекция мочевыведения проводилась 1-2 раза в год в сочетании с профилактическим лечением хронического пиелонефрита. В динамике у этих больных отмечены лишь единичные случаи обострения уроинфекции.

19 больных (3,4 %) из этой группы, ни разу не получавшие лечения по восстановлению мочеиспускания, с длительно текущими воспалительными процессами, госпитализированы уже со стойкими изменениями верхних мочевых путей (двухсторонний уретерогидронефроз). Таким больным показано наложение эпицистостомы (5 чел.) для отведения мочи и разгрузки верхних мочевых путей; остальным (14 чел.) – продолжительное лечение пиелонефрита с применением системы Монро.

Результаты коррекции опорожнительной функции мочевого пузыря подтверждают правильность изречения Blant (1962): «Хорошие почки у того, кто хорошо мочится».

Коррекция опорожнительной функции мочевого пузыря снижает частоту обострений пиелонефрита, а при регулярном ее проведении исключает их возникновение; способствует сохранности верхних мочевых путей; должна проводиться регулярно всем больным с ТБСМ, начиная с раннего периода заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Руководство по урологии: Т. 3. /Под ред. Н.А. Лопаткина. – М., 1998. – С. 122-129.
2. Салов, П.П. Нейрогенные дисфункции тазовых органов /П.П. Салов. – Новокузнецк, 2002. – С. 296-300.

К.В. СОКОЛОВ, В.Г. МАСЛЕННИКОВА, А.В. СТЕПАНОВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ОПЫТ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗА У ЛИЦ ЗРЕЛОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

За период 2000-2002 гг. в клинике пролечено 412 больных с диагнозом «Деформирующий артроз коленных суставов», из них, мужчин 94 (22,8 %), женщин 318 (77,2 %). Средний возраст составил 55,5 лет. Распределение по возрасту: до 50 лет – 30 %, 50-60 лет – 10 %,

старше 60 лет – 60 %. Первичный остеоартроз отмечен в 72,1 % случаев, преимущественно среди женщин зрелого и пожилого возраста; вторичный – в 27,9 %, в основном, среди мужчин, в более раннем возрасте. Распределение по степеням: 1-2 степень – 41,9 % больных, 2-3 степень – 58,1 %. Сопутствующую патологию имели 58 % больных: гипертоническая болезнь – у 50 %, сахарный диабет – у 7 %, ожирение 2-3 ст. – у 30 %, остеохондроз поясничного отдела позвоночника – у 35 %. 36 % больных, в связи со стойкими стато-динамическими нарушениями, являлись инвалидами II-III-й группы. Чем больше возраст и тяжесть сопутствующих заболеваний, тем больше роль консервативного и, в частности, медикаментозного лечения гонартроза. Описано применение большого количества различных по механизму действия лекарственных препаратов. Подходя к назначению лекарств, мы стремимся к купированию воспаления и боли; восстановлению тканей опорно-двигательного аппарата; увеличению адаптивных возможностей организма.

Нестероидная противовоспалительная терапия (НПВП). Применялись анальгин, диклофенак, индометацин, ибупрофен. Один препарат назначали при 1-й ст. артроза, два – при 2-й. Использовали различные пути введения, при наличии сахарного диабета НПВП назначали перорально. Курс НПВП составлял 10 дней. Курсы НПВП, витаминов и биостимуляторов проводились одновременно. При гипертонической болезни схему изменяли. При систолическом АД 160-170 мм рт. ст. назначали 1 препарат ч/день 5 раз, при необходимости дольше. При систолическом АД 190 мм рт. ст., использовали анальгин, димедрол курсом 2-3 дня. Одновременно с назначением НПВП проводилась коррекция АД. По мере коррекции АД, лечение продолжали более сильными препаратами. В единичных случаях наблюдались обострения заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что вызывало необходимость отмены НПВП.

Стероидная противовоспалительная терапия. Препаратом выбора является кеналог. Показанием к применению были явления синовиита, не купируемого НПВП, сохраняющийся болевой синдром, умеренно или сильно выраженный. Как правило, такие больные имели 2-3 ст. артроза и сопутствующую патологию в стадии суб- или декомпенсации. Применение кеналога потребовалось у 25 % больных, по 1-2 инъекции. Препарат вводили параартикулярно, при синовиите – внутрисуставно.

Учитывая возможность наличия остеопороза у данной возрастной группы, который может усиливать внесуставной компонент суставной боли за счет повышения внутрикостного давления, исследовали уровень кальция крови, щелочной фосфатазы. При снижении кальция ниже нормы, в комплекс лечения добавляли эргокальциферол по 700 МЕ ежедневно 10 дней, под контролем кальция мочи и креатинина.

Коллаген в той или иной доле составляет межклеточное вещество хрящей различных видов, костей. Аскорбиновая кислота участвует в синтезе коллагена, является мощным энергоносителем. Препарат назначали парентерально или внутрь. Парентерально – в дозе 5 % 10 мл 10 дней; перорально – 10 мг 3 р/день 20 дней.

Для лиц пожилого и зрелого возраста характерно наличие скрытого гипополивитаминоза. Витаминная недостаточность, в конечном счете, ведет к снижению скорости регенерации, к снижению адаптационных реакций. Назначали *витамины группы В* – цианокобаламин, тиамин, пиридоксин парентерально в терапевтических дозах.

Также считаем необходимым назначение препаратов из группы *биостимуляторов* (алоэ, ФИБС и т.д.). Изучая доступную литературу, мы не нашли исчерпывающих данных, позволяющих судить о механизме действия препаратов данной группы. Предполагаем, что их действие может быть связано либо с усилением синтеза гормонов коры надпочечников, либо с усилением резорбции фрагментов матрикса, который мало чувствителен к коллагеназе, либо со стимуляцией пролиферации бластных клеток, в том числе, хондробластов. Курс лечения составлял 10-15 инъекций. Необходимо отметить, что у больных с ревматоидным артритом биогенные стимуляторы и цианокобаламин не использовали.

Седативная терапия. Лечение проводил психотерапевт, исходя из психического статуса больного. Применялись грандаксин, реланиум, пирацетам, янтарная кислота. Дозы и курс подбирались индивидуально.

Приведенный объем и схему назначения используемых лекарственных средств считать идеальными нельзя. Представляет интерес использование ненаркотических анальгетиков, хондропротекторов, селективных нестероидных противовоспалительных препаратов, но их использование ограничено стоимостью.

Учитывая особенность данной патологии, клиническим критерием эффективности медикаментозного лечения считаем уменьшение или исчезновение болевого синдрома, и увеличение двигательной активности. Положительный результат (уменьшение или исчезновение болей и увеличение двигательной активности) отмечен у 90 % больных.

Ф.М. СОКОЛОВА, Н.Е. ИВАНОВА
Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова, г. Санкт-Петербург

ОСОБЕННОСТИ ЛФК В КОМПЛЕКСНОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Отсутствие проведения в повседневной практике специально подобранного комплекса ЛФК, подготавливающего больного к вертикализации, приводит к нарушению естественного стереотипа движений в послеоперационном периоде у больных с внутричерепными кровоизлияниями, с формированием патологических поз и статико-динамических нарушений. Предложенная методика ЛФК направлена на устранение подобных дефектов лечения.

Проанализированы результаты оригинального методического подхода к ЛФК у 18 пациентов с внутричерепными кровоизлияниями различной этиологии, в том числе, аневризматической природы – 13 больных, ГБ этиологии – 3, АВМ – 2. Клиническая картина была представлена поражением лобных долей с наличием гематом, ишемией мозга и гидроцефальным синдромом. У всех больных доминировали интеллектуально-мнестические нарушения, атаксия, апраксия, брадикинезия, двигательные и речевые расстройства. Все больные были оперированы.

Можно выделить 3 этапа проведения ЛФК в до- и послеоперационном периоде: 1) предоперационная подготовка – длительностью 3-10 дней – коррегирующая дыхательная гимнастика по специальной методике; 2) ранний послеоперационный период – дыхательная и двигательная гимнастика по оригинальной методике, с 3 по 10 день после операции; 3) послеоперационный период (10-20-й дни) – применение лечебной гимнастики с обязательной вертикализацией больного.

Применяются ходьба с коррекцией осанки и координации после предварительных упражнений на реципрокность (согласованность) движений в конечностях, согласованность движений конечностей с дыханием, поворотов в постели, присаживание на кровати с опорой ног на пол, стояние с контролем за смещением центра тяжести, передвижение в стороны в положении сидя на кровати.

Результатом работы явилось формирование оптимального, близкого к норме стереотипа передвижения без характерных для этой категории больных координаторных нарушений. Все больные были выписаны в компенсированном состоянии способными передвигаться без посторонней помощи.

Ф.М. СОКОЛОВА, Г.П. БЛАГОРАЗУМОВА
Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова, г. Санкт-Петербург

НОВЫЙ ПОДХОД К ПРИМЕНЕНИЮ ЛФК В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ СПИНАЛЬНЫХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Трудно переоценить роль ЛФК в комплексе реабилитационного лечения спинальных нейрохирургических больных. Пациентов, перенесших оперативное вмешательство на спинном мозге, отличает выраженная степень нарушений неврологических функций в сочетании с висцеро-трофическими расстройствами, обусловленными снижением уровня общей и регионарной гемодинамики, нарушением венозного оттока, ликворо- и лимфодренирования.

В настоящее время применяется методика ЛФК, включающая в себя постепенную тренировку произвольных движений, начиная с максимально сохранных групп мышц, с использованием механизмов обратной связи и дозированного увеличения нагрузочных приемов. Недостатком данной методики является невозможность ее применения в ближайшем послеоперационном периоде на фоне выраженных нарушений гемодинамики, а также порочность самого метода, приводящего к усилению максимально сохранных мышц и, следовательно, к увеличению диссоциации между агонистами и антагонистами, к формированию порочных поз и контрактур и нарушению биомеханики движений.

В РНХИ им. А.Л. Поленова разработана система ЛФК для лечения спинальных нейрохирургических больных. Суть системы заключается в использовании дыхательной гимнастики (ДГ) и лечебной гимнастики (ЛГ) в режиме изометрической релаксации и нединамических нагрузок с коррекцией мышечно-тонических и двигательных асимметрий, акцентом тренировок на максимально пораженные группы мышц.

Курс лечения подразделяется на 3 этапа:

1 этап – подготовительный или релаксирующий, начинается в раннем послеоперационном периоде в фазе выраженных параличей и нестабильной гемодинамики. Используется ДГ в последовательных режимах релаксирующего дыхания > усредняющего дыхания > тонизирующего дыхания и ЛГ в форме изометрической мышечной релаксации и релаксирующие, корригирующие позы с положением больного на боку, на животе и так далее. Целью этапа является улучшение общей и регионарной гемодинамики с опосредованной активацией вегетативной нервной системы и стимуляцией органов грудной и брюшной полости, коррекцией висцеро-трофических расстройств, и выравнивание мышечных асимметрий вокруг средней линии тела.

2 этап – выравнивающий. Используются методы, позволяющие устранить мышечно-тонические и двигательно-функциональные асимметрии путем дозированных, нединамических нагрузок на максимально пораженные группы мышц. Применяются ДГ в режиме выравнивающего дыхания (дыхание в разных позах – на боку, на животе, диафрагмальное и т.д.) и МГ с изометрическим напряжением максимально пораженных мышц, симметричная работа мышц вокруг средней линии, выравнивание мышечного тонуса справа – слева, спереди – сзади, сверху – снизу и т.д. При отсутствии движений, их пассивно выполняет врач ЛФК, употребляя корригирующие позы с применением фиксаторов, валиков, лангет.

3 этап – тонизирующий. Используют ДГ в тонизирующем режиме и МГ с тоническим напряжением и расслаблением групп мышц агонистов-антагонистов, с постепенным увеличением их моторики при занятиях с предметами и с опорой, формируя нормальные стато-кинетические установки двигательных функций.

Опыт применения данной методики ЛФК свидетельствует о ее высокой результативности и сокращении сроков лечения больных.

В.С. СПИРИДОНОВА, О.Л. БЕЛЯНИН

Научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ТРОМБООБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Тромбооблитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей (ТОЗ СНК) все чаще поражают людей трудоспособного возраста, с исходом в инвалидность. Оперативное восстановление кровообращения – радикальное, но далеко не полное реабилитационное мероприятие.

Цель работы – определить эффект лечебной физкультуры (ЛФК) в сочетании с консервативной терапией при ТОЗ СНК. Обследовано 40 инвалидов: 1-я группа (18 чел.) после операций шунтирования сосудов (аорто-бедренного, аорто-подвздошного, бедренно-подколенного) и симпатэктомии аорты; 2-я группа – без оперативного лечения (22 чел.).

Выраженность нарушений кровообращения определялась клинически и по показателям реовазографии (РВГ), а нарушения в опорно-двигательной системе – функционально-биомеханическими методами. Эффект терапии оценивали по клинической динамике, РВГ, результатам функционально-биомеханического исследования и по изменению «качества жизни».

Больные 1-й группы после проведенного комплекса отмечали значительное улучшение. У больных, которым не проводились консервативная терапия и ЛФК после операции, подобного эффекта не получено. Во 2-й группе, в начальных стадиях болезни, при регулярной консервативной терапии и ЛФК, отмечено значительное улучшение.

Регулярные занятия ЛФК в комплексе с консервативной терапией в начальной стадии болезни и в первый год после шунтирующих операций на магистральных сосудах увеличивают продолжительность ремиссии. На более поздних стадиях, при нерегулярной терапии и ЛФК, существенных улучшений не наблюдалось.

А.В. СТЕПАНОВ, В.Г. МАСЛЕННИКОВА, К.В. СОКОЛОВ
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРААРТИКУЛЯРНЫХ БЛОКАД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Болевой синдром при деформирующем остеоартрозе имеет сложный генез, в котором участвуют самые различные структурные элементы пораженного сустава и окружающих его образований. Последовательность появления и четкая взаимосвязь различных вариантов боли, каждый из которых имеет свой анатомо-морфологический субстрат, свидетельствует о стадийности процесса формирования болевого синдрома. При деформирующем остеоартрозе различают артрогенный и внесуставной компоненты болевого синдрома.

Из структурных элементов кости, согласно исследованиям остеорецепции, лишь надкостница и костный мозг (медуллярное вещество) могут стать причиной болевых ощущений при этом заболевании. Одним из самых мощных болевых факторов при формировании клинических проявлений остеоартроза является раздражение барарецепторов эпифизов повышенным внутрикостным давлением, возникающим вследствие веностаза.

Особенности формирования и клинического проявления внесуставных болей при остеоартрозе, в связи с прогрессированием изменений в костно-мышечной системе, изучены недостаточно. В проявлении и нарастании внесуставных изменений реализуется сложный комплекс компенсаторно-приспособительных реакций, распространяющихся на весь опорно-двигательный аппарат. Когда организм уже не в состоянии обеспечить анатомо-функциональное соответствие между костно-суставным и мышечно-связочным аппаратом, происходит активация триггерных пунктов, расположенных вне полости сустава. Возникновение при остеоартрозе периостальных и миофасциальных триггерных пунктов, являющихся активными источниками боли, объясняется, по всей видимости, мышечным дисбалансом, развивающимся в рамках причинно-следственных отношений в полном соответствии с возможностями адаптационных механизмов организма, ответственных за поддержание равновесия костно-мышечной системы.

Формирование внесуставных факторов боли при деформирующем остеоартрозе коленных суставов происходит постепенно, по мере нарастания нарушений статико-динамической функции конечности и исчерпания возможностей приспособительных механизмов. Завершение этого процесса соответствует такому моменту, когда компенсаторные механизмы в виде увеличения искривления оси конечности (genu varum, genu valgum), перекоса и увеличения наклона таза, усиления поясничного лордоза не в состоянии улучшить статико-динамическую функцию конечности. Формируется порочный круг постоянного воспроизведения и поддержания болевых ощущений в пораженном суставе и конечности в целом, что делает необходимой переориентацию диагностической тактики, направленной на выявление всех вовлеченных в патологический процесс тканевых структур, как дополнительных источников болевой импульсации при деформирующем остеоартрозе.

В отделении ортопедии № 1 за 2000-2003 гг. Центра получали комплексное консервативное лечение 412 больных с деформирующим артрозом коленных суставов, из которых 154 (37 %) имели II-ю или III-ю группу инвалидности. Высокое число инвалидности объясняется профилем центра и выраженными изменениями статико-динамической функции, обусловленными проявлениями остеоартроза. К сожалению, при наличии показаний, не все больные соглашаются на оперативное лечение, как из-за относительно высокой стоимости оперативного лечения, так и из-за боязни самой операции. Значительную группу (58 %) составляют больные с сопутствующей соматической патологией, поэтому подготовка к операции занимает значительное время и, одновременно, возрастает риск послеоперационных осложнений. Исходя из этого, возникает закономерный интерес врачей к лечению больных с применением консервативных методов. Однако не все методы консервативного лечения можно применять без опасения получить осложнение.

Так, применение нестероидных противовоспалительных препаратов может вызвать повышение АД (50 % больных страдают гипертонической болезнью) или обострение гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (12 %). Инъекционный путь введения лекарственных препаратов длительным курсом нежелателен при лечении больных, страдающих сахарным диабетом (7 %). Увеличивается значимость параартикулярных внесуставных блокад для ку-

пирования внесуставного компонента болевого синдрома. За указанный период было выполнено 624 параартикулярных блокад триггерных зон коленных суставов 197 больным (47,8 %), в среднем, по 3,17 блокады на 1-го больного.

При лечении нами делался акцент на разработку движений в коленных суставах с устранением гипотрофии мышц, комплексное лечение, включающее в себя прием нестероидных противовоспалительных препаратов, базисных препаратов, предотвращающих дегенерацию хряща, физиотерапию. Блокады триггерных зон проводились в области нахождения миофасциальных узлов, обычно располагающихся в месте прикрепления мышц (чаще всего, в области сухожильной части m. semidendinosus, m. semimembranosus). Из 197 больных, которым проводилось комплексная терапия с включением парартикулярных блокад, положительный эффект (купирование или значительное уменьшение болевого синдрома) после проведения блокад отмечали 169 чел. (85,79 %). Обычно при внесуставных блокадах нами использовались цианокобаламин, дексаметазон, кеналог в растворе новокаина или лидокаина. При наличии сопутствующих заболеваний (эндокринная патология) или аллергических реакций проводились также внесуставные блокады триггерных зон «сухими» иглами. Больным (28 чел.), которые не отмечали положительного эффекта от параартикулярных блокад, проводились внутрисуставные блокады с кеналогом.

Таким образом, применение внесуставных блокад триггерных зон в комплексном лечении коленных суставов позволяет получить более стойкий и длительный положительный эффект, уменьшение болевого синдрома, увеличение объема активных движений или даже полное устранение контрактуры в коленных суставах. Следует отметить, что улучшение, возникающее после комплексной консервативной терапии, позволяет больным, имеющим группу инвалидности, самостоятельно обслуживать себя и передвигаться по дому, улице без посторонней помощи, что существенно улучает качество жизни и, несомненно, является благоприятным социальным фактором.

И.А. ТИТОВА, А.А. СВИНЦОВ
Научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

ПОТРЕБНОСТИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В МЕРАХ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Потребности детей-инвалидов в мерах лечебной физической культуры (ЛФК) определялись на основе клинико-функционального обследования инвалидов, медико-социального обследования условий жизни и быта их семей, результатов интервьюирования и на основе многопрофильной экспертной оценки специалистами в данной области. Потребности детей-инвалидов в ЛФК изучены в зависимости от возраста, пола, уровня образования, характера инвалидизирующей патологии и уровня ограничения жизнедеятельности, уровня социальной защищенности семей.

Они, в целом, составили 21,9 на 100 обследованных (21,9/100). С возрастом потребности детей-инвалидов в ЛФК уменьшаются. Так, если в возрасте 1-2 года они составили 60,0/100, то в возрасте 7-18 лет – 19,3/100. Высокий уровень потребностей детей-инвалидов в ЛФК наблюдался в возрасте до 1 года (40,0/100). Обнаружено статистически достоверное преобладание потребности детей-инвалидов в ЛФК среди мальчиков (23,9/100), при 19,2/100 у девочек. Различий от уровня образования не установлено. Чем выше уровень социальной защищенности семей, воспитывающих детей-инвалидов, тем достоверно выше уровень потребности в мерах ЛФК ($p < 0,01$). Потребность в ЛФК у инвалидов вследствие психических заболеваний и врожденных аномалий развития составляла 20,8/100 и 20,0/100, соответственно, а у инвалидов вследствие болезней нервной системы – 24,3/100 ($p < 0,05$).

Н.Л. АБАЗИЕВА, В.Г. ПОМНИКОВ, С.Л. АРХИПОВА, О.А. ПОДОЛЬСКАЯ
Главное бюро медико-социальной экспертизы, г. Ростов-на-Дону,
Институт усовершенствования врачей-экспертов, г. Санкт-Петербург

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

В Ростовской области проживает около 19 тысяч участников ликвидации аварии на Чернобыльской атомной электростанции. Население Ростовской области составляет более 4300000 человек, из них, около 2400000 чел. трудоспособного возраста.

Несмотря на проводимые лечебными учреждениями и органами социальной защиты области активные реабилитационные мероприятия, состояние здоровья «ликвидаторов» неуклонно ухудшается. За 17 лет, прошедших после аварии, более 30 % от общего числа участников ликвидации последствий аварии признаны инвалидами.

На учете в органах социальной защиты населения состоят более 5800 инвалидов вследствие ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции, что составляет 31 % от общего числа участников ликвидации последствий аварии. Освидетельствование указанного контингента инвалидов проводится в Главном бюро медико-социальной экспертизы, где определяется группа инвалидности, ее причина и, при согласии инвалида, разрабатывается индивидуальная программа реабилитации, с обязательным участием психолога.

Нами изучены результаты освидетельствования 1573 инвалидов-«чернобыльцев», среди которых преобладали лица трудоспособного возраста (до 45 лет – 45,8 %, 45-50 лет – 36,2 %, старше 50 лет – 18 %).

Продолжительность пребывания в зоне аварии была от нескольких дней до 4-6 месяцев. Доза облучения – 0,64-20 рентген.

Наиболее представительную профессиональную группу составили водители – 31 %, рабочие машиностроительного производства – 24,2 %, инженерно-технические работники – 13,5 %. Рабочие строительных профессий, монтажники и шахтеры составили, соответственно, 7,6; 6,8 и 5 %. Представители остальных профессий были немногочисленны и составили 11,9 % – врачи, бывшие военнослужащие, авиатехники и прочие.

По социальному положению 75 % инвалидов-«чернобыльцев» были рабочими, 10 % – служащими, 10,1 % – неработающими, относящимися к категории «прочие». Колхозники и бывшие военнослужащие составили, соответственно, 3,0 и 1,9 %.

Ведущей инвалидизирующей патологией у обследуемых участников ликвидации последствий аварии являются преимущественно цереброваскулярные заболевания – 60,2 %, среди них больные с дисциркуляторной энцефалопатией составляют 90 %.

Обращает на себя внимание сочетанность основного заболевания, являющегося причиной ограничений жизнедеятельности и определения инвалидности, с патологией других органов и систем. При этом сочетанность заболеваний нервной системы с болезнями органов кровообращения обнаружена в 15,6 % случаев, опорно-двигательного аппарата – 10,4 %, органов пищеварения – 18,7 %, эндокринной системы (преимущественно, щитовидной железы) – 23 %, психическими расстройствами – 49 %.

Сравнительный анализ показывает, что наиболее тяжелая инвалидность зарегистрирована у лиц, участвовавших в ликвидации последствий аварии в период наиболее неблагоприятной радиационной обстановки в 1986-1987 гг. Так, среди освидетельствованных впервые 2-я группа инвалидности была определена 63,3 % «ликвидаторов» 1986 г. и 68,9 % «ликвидаторов» 1987 г., в то время как среди «ликвидаторов» 1988-1990 гг. инвалидами 2-й группы признаны лишь 35,3 % из освидетельствованных.

Имеющийся опыт работы психолога с инвалидами-«чернобыльцами» показывает, что наряду с описанной в литературе тенденцией к формированию у этого контингента лиц так называемого психологического «статуса инвалида», сужением круга интересов, редукцией энергетического потенциала, выявляется значительная доля лиц с той или иной степенью психоорганического синдрома, который часто также ограничивает жизнедеятельность освидетельствуемых. В связи с этим, каждый из инвалидов-«чернобыльцев» требует усиленного внимания психиатров, психологов, врачей-реабилитологов.

К.П. АФОНИНА, М.В. КОРОБОВ
Бюро медико-социальной экспертизы, г. Кумертау, Башкортостан,
Институт усовершенствования врачей-экспертов, г. Санкт-Петербург

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ КАК ДЕЙСТВЕННЫЙ МЕХАНИЗМ ОКАЗАНИЯ АДРЕСНОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ ИЗ ЧИСЛА ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

Задачами, возложенными на учреждения службы медико-социальной экспертизы (МСЭ) в области реабилитации инвалидов, являются: определение структуры и степени ограничений жизнедеятельности освидетельствуемых лиц, их реабилитационного потенциала, разработка индивидуальной программы реабилитации (ИПР) инвалида, осуществление отдельных видов реабилитационной помощи, оказание содействия инвалидам в реализации ИПР, динамическое наблюдение за реализацией индивидуальных программ реабилитации, оценка эффективности реабилитации инвалидов [1].

Индивидуальная программа реабилитации инвалида – разработанный на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер.

В РФ все вопросы, связанные с социальной защитой граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии на ЧАЭС, решаются на государственном уровне, в рамках Закона РФ «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на ЧАЭС» [2]. Участникам работ по ликвидации последствий аварии на ЧАЭС и инвалидам из их числа предоставлено множество льгот и компенсаций: бесплатное приобретение лекарств, бесплатное оказание медицинской помощи, уменьшение возраста выхода на пенсию, ежегодный дополнительный отпуск, денежные компенсации, налоговые льготы и другое.

Однако анализ показывает, что затраты, связанные с выплатой компенсаций и предоставляемых льгот в целях возмещения полученного ущерба, не снимают социальной напряженности и психологической неудовлетворенности этой группы населения. Все ликвидаторы получают одинаковые льготы, независимо от тяжести патологического процесса и нуждаемости инвалида в конкретных мерах медико-социальной помощи. В то же время, индивидуальная программа на конкретного инвалида из числа ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, сформированная бюро МСЭ:

- предполагает разработку реабилитационных мероприятий конкретному инвалиду,
- учитывает тяжесть и характер течения патологического процесса, нуждаемость его в мерах медико-социальной реабилитации,
- осуществляет динамический контроль выполнения мероприятий ИПР инвалида из числа ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС,
- решает вопрос об эффективности проводимых мероприятий.

ИПР инвалида является действительным механизмом оказания адресной медико-социальной помощи инвалидам из числа ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Федеральный закон о социальной защите инвалидов в Российской Федерации от 24.11.95 г. № 181-ФЗ.
2. Федеральный закон о социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС в редакции Закона РФ от 12.02.2001 г. № 5-ФЗ.

Е.М. ВАСИЛЬЧЕНКО
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИЙ ОПОРЫ И ДВИЖЕНИЯ

Люди старше 60 лет – самая быстро растущая группа населения России. Если в 1989 г. они составляли 15,3 % населения, то к 1998 г. их доля выросла до 17,6 %. В 2001 г. пожилым был каждый пятый россиянин (20,7 %) [1].

Вполне очевидно, что состояние здоровья имеет приоритетное значение в системе ценностей лиц пожилого возраста. 78 % пожилых людей страдают различными хроническими заболеваниями, в том числе 34 % имеют тяжелые нарушения функций органов, зачастую приводящие к инвалидности [2]. Рост числа инвалидов в 2,7 раза в 1992-2002 гг., в первую очередь, обусловлен повышением числа инвалидов в пенсионных возрастах.

Частыми последствиями тяжело протекающих патологических процессов у пожилых людей являются нарушения функции опорно-двигательного аппарата. Патология органов опоры и движения обусловлена достаточно широким спектром заболеваний, в первую очередь это «болезни старения» – атеросклероз, сахарный диабет, болезни костно-мышечной системы. Инвалидность вследствие болезней костно-мышечной системы составляет 6,5 % в общем контингенте инвалидов [3], уровень первичной инвалидности достигает максимума в группе лиц старше 65 лет (103,3 на 10000 населения).

У значительной части людей пожилого возраста нарушения двигательной сферы связаны с болезнями магистральных сосудов конечности. Удельный вес облитерирующих заболеваний артерий среди всех заболеваний сердечно-сосудистой системы достигает 20 % [4]. Инвалиды вследствие облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей составляют 3,4 % от общего числа инвалидов России [5]. В структуре инвалидности доминируют инвалиды II-й группы (62,8 %). Наиболее высокий уровень общей инвалидности отмечается у мужчин старше 65 лет – 156,2 на 10000 мужского населения.

Сахарный диабет 2-го типа также приводит к нарушению стато-динамической функции у лиц пожилого возраста. В структуре всех ампутаций нижних конечностей нетравматического характера больные сахарным диабетом составляют около половины [6]. У 8 % мужчин, имеющих инвалидность в связи с сахарным диабетом 2-го типа, ампутирована конечность (данные федерального регистра «Сахарный диабет» по г. Новокузнецку).

Результаты реабилитационно-экспертной диагностики показали, что, основные ограничения жизнедеятельности у инвалидов пожилого возраста с поражением опорно-двигательного аппарата имеются в сфере способности к самообслуживанию, способности к передвижению, способности к трудовой деятельности.

Медико-социальная реабилитация инвалидов пожилого возраста с нарушениями функций опоры и движения связана с рядом трудностей. Особенно показательны в этом отношении инвалиды с поражением сосудов нижних конечностей. Для инвалидности вследствие облитерирующих заболеваний артерий характерны отсутствие положительной динамики, тяжесть, длительность и обязательное утяжеление состояния с перспективой потери конечности и утраты возможности самообслуживания.

Реабилитационный потенциал инвалидов, имеющих постампутационные дефекты конечностей вследствие заболеваний артерий нижних конечностей, в основном, низкий (58,2 %) или отсутствует (32,9 %), удовлетворительный – у 8,5 %. Реабилитационный прогноз сомнительный у 56,4 % инвалидов, неблагоприятный – у 32,5 %, относительно благоприятный – у 10 %.

Структура нуждаемости инвалидов пожилого возраста вследствие облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей в мероприятиях медико-социальной реабилитации обусловлена характером и тяжестью заболевания, пожилым возрастом. В медицинской реабилитации нуждаются практически все инвалиды. Необходим динамический мониторинг состояния пациента, периодическое консервативное и оперативное стационарное лечение. Лица с постампутационными дефектами конечности нуждаются в протезировании. Более 90 % ампутаций при поражении сосудов проводится на уровне бедра, что существенно снижает возможности двигательной реабилитации. Кроме того, и после изготовления протезно-ортопедического изделия, многие инвалиды пользуются им весьма ограниченное время или в косметических целях, в силу тяжести заболевания, наличия тяжелой сопутствующей патологии, преклонного возраста. Основным средством передвижения остается кресло-коляска. В то же время, даже кратковременное использование протеза дает возможность передвигаться в пределах квартиры, что значительно расширяет границы самообслуживания, тем самым, повышая качество жизни пожилых инвалидов.

Большое число инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата нуждается в технических средствах реабилитации. Практически всем инвалидам I-й группы и значительной части инвалидов II-й группы необходимы средства передвижения – кресло-коляска

Велика потребность данного контингента инвалидов в социальной реабилитации: адаптации жилья (приспособление санузла, кухни; установка пандусов, поручней), обучении пользованию техническими средствами, развитии навыков самообслуживания и передвижения. Инвалиды I-II-й групп нуждаются в уходе и постоянной помощи, организации быта и питания, организации помощи в решении медико-социальных, социально-правовых вопросов. Особого внимания требуют одинокие и одиноко проживающие инвалиды пожилого возраста.

Потребности в профессиональной реабилитации инвалидов пожилого возраста с повреждением опорно-двигательного аппарата невелики. Так, из 488 инвалидов, пролеченных в отделении ОСХ в 2001 г., 9 человек — состоят на учете на бирже труда с целью трудоустройства, 8 — работают на дому, 8 — нуждаются в рациональном трудоустройстве.

Таким образом, при формировании программ реабилитации инвалидов пожилого возраста нужно учитывать следующие положения:

1. Практически все инвалиды нуждаются в медицинской реабилитации (консервативной и оперативной).
2. Инвалиды I-II-й групп нуждаются в технических средствах реабилитации: средствах передвижения: оборудовании для адаптации жилья.
3. Высока потребность данного контингента в протезно-ортопедической помощи.
4. Социально-бытовая реабилитация связана с организацией постоянного ухода и помощи при решении вопросов жизнеобеспечения.
5. Профессиональная реабилитация практически не требуется.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Об итогах работы Мин. труда и соц. развития РФ в 2001 г. и задачах на 2002 г. – М., 2002. – 230 с.
2. Старшее поколение в современной России. Статистика, исследования, общественные организации. – САН Групп, 1999.
3. Гончаров, Н.Г. Инвалидность вследствие болезней костно-мышечной системы и пути медико-социальной реабилитации /Н.Г. Гончаров. – М., 2001. – 308 с.
4. Временная и стойкая утрата трудоспособности у хирургических больных: Руков. для врачей /Под ред. Р.Т. Скляренко. – СПб.: Гиппократ, 1998. – 303 с.
5. Пузин, С.Н. Инвалидность, медико-социальная экспертиза и реабилитация при облитерирующих заболеваниях сосудов нижних конечностей /С.Н. Пузин, Ю.А. Ковшарь, Т.П. Епихина //Мед.-соц. эксп. и реаб. – 1998. – № 1. – С. 12-14.
6. Дедов, И.И. Синдром диабетической стопы /И.И. Дедов, М.Б. Анциферов, Г.Р. Галстян. – М., 1998 – 144 с.

Е.М. ВАСИЛЬЧЕНКО, Л.В. ДОРОФЕЕВА

ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

МЕРОПРИЯТИЯ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ И СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВОЙ АДАПТАЦИИ В ХОДЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОСТАМПУТАЦИОНЫМИ ДЕФЕКТАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Виды и объем мероприятий социальной реабилитации у инвалидов с постампутационными дефектами (ПАД) нижних конечностей тесно связаны с комплексом мер медицинской реабилитации. Протезирование утраченной конечности является основным фактором, позволяющим в той или иной степени компенсировать нарушения стато-динамической функции у инвалидов. В связи с этим, были выделены основные блоки мероприятий социально-бытовой и социально-средовой адаптации в ходе восстановления локомоторной функции у данного контингента инвалидов.

1-й этап. После ампутации конечности больные поступают на освидетельствование в бюро МСЭ. Только получение статуса инвалида позволяет реализовать основные этапы по реабилитации инвалидов с ПАД. В частности, оплата изготовления протезно-ортопедических изделий и вспомогательных средств передвижения через региональные Департаменты соцзащиты. На данном этапе инвалид нуждается в социально-правовом консультировании и должен получить доступ к информации о правах и льготах. Кроме того, необходима помощь в реализации гарантированных прав и льгот: организация обращения в территориальные административные органы, учреждения социальной помощи, жилищно-коммунальные службы и др. В некоторых случаях требуется содействие в юридической консультации.

В качестве средства передвижения используется кресло-коляска и (или) костыли. Инвалиды нуждаются в частичной посторонней помощи на дому. Длительность периода «ампутация-протезирование» зависит от уровня ампутации, состояния культи, наличия противопоказаний к протезированию. Необходимо отметить, что после ампутации конечности не более 40 % первичных больных обращаются на протезно-ортопедические предприятия по поводу изготовления протезно-ортопедического изделия [1].

2-й этап. Первичное протезирование — важное мероприятие реабилитации инвалидов с культями конечности. Оно восстанавливает позу вертикального стояния и навыки ходьбы, компенсируя нарушенные свойства опорно-двига-

тельной системы. Решаются две реабилитационные задачи: анатомо-функциональное замещение дефекта; освоение навыков самообслуживания и создание предпосылок к трудовой реабилитации в новом режиме жизнедеятельности [1]. На данном этапе предусмотрены формирование у инвалида повседневных навыков передвижения в протезе с помощью дополнительных средств опоры (трости, костыли) или без них. Обучение пользованию протезом проходит в условиях стационара сложного протезирования под контролем инструктора ЛФК, врача-протезиста. Необходимы вспомогательные средства передвижения: костыли, трости, ортопедическая обувь.

В ходе данного периода определяются виды и объем социально-бытовой адаптации в зависимости от степени восстановления локомоторной функции и способа ее компенсации. Рекомендации по переоборудованию жилых помещений, другие архитектурно-планировочные решения для инвалидов с ПАД формируются с учетом 3-х основных позиций:

- инвалид передвигается по квартире на протезе, используя (или нет) вспомогательные средства передвижения (костыли, трости);
- при передвижении по квартире в разных ситуациях используются протезно-ортопедическое изделие, вспомогательные средства передвижения, кресло-коляска;
- для передвижения используется только кресло-коляска.

Вполне очевидно, что передвижение только на кресло-коляске требует реализации полного комплекса мероприятий по переоборудованию жилых помещений. Адаптация жилья предусматривает приспособление санузла, ванной комнаты, кухни, прихожей, спальни. Рекомендации по бытовому устройству даются как самому инвалиду, так и членам его семьи.

Инвалиды I-II-й групп с ПАД нижних конечностей не могут обойтись без посторонней помощи. Эти проблемы решаются с участием членов семьи инвалида либо путем организации надомного обслуживания социальными службами (приготовление пищи, уборка жилых помещений, доставка горячей пищи, продуктов, медикаментов, топлива, почты, ремонт жилья, покупка промышленных товаров, санитарно-гигиеническая обработка, получение услуг прачечной и др.). Виды и объемы надомного обслуживания также зависят от этапа комплексной реабилитации инвалида с ПАД и степени восстановления стато-динамической функции. Передвижение только на коляске предполагает максимальный перечень социально-бытовых услуг.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Пузин, С.Н. Медико-социальные аспекты инвалидности и реабилитации инвалидов с культями нижних конечностей /С.Н. Пузин, О.П. Рытова //Мед.-соц. эксп. и реаб. – 2002. – № 2. – С. 33-34.

О.Н. ВЛАДИМИРОВА
Институт усовершенствования врачей-экспертов, г. Санкт-Петербург

ВОПРОСЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Одной из причин возникновения конфликтных ситуаций по возмещению дополнительных расходов на медицинскую реабилитацию лиц, пострадавших от профессиональных заболеваний, являются разногласия по вопросам оплаты различных технических средств реабилитации (ТСР), например, тренажеров, ингаляторов, ортопедических подушек и др. При изучении контингента инвалидов вследствие профессиональных заболеваний в профпатологическом бюро МСЭ Санкт-Петербурга выявлена наиболее высокая нуждаемость в ТСР у больных радикулопатией, нейро-сенсорной тугоухостью, миопатозом разгибателей предплечий, бронхиальной астмой, пневмокониозами и др.

Нуждаемость в ТСР может рассматриваться с двух позиций – клинико-функциональной (медицинской) и социальной. В зависимости от характера органических изменений, функциональных расстройств, ТСР обеспечивают восстановление, компенсацию или замещение нарушенных функций. В то же время они способствуют реализации социального предназначения реабилитации, «предотвращая, компенсируя, ослабляя или нейтрализуя ограничения жизнедеятельности человека».

В действующих нормативно-законодательных документах заложены правовые основы по предоставлению ТСР и ухода за больными и инвалидами вследствие профессиональных заболеваний. Издан ряд справочных пособий и писем. Например, письмо Фонда социального страхо-

вания РФ «О направлении Ориентировочного перечня технических и иных средств реабилитации лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и сроков их эксплуатации» от 05.02.02 г. № 02-18/10-783. Однако недостатком последнего перечня является отсутствие в нем ТСР для медицинской реабилитации, недостаточный набор ТСР для компенсации ограничений жизнедеятельности при профессиональной патологии.

Разделение ТСР по клинико-функциональному и социальному назначению у лиц с профессиональной патологией нашло свое отражение в «Программе реабилитации пострадавшего...». ТСР подразделяются на «Изделия медицинского назначения» и «Протезирование и обеспечение приспособлениями, необходимыми пострадавшему для трудовой деятельности и в быту», «Обеспечение специальными транспортными средствами». Изделия медицинского назначения, на наш взгляд, следует понимать в более широком смысле, подразумевая под ними технические средства для медицинской реабилитации и стандартизировать их по ГОСТу Р 51079-97. К ним можно отнести:

а) *средства реконструктивной терапии и тренировки* (класс 03): шприцы инъекционные (код 03 21 06); ингаляторы, в том числе ультразвуковые (код 03 03 06); кислородные агрегаты, в том числе для лечения кислородной недостаточности (код 03 03 18); тренажеры дыхательные индивидуальные (код 03 03 27); велотренажеры и велоэргометры (код 03 48 03); приспособления для упражнений пальцев и кистей рук (код 03 48 12); приспособления для упражнений рук, туловища, ног (код 03 48 15); средства для тренировки памяти (код 03 57 03); средства для тренировки внимания (код 03 57 09) и др.;

б) *ортезы* (класс 06): системы ортезов на позвоночник (код 06 03); системы ортезов на верхние конечности (код 06 06) и др.

В заключениях Центров профпатологии и других специализированных учреждений для восстановительного лечения целесообразно шире рекомендовать использование ТСР для медицинской реабилитации, поскольку специалисты КЭК ЛПУ формируют справки о нуждаемости в мерах медицинской реабилитации для бюро МСЭ, опираясь на рекомендации указанных Центров.

Изучив на примере Санкт-Петербурга потребности инвалидов вследствие профессиональной патологии в ТСР, а также методические вопросы взаимодействия КЭК ЛПУ, Центров профпатологии, бюро МСЭ и фонда социального страхования при разработке и реализации программ реабилитации пострадавших, считаем необходимым выделить следующие проблемы:

- дальнейшее совершенствование нормативных основ обеспечения пострадавших ТСР;
- совершенствование экспертных документов бюро МСЭ и формы «Программы реабилитации пострадавшего»;
- разработка медико-функциональных и социальных критериев определения нуждаемости в ТСР пострадавших, создание и использование критериев специалистами разной ведомственной подчиненности: здравоохранения, МСЭ, социального страхования и др.;
- требуется дальнейшая работа по стандартизации ТСР, включение в реабилитационные стандарты новых технических средств, которые могли бы применяться для реабилитации больных с профессиональной патологией, оценка эффективности их применения (например, фильтры-ионизаторы воздуха и т.п.);
- совершенствование и создание современных эффективных методик восстановительного лечения с использованием ТСР.

Е.В. ВЛАСОВА-РОЗАНСКАЯ, Т.Т. КОПАТЬ, Д.С. КАЗАКЕВИЧ
ГУ НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации, г. Минск

ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Для осуществления полноценной системы медико-профессиональной реабилитации (МПР), ориентированной на подбор профессии и условий труда индивидуально для каждого больного ишемической болезнью сердца (ИБС) после прямой реваскуляризации миокарда, наиболее важным моментом является определение реабилитационного потенциала (РП) для восстановления способности к труду.

Обследовано 126 пациентов стенокардией напряжения функционального класса 1-3, в возрасте 29-59 лет (в среднем, 49,2 ± 0,8 лет), пос-

ле прямой реваскуляризации миокарда (средний срок после операции 2,6 ± 0,2 лет).

Программа оценки клинико-функционального состояния больных и адаптационных резервов сердечно-сосудистой системы (ССС) содержала проведение ЭКГ, Эхо-КГ, велоэргометрической пробы, информационной пробы, суточного ЭКГ-мониторирования, тредмил-теста, 6-минутного шагового теста.

В ходе реабилитационно-экспертной диагностики для прогнозирования возможности выполнять профессиональный труд определяли психофизиологические и санитарно-гигиенические факторы труда на основании данных профессиографического анализа. Определяли профессионально-трудовой статус реабилитантов, отношение их к трудовой занятости, самооценку профессиональной пригодности.

Выполнение индивидуально адаптированной, поэтапной МПР у больных ИБС после прямой реваскуляризации миокарда базируется на определении реабилитационного потенциала, с учетом клинических, клинико-функциональных, психологических и профессиографических критериев:

- дистальных отделов коронарного русла, клинического состояния пациента, функционального класса стенокардии напряжения, степени выраженности недостаточности кровообращения, нарушений ритма сердца;
- функционального состояния ССС, определяемого в процессе проведения клинико-инструментальной экспертно-реабилитационной диагностики;
- наличия осложнений ИБС: аневризм, тромба в полости левого желудочка; состояния дистальных отделов коронарного русла, выраженности постинфарктного кардиосклероза; наличия повторных инфарктов миокарда и других сосудистых катастроф;
- сопутствующих заболеваний, утяжеляющих степень выраженности ограничений жизнедеятельности;
- степени поражения коронарного русла, выявленной при коронарографии (наличия гемодинамически значимых стенозов, их количества, уровня поражения коронарного русла); послеоперационных осложнений, дисфункции шунтов; полноты реваскуляризации;
- психологических факторов, определяющих отношение пациента к болезни, здоровью, труду;
- профессиографических: определения способности выполнять состав работ, предусмотренных профессиональной принадлежностью, организацией труда, установленной технологией; в зависимости от тяжести и напряженности труда; возможности дозировать временем, исключать средствами индивидуальной защиты воздействие неблагоприятных факторов производственной среды; закрепления показанных видов деятельности в рамках освоенной профессии; способности к выполнению работ с учетом продолжительности рабочего дня; выполнять профессиональный труд в специально организованных условиях;
- степень выраженности нарушений категорий жизнедеятельности: передвижения, участия в трудовой деятельности, самообслуживания.

Высокий уровень РП для восстановления профтрудоспособности диагностирован у 29 человек (23 %), средний – у 67 (53,2 %), низкий – у 30 (23,8 %).

Таким образом, у 76,2 % реабилитантов была сохранена способность к труду в обычных условиях при ограничении объема работ, выполнении работ более низкой квалификации, исключении неблагоприятных условий труда.

Больные с низким РП смогут выполнять профессиональный труд в специально организованных условиях – при использовании индивидуального режима труда, изменении нормативов труда, выполнении работ на дому и др.

Таким образом, применение мер медико-профессиональной реабилитации для больных ИБС после прямой реваскуляризации миокарда позволит сохранить трудовую занятость и экономическую самостоятельность реабилитантов, и в течение длительного времени сберечь их в составе трудоактивного населения.

Т.Н. ГЛИНСКАЯ, Т. Н. БУЗЕНКОВА
ГУ НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации, г. Минск

ОЦЕНКА ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЛИЦ ДО 18 ЛЕТ

В рамках выполнения исследования по разработке научно-обоснованных критериев определения инвалидности у детей с учетом Международной номенклатуры нарушений, ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности, авторами выделены значимые для практики МСЭ эпикризные сроки формирования критериев жизнедеятельности в возрастном ас-

пекте: в возрасте 1,5-3 года — общение, познавательная и игровая деятельность, ориентация; 3-6 лет — передвижение, самообслуживание, общение, познавательная и игровая деятельность, ориентация; 6-12 лет — передвижение, самообслуживание, общение, контроль своего поведения, ориентация, обучение; 12-18 лет — передвижение, самообслуживание, общение, контроль своего поведения, ориентация, обучение (в том числе, готовность к профессиональному обучению), готовность к труду.

Одновременно определены подходы к оценке ограничения перечисленных критериев жизнедеятельности у детей. Установлено, что параметрами оценки самообслуживания являются: возрастные нормы развития навыков самообслуживания и их составляющих; нуждаемость в дополнительном объеме и особенностях ухода со стороны лица, его осуществляющего; возможность компенсации нарушенной способности к осуществлению и дальнейшему развитию навыков техническими и другими средствами; возможность посещения детского коллектива обычного типа.

Параметрами оценки способности к передвижению (мобильности) являются: возможность самостоятельного осуществления основных двигательных навыков и их успешное развитие с учетом возрастных норм; возможность компенсации проявлений дефекта для реализации и развития адекватного уровня двигательной активности; необходимость дополнительной помощи извне.

Параметрами оценки способности к общению являются: соответствие общения и его компонентов (восприятие сообщений, составление, изложение сообщений и возможность обмена информацией, в том числе, с использованием специальных техник и средств) возрастным нормам развития ребенка; возможность и эффективность использования средств компенсации (слуховой аппарат, специальные техники общения: жестовая речь, чтение с губ, тактильные методики и средства связи, телекоммуникационные устройства) в достижении соответствующего возрасту уровня общения и его дальнейшего развития; нуждаемость в пребывании в условиях специализированного учреждения для оптимизации формирования навыков общения (для слабослышащих и глухонемых детей, для слабовидящих, слепых, слепоглухонемых, умственно отсталых детей, детей с психическими нарушениями).

Параметрами оценки способности к обучению являются: возрастные нормы способности к усвоению обучающего материала и психолого-педагогического развития детей; возможность компенсации дефекта для достижения возрастного уровня обучения; объем программы, сроки и режим обучения; возможность посещения детских коллективов с обычной или адаптированной обучающей программой; возможность (нуждаемость) в неорганизованных формах обучения.

Параметрами оценки способности к трудовому обучению являются: соответствие возрастным психофизиологическим и психолого-педагогическим нормам (показателям) развития детей; возможность трудового обучения по программе общеобразовательной школы, специальной общеобразовательной школы (для слабовидящих, слабослышащих и позднооглохших детей, для детей с нарушениями речи), по программе вспомогательной школы с соответствующим режимом и сроками обучения; освобождение от трудового обучения (обучение на дому), невозможность трудового обучения вследствие имеющихся функциональных нарушений; степень нуждаемости в посторонней помощи взрослых (объем и регулярность использования помощи); нуждаемость в специальных вспомогательных средствах при трудовом, допрофессиональном, профессиональном обучении (специальные инструменты, наглядный материал, персональный дидактический материал); возможность профессионального обучения (для учащихся выпускных классов) на общих основаниях; в специально созданных условиях в обычных учебных заведениях (спецгруппа), в специализированных Центрах для профобучения инвалидов, комбинатах обществ инвалидов.

Параметрами оценки способности к ориентации являются: оценка соответствия возрастной норме ориентации ребенка во времени, пространстве, собственной личности; оценка степени и характера выраженности отклонений с учетом всех функций, участвующих в процессе ориентации (зрение, слух, психическая сфера); возможность компенсации для реализации и развития критерия.

Параметрами оценки способности к контролю своего поведения являются: адекватность в ситуативной обстановке и соблюдение социально-ролевых традиций (врач — пациент; учитель — ученик; взрослый — ребенок) с учетом возрастного периода; возможность посещения детского коллектива обычного типа; необходимость дополнительного контроля поведения извне.

Параметрами оценки способности к познавательной и игровой деятельности являются: возможность осуществления игровой и познавательной деятельности в соответствии с возрастом, в обычных детских коллективах; влияние игровой и познавательной деятельности на дальнейшее развитие ребенка; необходимость использования дополнительных средств компенсации для реализации критерия, средств дополнительной защиты для профилактики травматизма.

Л.Г. ГОНЧАРОВА, А.Ю. МАКАРОВ, Д.В. ГУРЕВИЧ, Н.Ю. САХАРОВА
Институт усовершенствования врачей-экспертов, г. Санкт-Петербург

К ВОПРОСУ ОБ ОГРАНИЧЕНИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СПИННОГО МОЗГА И ИШЕМИЧЕСКОЙ МИЕЛОПАТИЕЙ

Анализ ограничения жизнедеятельности и состояния трудоспособности больных с опухолями спинного мозга и спондилогенной ишемической миелопатией особенно актуален, в связи с использованием современных классификаций и критериев медико-социальной экспертизы (МСЭ) [1]. В условиях неврологического и нейрохирургического стационара нами было обследовано 162 пациента, из которых у 70 (средний возраст 51 год) выявлено опухолевое поражение, а у 92 (средний возраст 53 года) – хроническое нарушение спинномозгового кровообращения. Помимо этого, были проанализированы акты освидетельствования в бюро МСЭ 28 больных (с опухолью спинного мозга – 10 чел., с ишемической миелопатией (ИМ) в верхнем артериальном бассейне – 12, в нижнем – 6).

Начало заболевания у большинства больных приходилось на период активной трудовой деятельности (59 % больных с опухолевым поражением, 90 % – с ИМ в верхнем артериальном бассейне, 70 % – с с ИМ в нижнем), что делает актуальными вопросы экспертизы трудоспособности. Относительно низкий образовательный уровень большинства пациентов ограничивал возможность их рационального трудоустройства. Суждение о клиническом и трудовом прогнозе в этой ситуации приобретало особенно важное значение.

Категориями ограничения жизнедеятельности, которые использовались при МСЭ обследованных больных с опухолями спинного мозга и с ИМ, являлись: ограничения способности к самостоятельному передвижению, к трудовой деятельности, к самообслуживанию. При этом учитывали выраженность и распространенность двигательных и чувствительных нарушений, дисфункцию тазовых органов. Вместе с тем, особенности течения заболевания, необходимость оперативного лечения и сам факт операции диктовали необходимость в дополнительных критериях. К ним мы относим: темп прогрессирования заболевания; продолжительность относительной стабилизации в период ремиссии (у больных с ИМ); вынужденно отсроченную операцию; стойкость и выраженность болевого синдрома; снижение ситуативной способности (удовлетворение физиологических потребностей при тазовых нарушениях).

Необходимо было учитывать особенности подхода при экспертизе трудоспособности оперированных и не оперированных больных. В случае доброкачественной экстрамедуллярной опухоли у оперированных больных экспертная оценка определялась степенью восстановления социального статуса, в частности, возвращением к трудовой деятельности [2]. Данные дополнительных методов обследования (желательно, МРТ) позволяют своевременно определить необходимость оперативного вмешательства у не оперированных больных (отказ от операции, противопоказания к ней). Вопрос о степени утраты трудоспособности решается с учетом особенностей клинической картины, темпа прогрессирования, характера и выраженности ограничения жизнедеятельности.

Определение показаний к хирургическому лечению и операция в течение года со времени появления жалоб позволили полностью или частично восстановить утраченные функции более чем у половины больных. Это дает основание считать неоправданным определение инвалидности таким пациентам в первые месяцы заболевания, до проведения МРТ и, возможно, хирургического лечения. Обоснованным является продолжение временной нетрудоспособности свыше 4-х месяцев без направления в бюро МСЭ, до окончательной диагностики заболевания, определения тактики лечения и прогноза. Ранняя диагностика компрессии спинного мозга нередко позволяет достигать положительного эффекта от хирургического лечения даже при выраженных нарушениях функций, дает возможность более полной социальной реабилитации больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы. Руков. для врачей /Под ред. А.Ю. Макарова. – СПб, 1998. – С. 274-291.
2. Сивуха, Т.А. Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов при доброкачественных опухолях спинного мозга: Метод. реком. /Т.А. Сивуха, А.П. Кочетова, В.А. Демин. – М., 1992. – 23 с.

Э.Н. ДЕМИНА
Научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ В КВАРТИРЕ ИНВАЛИДА

В разделе индивидуальной программы реабилитации инвалидов, включающей социальные меры реабилитации, предусмотрена специальная организация жилого помещения и обеспечение инвалида техническими средствами реабилитации (ТСР).

Формирование данного раздела индивидуальной программы реабилитации инвалида и ее реализация, включая адаптацию жилища к потребностям инвалида, требует от специалистов знания специфических особенностей, которые должны предъявляться к жилой среде инвалидов с различными ограничениями жизнедеятельности.

Основная часть бытовых функций человека реализуется в жилище. Для многих инвалидов с ограниченными возможностями передвижения, самообслуживания, ориентировки в пространстве и общения квартира является единственной средой обитания. Необходимо отметить, что организация пространства в квартире и ее оборудование ТСР должны полностью соответствовать специфике патологии. Кроме того, в жилище инвалида должны быть созданы условия для осуществления активной деятельности, соблюдены условия безопасности и физического комфорта при осуществлении всех бытовых действий без посторонней помощи. Передвижение, самообслуживание, ориентация, общение становятся возможными для инвалида только в специально оборудованной квартире с набором необходимых ТСР.

Принципы предоставления адекватных жилищных условий для инвалидов должны быть основаны как на клинико-функциональных критериях степени выраженности нарушений, так и на тех видах ограничений жизнедеятельности, социальной недостаточности, которые могут быть частично компенсированы использованием ТСР.

Л.В. ДОРОФЕЕВА, Л.В. ЛЫХИНА
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА, РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОГНОЗА, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ У ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЕМ СТАТО-ДИНАМИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ

На современном этапе развития общества реабилитация приобретает важное значение, в широком смысле, как всеобъемлющая система медико-социальных мероприятий, и это требует новой методологии организации реабилитационной службы.

Реабилитационный прогресс – процесс восстановления биосоциальных функций в определенных условиях жизнедеятельности инвалида. Степень функциональных нарушений колеблется в широком диапазоне: от незначительных затруднений до полной их утраты, и при любой степени ограничения необходимы реабилитационные воздействия.

Оценка медико-социального статуса инвалида необходима для определения целей и задач реабилитации, формирования индивидуальных реабилитационных программ, и включает реабилитационную диагностику, экспертное обследование, комплексную оценку реабилитационного потенциала. Реабилитационная диагностика – процесс, целью которого является определение характера, степени и причин социальной дезинтеграции больного в результате перехода биологических нарушений в социальные ограничения. Важно установить характер ограничения привычной жизнедеятельности: передвижения, самообслуживания, обучения, трудовой деятельности, общения, ориентации, контроля поведения. Каждое ограничение оценивается по степени выраженности. Снижение способности к передвижению: согласно классификации используются функциональные критерии оценки двигательных возможностей инвалидов, выделяя три основных функциональных уровня. Первый функциональный уровень включает группу, соответствующую 1-3 классам (по Russek) – передвижения без использования вспомогательных средств (ВС), при

более длительной затрате времени, дробности выполнения, сокращении расстояния. Второй уровень – используя ВС или постороннюю помощь (4 кл.). Третий уровень – полная зависимость от посторонней помощи (5-6 кл.).

Критерием социальной независимости инвалида является способность к самообслуживанию: первый функциональный класс – независимы от посторонней помощи, используют для самообслуживания вспомогательные средства; второй – не способны самостоятельно вести домашнее хозяйство, нуждаются в частичной посторонней помощи; третий – неспособность к самообслуживанию и нуждаемость в постоянной посторонней помощи и уходе.

Использование данных критериев оценки биосоциальной активности инвалидов не обладает универсальностью, так как в системе не учитываются психическое, эмоциональное состояние инвалидов, их мотивации, интеллектуальный уровень, влияющие на активность, но трудно поддающиеся объективной оценке. Для оценки личностно-характерологических особенностей, позволяющих прогнозировать изменения психологического состояния, внутренней модели болезни и реабилитационных возможностей пациента, необходим психологический диагноз и оценка реабилитационных возможностей пациента. С этой целью используются следующие методики: интерактивные, изучения экспрессии, объективные (опросник Шмишека «акцентуации характера», личностный опросник Айзенка, ряд тестов, методика САН), проективные, психоаналитические (Сонди, тест Люшера), вербального интервью, визуального наблюдения, для определения уровня тревожности, конфликтности, депрессии, используют тест Басса-Дарки, шкала Цунга (самооценка депрессии), шкала тревоги и депрессии (NADS).

При определении психологического реабилитационного потенциала у 269 пациентов (контрольная группа), наблюдали колебание степени психологического реабилитационного потенциала от низкого к высокому, степень которого изменяется в зависимости от личностно-характерологических особенностей пациента, уровня высших психических функций, мотивации достижения, возрастной категории, временного промежутка (между травмирующим фактором и этапом лечения), тяжести заболевания или травмы.

Достаточно часто происходит переход от низкого реабилитационного потенциала к среднему (0,7 % лиц пожилого возраста, 45 % лиц молодого и среднего возраста). Основная доля инвалидов имеет средний психологический реабилитационный потенциал. Существует вероятность снижения степени психологического реабилитационного потенциала от среднего к низкому (10 %), наибольший процент (около 50 %) составляет переход от среднего к высокому психологическому реабилитационному потенциалу.

Для определения образовательного и профессионального (трудового) потенциала используются интервью, графические тесты (самооценка личности, жизненных приоритетов, склонностей, особенностей), опросник REN (для проведения профотбора на профессии в сфере обслуживания), «ценностные ориентации» М. Рокича, характерологический опросник К. Леонгарда, метод исследования уровня субъективного контроля (УСК), ориентационная анкета, тест профессиональных интересов (ТПИ), тест механической понятливости. Также используются методики для изучения интересов, потребностей и мотивов поведения человека, профессиональных склонностей (Немов Р.С.), изучения профессиональных предпочтений в плане предметов труда (дифференциально-диагностический опросник – ДДО).

Реабилитационная диагностика необходима для целенаправленного процесса реабилитации. Важно оценить степень социальной дезинтеграции и определить реабилитационный потенциал, который характеризует возможности социальной реинтеграции инвалида. Следует выделить две основные характеристики реабилитационного потенциала – многокомпонентность и динамичность. Многокомпонентность определяется сочетанием функционального (степень нарушения функций и состояния компенсаторных механизмов у пациента), психологического, профессионального, социального факторов. Соотношение этих факторов характеризует специфику реабилитационного потенциала у различных больных и является основой для разработки реабилитационных программ.

Реабилитационный потенциал – категория динамичная, способная изменяться под влиянием социальных и биологических факторов, этапов и методов медицинской реабилитации, при этом изменяется соотношение отдельных компонентов, что в целом определяет повышение или понижение реабилитационного потенциала, что, в конечном итоге, влияет на оценку реабилитационного прогноза.

Реабилитационный прогноз – это вероятность реализации реабилитационного потенциала и предполагаемый уровень интеграции инвалида в общество, определяется реальными возможностями современных реабилитационных технологий, средств и методов. Прогноз расценивается как: благоприятный (полное восстановление нарушенных категорий жизнедеятельности, полная социальная и профессиональная интеграция инвалида); относительно благоприятный (частичное восстановление нарушенных категорий жизнеде-

ятельности, уменьшение степени их ограничений, расширение способности к социальной интеграции); сомнительный (неясный прогноз); неблагоприятный (невозможность восстановления или компенсации нарушенных ограничений жизнедеятельности, положительных изменений в социально-средовом статусе инвалида).

Для изменения реабилитационного потенциала у пациентов большое значение имеют жилищно-бытовые условия, характер и условия учебы или работы, полноценное питание, обеспеченность транспортными средствами, организация отдыха, своевременное и качественное проведение лечения и протезирования.

И.А. ДУБИНИНА
Институт усовершенствования врачей-экспертов, г. Санкт-Петербург

К ВОПРОСУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ

Вступившее в силу в 2002 г. новое пенсионное и трудовое законодательство определило выход нормативных правовых актов правительственного и ведомственного уровней, в той или иной мере затрагивающих вопросы медико-социальной экспертизы. Наиболее актуальным и значимым из них является постановление Минтруда РФ от 15.04.2003 г. № 17 (зарегистрировано в МЮ РФ 19.05.2003 г.), утвердившее Разъяснение «Об определении учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы причин инвалидности».

Разъяснение вносит ряд изменений и дополнений в формулировки причин инвалидности и в методику их определения, а именно:

- исключена формулировка «инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны» (пенсионирование инвалидов с данной формулировкой причины инвалидности Федеральным законом «О государственном пенсионном обеспечении» не предусмотрено);
- введено уточнение определения причины «инвалид с детства» по клиническим данным: наличие признаков стойкого ограничения жизнедеятельности в возрасте до 18 лет (до 01.01.2000 г. — в возрасте до 16 лет);
- причина инвалидности с формулировкой «трудовое увечье» определяется только по последствиям несчастного случая на производстве на основании акта по форме Н-1 (Н-1ПС), то есть из условий установления данной причины инвалидности исключены другие обстоятельства несчастного случая;
- причина инвалидности с формулировкой «военная травма» определяется бывшим военнослужащим, выполнявшим интернациональный долг в Республике Афганистан, в том же порядке, что и участникам ВОВ — фронтовикам. Кроме того, при отсутствии военно-медицинских документов причина инвалидности «военная травма» устанавливается при хронических медленно прогрессирующих заболеваниях без ограничения срока обращения в лечебные учреждения после прекращения службы в действующей армии (выполнения интернационального долга в Республике Афганистан);
- причины инвалидности, которые устанавливаются по последствиям аварии (катастрофы) на Чернобыльской АЭС, формулируются относительно единообразно, начинаясь со слова «заболевание» (слово «увечье» из формулировок исключено);
- введены две новые формулировки причин инвалидности: «...связано с аварией на ПО «Маяк» — для лиц из числа гражданского населения и бывших военнослужащих;
- лицу в возрасте до 18 лет, признанному инвалидом по последствиям трудового увечья или профессионального заболевания, по его выбору либо выбору его законного представителя, устанавливается категория «ребенок-инвалид» или группа инвалидности с соответствующей причиной инвалидности.

К вопросам, которые ставит и на которые не дает ответа «Разъяснение», можно отнести следующие:

- чем объясняется различие в формулировках причин инвалидности, в одних из которых определена связь «...с аварией на Чернобыльской АЭС», в других — «...с катастрофой на Чернобыльской АЭС»;
- почему основанием для определения причины инвалидности «профессиональное заболевание» является акт о случае профессионального заболевания и решение суда, а для причины «трудовое увечье» — только акт о несчастном случае на производстве (решение суда — не указывается).

А.М. ЕВЛАДОВА
Институт усовершенствования врачей-экспертов, г. Санкт-Петербург

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ МОДЕЛИ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ЕЕ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ДИАГНОЗА

Определение роли психологических факторов в происхождении и течении многих заболеваний остается одной из самых дискуссионных проблем клинической психологии и клиники [1]. Это касается и такого распространенного, трудно поддающегося лечению заболевания, каким является ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). ЮРА – психосоматическое заболевание, артрит, развившийся у детей в возрасте до 15 лет, с поражением суставов и внутренних органов (болезнь Стилла). Хронический характер болезни, выраженные деформации, постоянные боли, становящиеся фоном всей жизни и деятельности больных РА, значительное ограничение различных сфер жизнедеятельности часто приводят к сужению сферы самореализации, нарушению социальных связей и т.д. В связи с этим актуальным является оценка психологического статуса, а также внутренней модели болезни детей с ЮРА.

Нами изучены особенности внутренней модели болезни (ВМБ) детей с ЮРА и ее роль в формировании клинико-экспертно-реабилитационного диагноза. Было обследовано 50 детей с диагнозом ЮРА, в возрасте 11-14 лет. Все обследованные были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли дети, которые больны ЮРА более 3 лет, во 2-ю – с длительностью заболевания менее 3 лет, что оправдано с клинической точки зрения и правомерно в социальной медицине. В контрольную группу вошли 70 детей.

Анализ результатов показывает, что ВМБ существенно влияет на особенности клиники и течения заболевания, что должно найти отражение в формировании клинико-функционального диагноза. Длительность заболевания и активность патологического процесса прямо влияют на ВМБ. После 3 лет болезни происходит переход с психологического уровня реагирования личности на патопсихологический, с формированием тревожно-сенесто-ипохондрического синдрома, ограничивающего жизнедеятельность больных ЮРА. Патопсихологический уровень ВМБ детей с ЮРА требует иного подхода к формированию клинико-экспертно-реабилитационного диагноза и психологического аспекта реабилитации в социальной медицине, МСЭ и реабилитации детей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Сорока, Н.Ф. Психологические особенности личности больных РА /Н.Ф. Сорока // Ревматология. – 1991. – № 3. – С. 15-17.

Ю.А. КОРОВЯНСКИЙ, М.И. РАЗУМОВСКИЙ, А.М. РАЗУМОВСКАЯ
Научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

ОЦЕНКА ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Возможность и успешность трудовой деятельности является одной из основных проблем реабилитации больных и инвалидов вследствие первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ). Для решения этой важной задачи в СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта разработан метод автоматизированной системы профессионального тестирования этой категории больных. В качестве зрительной нагрузки применены моделированные виды производственной деятельности. Производственные операции для тестирования отбирались путем тщательного анализа основных видов деятельности в условиях обычного производства и специально созданных рабочих мест. Создавалось усредненное рабочее место, содержание трудовых операций которого включало информацию 15-30 родственных производственных операций. Рабочие места оснащены комплексом устройств, позволяющих определить производственно-технологические показатели и дать оценку функционального состояния организма в целом и состояния зрительной функции в процессе трудовой деятельности.

На 1-м этапе, в процессе тестирования больного ПОУГ, при выполнении технологических операций, в течение 15-60 мин регистрировались изменения параметров офтальмоэргономических и

пульсометрических характеристик, и параметры трудовой деятельности, по которым определялись производительность труда, динамика ее изменения, точность выполнения операций, врабатываемость в трудовой процесс, социально-психологическая реабилитированность.

На 2-м этапе (обработка информации), на основании полученных характеристик, с помощью нормативных матриц, оценивались адаптация к трудовому процессу и индивидуальные трудовые возможности. Анализируя состояние реабилитационного потенциала и индивидуальных трудовых возможностей, выявлялись профессионально значимые качества обследуемого и определялись оптимальные параметры зрительной нагрузки.

На заключительном этапе проводился анализ профессиональной пригодности больного ПОУГ, заключающийся в определении соответствия исследуемой зрительной нагрузки, связанной с конкретной профессией и функциональными возможностями органа зрения. Из банка данных выбирались доступные виды трудовой деятельности.

Т.Т. КОПАТЬ, Е.В. ВЛАСОВА-РОЗАНСКАЯ, Д.С. КАЗАКЕВИЧ
ГУ Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации, г. Минск

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Высокая клинико-функциональная эффективность хирургического лечения больных ишемической болезнью сердца (ИБС) является фактором высокой социальной адаптации, ведущим к восстановлению параметров жизнедеятельности и возвращению к труду значительной части пациентов данной категории.

Определение выраженности функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности проведено у 108 больных ИБС (средний возраст – 50,4 ± 2,2 лет) в отдаленном периоде после проведения прямой реваскуляризации миокарда (средний срок – 3,8 ± 0,3 лет), которым в ходе оперативного лечения было наложено от 1-го до 4-х шунтов, в среднем, 2,3 ± 0,7.

Факторы социальной адаптации и дезадаптации оценивались в соответствии с разработанным клинико-инструментальным алгоритмом экспертно-реабилитационной диагностики изменений сердечно-сосудистой системы (ССС) от легкой (функциональный класс 1 – ФК 1) до резко выраженной (ФК 4) степени, включающей как наиболее информативные, чаще используемые в практической деятельности: электрокардиографию (ЭКГ), эхо-кардиографию (Эхо-КГ), велоэргометрическую пробу (ВЭП), информационную пробу (ИП), исследование центральной гемодинамики (ЦГД), суточное ЭКГ-мониторирование (комплексная интегральная оценка от незначительных до резко выраженных изменений).

Оценка результатов инструментального обследования пациентов выявила хорошее клинико-функциональное состояние больных, что является благоприятным фоном для возвращения их к трудовой деятельности. Результаты исследования представлены в таблице.

Таблица
Степень выраженности изменений показателей сердечно-сосудистой системы

Методы обследования	Степень выраженности изменений			
	ФК 1(%)	ФК 2(%)	ФК 3(%)	ФК 4(%)
ЭКГ	37,1	46,3	16,6	-
Эхо-КГ	-	90,7	9,3	-
ВЭП	46,3	31,8	3,7	-
ИП	14,8	25,0	60,2	-
ЭКГ-мониторирование	29,6	53,7	16,7	-
ЦГД	-	80,7	9,3	-

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности у больных ИБС после прямой реваскуляризации миокарда, определены следующие изменения основных категорий жизнедеятельности.

Так, умеренные (ФК 2) и легкие (ФК 1) ограничения передвижения и самообслуживания определены у 80 пациентов (74,1 %); легкие (ФК 1) ограничения передвижения и ФК 0 самообслуживания – у 24-х (22,2 %).

Легкое ограничение способности к профессиональному труду (ФК 1) выявлено у 32 человек (29,7 %), умеренное (ФК 2) – у 58 (53,7 %), значительное (ФК 3) – у 18 (16,6 %).

Таким образом, у 83,4 % реабилитантов сохранена способность к труду в обычных условиях, при ограничении объема работ, выполнении

работ более низкой квалификации, исключении неблагоприятных условий труда.

Больные с ограниченной профессиональной трудоспособностью могут выполнять профессиональную деятельность в специально организованных условиях – при использовании индивидуального режима труда, изменении нормативов труда, выполнении работ на дому и др.

Таким образом, проведение оперативного лечения ИБС является весомым фактором социальной адаптации, наряду с которым сохраняются и факторы дезадаптации, обусловленные течением основного и/или сопутствующих заболеваний. Следовательно, при принятии экспертного решения, необходим дифференцированный подход в определении степени социальной дезадаптации у каждого пациента, с учетом целого ряда факторов, влияющих на степень выраженности нарушений основных категорий жизнедеятельности.

Г.Б. МИШИНА, О.В. КАРПУШКИНА, Л.В. АСТАХОВА
Кузбасский центр лечения и реабилитации «Протэкс-Гарант», г. Новокузнецк,
Краевой детский реабилитационный центр, г. Красноярск

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Целью обучения двигательным навыкам является научить ребенка с ограниченными физическими возможностями выполнять обычные движения. Очень важно, чтобы прививаемые движения основывались на естественных движениях, а обучаемый был непосредственным участником процесса.

Паттерны изучаемых движений должны быть особыми и рассчитанными на максимальную эффективность, причем они должны быть паттернами, а не изолированными движениями. Прививаемые паттерны движений должны быть естественными, так как искусственные паттерны, привитые один раз, очень трудно исправить; и к тому же они могут привести к аномальной позе, что, в свою очередь, создает деформации вследствие мышечного укорочения и неподвижности суставов.

У ребенка с двигательными нарушениями может возникнуть единственная задача, как остаться в положении сидя, и все его внимание будет направлено на это. Поэтому ожидать от ребенка немедленного действия сидеть самостоятельно и писать – нереально, так же как от нас с вами – идти по скользкой поверхности и одновременно жонглировать! Таким образом, ребенок нуждается в помощи в виде дополнительных опорных сидений, чтобы дать ему возможность сидеть правильно и функционально, а не ограничивать его движения. Ему также необходимо чаще сидеть без дополнительной опоры, чтобы научиться держать равновесие и осанку.

Кузбасский центр лечения и реабилитации «Протэкс-Гарант» освоил изготовление специальной адаптированной мебели для позиционной терапии с целью создания правильного симметричного положения в процессе комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом (ДЦП).

Ортопедические сидения всех размеров, с большим набором вспомогательных средств позволяют создавать любые необходимые модификации, подбираемые по возрасту, физическим способностям ребенка и по рекомендуемому роду деятельности.

Для сохранения длины мышц и объема движений суставов, в основном, используются три стратегии: пассивные движения, позиционная терапия и растяжки.

Пассивные движения используются для улучшения гибкости околосуставных тканей. Пассивные движения должны выполняться медленно и осторожно, со знанием объема естественных движений суставов, через естественные двигательные паттерны, избегая стрессов в пределах этого объема. Пассивные движения не увеличат мышечную длину.

Растяжка мышц может выполняться тремя способами, в соответствии с тем, сколько времени мышца находится в растянутом положении. Растяжка очень эффективна, если ребенок расслабится или «отключит» сам нужные группы мышц. Короткий период растяжки в течение нескольких минут имеет разогревательный эффект мышц. Этот тип растяжек будет иметь незначительный эффект на удлинение мышцы. Растяжка более продолжительная по времени сможет сохранить и удлинить мышцу. Для поддержания имеющейся длины мышцы достаточно 30 мин. в день, но чтобы увеличить длину мышцы, необходимо 6 час. в день.

Для того, чтобы добиться работы на мышцах в течение 6 час. в день и более, а также для снижения спастики и предотвращения деформаций, используется ортезирование или позиционная терапия. Если в течение 24-х часов используется один из вариантов позиционной терапии, то

снижается опасность нагрузки только на одну группу мышц, например, правильное длительное положение сидя оказывает положительное действие на длинные разгибающие мышцы тазобедренного пояса, четырехглавую и икроножную мышцы, укороченные флексоры и задние мышцы бедер.

Если основываться на терапевтических принципах, то позиционная терапия должна обеспечить необходимые для развития ребенка позиции тела. Этот тип позиционной терапии приведет к биомеханическому ответу, и в дальнейшем позволит выполнять движения внутри себя. Одно оборудование не улучшает постуральные возможности ребенка, но значительно содействует развитию ребенка, обеспечивая развитие двигательных навыков и активное участие в жизни своего окружения.

М.А. ОМАРОВ, О.Г. ГОРСКИХ, В.Г. ПОПОВА, А.В. НЕЛЮБИНА
Институт усовершенствования врачей-экспертов, г. Санкт-Петербург

ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПРОГНОЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Заболевания вен нижних конечностей представляют важную социально-экономическую проблему для индустриально-развитых стран, как вследствие большой распространенности, так и в силу затрат на диагностику, лечение и социальную защиту. Общая частота открытых и заживающих трофических язв венозной этиологии составляет 1 %. Только 50 % из них заживают в течение 4 месяцев, 20 % процентов остаются открытыми в течение 2 месяцев, 8 % не заживают в течение 5 лет и более.

С целью выявления факторов, влияющих на реабилитационный потенциал, и уточнения возможности прогнозирования результатов лечения, у 210 больных с различными формами варикозной и посттромботической болезни был проведен многофакторный анализ отдаленных результатов хирургической коррекции венозного оттока. Для решения поставленной задачи была построена матрица градаций факторов риска плохих отдаленных результатов лечения.

Комплексная оценка реабилитационного потенциала проводилась на основании ряда характеристик, оказывающих наибольшее влияние на результаты лечения. Количественная оценка признаков, влияющих на медицинский реабилитационный потенциал, проводилась по балльной системе от одного до четырех баллов, в зависимости от значимости признака. Уровень реабилитационного потенциала определялся суммой баллов, разделенной на количество признаков.

По результатам наших исследований, основными факторами, определяющими медицинский реабилитационный потенциал и прогноз отдаленных результатов лечения при заболеваниях вен нижних конечностей, являются:

- форма заболевания и распространенность патологического процесса;
- степень недостаточности клапанов глубоких вен и возможности их коррекции;
- степень хронической венозной недостаточности;
- количество раннее выполненных оперативных вмешательств и их эффективность;
- характер и тяжесть осложнений.

Р.Г. ПЕРЦ, А.Н. ЕВТЮХИНА
Институт усовершенствования врачей-экспертов, г. Санкт-Петербург

СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОХОНДРОЗА И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

До настоящего времени в практике медико-социальной экспертизы (МСЭ) широко используются критерии рентгенологической оценки остеохондроза, разработанные Н.С. Косинской. Последнее десятилетие мы внедряем в экспертную практику, наряду с оценкой тяжести поражения по стадиям, характеристику фаз компенсации, что позволяет уточнить

клиническую картину и проследить за эффективностью реабилитационных мероприятий.

В то же время, за последние годы врачи Бюро МСЭ все чаще в процессе освидетельствования сталкиваются с материалами других методов лучевой диагностики остеохондроза, прежде всего, с данными магнито-резонансной томографии (МРТ), которая располагает новыми возможностями в диагностике дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника. К сожалению, отработанных коррелирующих показателей, позволяющих сопоставить данные рентгенографии и МРТ в интересах диагностики и МСЭ при остеохондрозе не имеется. Мы стараемся восполнить имеющийся пробел.

Наряду с уменьшением высоты дисков, МРТ определяет типичное для остеохондроза снижение интенсивности сигнала различной степени (на Т2 взвешенных томограммах), отражающее их дегенерацию, что позволило нам дополнить стадии I-III:

I – умеренное снижение сигнала от диска без снижения высоты;

II – различной выраженности снижение сигнала от диска со снижением высоты;

III – резко выраженное снижение сигнала от диска с резким снижением высоты.

В отношении краевых костных разрастаний: МРТ, при использовании аксиальной проекции в условиях высокой тканевой дифференцировки, существенно дополняет информацию о состоянии межпозвонковых отверстий и дурального мешка, тем самым, объясняя наличие неврологических нарушений.

Функциональные пробы при рентгенографическом методе (для уточнения гипермобильности диска, нестабильности сегмента и наличия фиброзного блока) не теряют своей актуальности до настоящего времени, так как внедрение в практику динамической МРТ для оценки указанных состояний затруднено вследствие высокой стоимости исследования.

Характер и выраженность изменений анатомических взаимоотношений в условиях псевдоспондилолистеза четко определяются при многоплоскостной МРТ.

МРТ существенно дополняет рентгенологическую картину остеохондроза информацией изменений костного мозга в телах позвонков, смежных с пораженным диском. В определении фаз компенсации, субкомпенсации и декомпенсации следует учитывать следующие показатели: нормальная структура в фазе компенсации; изменение сигнала по типу отека (связано с разрушением замыкательных пластинок фиброзной соединительной тканью) в фазе субкомпенсации и изменение сигнала по типу жировой дегенерации костного мозга, в сочетании с фиброзной перестройкой в фазе декомпенсации.

Выявление при МРТ грыж межпозвонковых дисков и изменений других мягких тканей позвоночного сегмента (продольные связки, нервные корешки и другие), с нашей точки зрения, не имеет аналогов столь высокой информативности.

Таким образом, МРТ, являясь безопасным высокоинформативным методом диагностики остеохондроза, грыж межпозвонковых дисков и объективизации факторов, предрасполагающих к развитию неврологических осложнений, значительно дополняет данные рутинной рентгенографии в практике МСЭ.

В.Г. ПОМНИКОВ, А.Ю. МАКАРОВ
Институт усовершенствования врачей-экспертов, г. Санкт-Петербург

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ И ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Значительная частота, тяжесть, различия течения и исходов черепно-мозговой травмы (ЧМТ) требуют разработки классификации ее последствий. Предлагаемая нами классификация разработана на основании данных литературы и, в то же время, является итогом многолетнего изучения сотрудниками кафедры нервных болезней Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов более 1000 больных с последствиями закрытой и открытой ЧМТ различной давности.

По нашему мнению, классификация последствий ЧМТ должна быть комплексной (многоплановой), учитывать возможность диагностики в отдаленном периоде прямых последствий травмы и патогенетически связанных с ней синдромов, а также основные варианты течения травматической болезни головного мозга. Классификация состоит из четырех разделов, взаимно дополняющих друг друга. Поэтому многие клинические формы последствий ЧМТ приведены в нескольких ее разделах.

Классификация отдаленных последствий черепно-мозговой травмы:

I. По патогенетическим особенностям возникновения (развития):
   1. Преимущественно прямые последствия: гемипарез, афазия, гемианопсия, вестибулопатия, хроническая субдуральная гематома, гидроцефалия с гипертензивным синдромом, астенический синдром и другие сочетанные.
   2. Преимущественно непрямые (опосредованные) последствия: синдром вегетативной дистонии, посттравматическая артериальная гипертензия, ранний церебральный атеросклероз, нейроэндокринные синдромы, сообщающаяся нормотензивная гидроцефалия, поздние формы посттравматической эпилепсии, психоорганический синдром и другие; сочетанные.

II. По клиническим формам, в зависимости от преобладающих морфологических изменений:
   1. Тканевые: атрофия мозга (локальная и диффузная), посттравматическая внутримозговая киста, оболочечно-мозговые рубцы, поражения черепных нервов, дефекты черепа, внутричерепные инородные тела; сочетанные.
   2. Ликворные: посттравматическая гидроцефалия, хронические гигромы, порэнцефалия, субарахноидальные кисты, ликворные фистулы, пневмоцефалия; сочетанные.
   3. Сосудистые: хронические гематомы, посттравматические аневризмы и ишемии, тромбоз синусов, каротидно-кавернозное соустье; сочетанные.

III. По основному (ведущему) синдрому:
   1. Вегетативно-дистонический.
   2. Сосудистый.
   3. Ликвородинамический.
   4. Церебрально-очаговый.
   5. Посттравматической эпилепсии.
   6. Посттравматической нарколепсии.
   7. Вестибулярный.
   8. Нейроэндокринный.
   9. Астенический.
   10. Психоорганический.

IV. По особенностям течения:
   1. Преимущественно не прогрессирующие: субарахноидальные и внутримозговые ликворные кисты, оболочечно-мозговые рубцы, костные дефекты черепа и внутричерепные инородные тела, церебрально-очаговые синдромы, поражения черепных нервов и другие; сочетанные.
   2. Преимущественно прогрессирующие: атрофия мозга, гидроцефалия с нарушениями ликвородинамики, нормотензивная гидроцефалия, хроническая субдуральная гематома, эпилепсия, нейроэндокринные синдромы, синдром вегетативной дистонии, посттравматическая артериальная гипертензия, ранний церебральный атеросклероз, психоорганический синдром и другие; сочетанные.

Первый раздел выделен в связи с существенными патогенетическими особенностями формирования многообразных последствий ЧМТ.

Во втором разделе изложены морфологические последствия ЧМТ. Они представлены классификацией Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. Этот раздел необходим для более полной характеристики последствий ЧМТ, имеющих самостоятельное клиническое значение.

В третьем разделе перечислены основные клинические синдромы, ограничивающие жизнедеятельность и трудоспособность больных.

Четвертый раздел, отражающий динамику последствий ЧМТ, позволяет лучше оценить прогноз, реабилитационный потенциал, решать вопросы консервативного и оперативного лечения больных. Оценивая возможность прогрессирующего течения при том или ином синдроме травматической болезни можно учесть вероятность поздней декомпенсации под влиянием присоединившихся церебральных сосудистых, возрастных, токсических и иных факторов.

Предложенная классификация, на наш взгляд, полнее отражает многообразие клинических форм травматической болезни головного мозга, их патогенетические особенности и варианты течения. Ее целесообразно использовать при решении задач медико-социальной экспертизы, разработке индивидуальной программы реабилитации.

Л.И. ГАЛКИНА
Управление социальной защиты населения по Орджоникидзевскому району, г. Новокузнецк

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК МЕТОД СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Принятие закона «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24.11.95 г. положило начало реальному созданию равных возможностей для инвалидов во всех областях жизни и восстановлению их социального статуса путем эффективной комплексной реабилитации. Она включает медицинский, профессиональный и социальный аспекты. Для проведения профессиональной реабилитации инвалидов огромное значение имеет обучение, профессиональная подготовка и переподготовка. Образовательные учреждения, совместно с органами социальной защиты населения и здравоохранения обеспечивают дошкольное, внешкольное воспитание и образование детей-инвалидов, получение инвалидами среднего общего образования, среднего профессионального и высшего профессионального образования, в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалидов (ИПР).

В г. Новокузнецке функционирует Центр социально-медицинской реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями, где дети могут пройти курсы медицинской и психологической реабилитации, параллельно обучаясь по программам гимназии, общеобразовательной школы, коррекционной программе. Также в Орджоникидзевском районе с 01.09.2000 г. функционирует Филиал Центра, где дети младшего школьного возраста обучаются по специальным образовательным программам, с использованием коррекционных методов, и проходят круглогодичный курс медицинской реабилитации. В районе работает коррекционная школа-интернат № 53, где обучаются дети с отклонениями в развитии, из них 29 детей-инвалидов (в основном, с органическим поражением головного мозга и центральной нервной системы).

Детей-инвалидов, которые по состоянию здоровья не могут посещать общеобразовательные учреждения, органы управления образования и образовательные учреждения обеспечивают обучением на дому.

Профессиональная подготовка инвалидов должна осуществляться, в соответствии с ИПР, в учебных заведениях общего и специального типа, а также непосредственно на предприятиях. ИПР разрабатываются службами медико-социальной экспертизы, которые определяют нуждаемость инвалида в тех или иных видах, объемах и формах реабилитационной помощи и представляют комплекс оптимальных для конкретного человека реабилитационных мероприятий, предусматривают сроки и порядок их реализации.

При поступлении в средние специальные или высшие учебные заведения инвалиды пользуются определенными льготами, — их зачисление проводится независимо от плана приема. При получении профессионального образования инвалидам предоставляется возможность обучаться по индивидуальному графику. Используется инвалидами и заочная форма обучения, практика экстерната, обучение на дому. В период обучения им предоставляется стипендия в повышенном размере. Профессиональная подготовка инвалидов осуществляется и в специальных учебных учреждениях системы Министерства социальной защиты населения. В РФ профессиональную подготовку инвалидов осуществляют 42 высших и средних учебных заведения, в том числе Новосибирский институт социальной реабилитации на базе государственного технического университета для инвалидов по слуху, профессиональное училище-интернат для инвалидов (г. Новосибирск), учебно-исследовательский и методический центр (ГУИМЦ) профессиональной реабилитации при МГТУ им. Н.Э. Баумана и др.

В нашем городе находится Государственный гуманитарно-технический колледж-интернат, который сегодня является модельным центром профессиональной реабилитации инвалидов в проекте российско-германского сотрудничества в совместной работе по реформе и преобразованию системы социального обеспечения стран Центральной и Восточной Европы (программа «Восток»). Комплексный характер профессионально-медико-социальной реабилитации инвалидов в процессе обучения в колледже-интернате обеспечивает высокий уровень адаптации инвалидов к жизни в современных социально-экономических условиях. Ежегодно здесь обучаются более 200 инвалидов по 10 специальностям: младший инженер-менеджер, старший техник автоматизированных систем обработки информации и управления, слесарь-электрик по бытовым приборам, часовщик, портной и др. Большинство выпускников трудоустраиваются.

При обучении инвалидов во всех типах учебных заведений должны соблюдаться медицинские показания и противопоказания к приему на обучение и рекомендации МСЭК.

В 2002 г. содействие в трудоустройстве инвалидов через Центр занятости (ЦЗ) строилось в соответствии с Программой содействия занятости

населения Новокузнецка на 2002-2004 гг. по разделу «Содействие занятости граждан, особо нуждающихся в социальной защите и испытывающих трудности в поиске работы». Эффективная работа ЦЗ по вопросам трудоустройства инвалидов напрямую зависит от качества профессиональной диагностики инвалидов специалистами учреждений МСЭК и разработки раздела «Профессиональная реабилитация» ИПР.

В 2002 г. в ЦЗ города в поисках работы обратились 461 чел., имеющих инвалидность, что в 1,5 раза больше, чем в 2001 г. Основным документом, на основании которого проводится подбор варианта трудоустройства или переподготовки инвалида, является ИПР. На основании ИПР статус безработного получили 397 чел., всего в течение года безработными были 537 чел. Содействие в трудоустройстве оказано 180 чел. Уровень трудоустройства, по сравнению с 2001 г., снизился до 28 %.

Профессиональная подготовка инвалидов ведется и непосредственно на производстве. Она имеет ряд преимуществ, благодаря наличию на предприятиях производственной базы и возможностей в выборе профессий, сокращению сроков подготовки, более высокому уровню материального обеспечения во время обучения. В гуманитарно-техническом колледже-интернате в течение 2002 г. на отделении выбора профессии прошли профпробы 13 чел., закончили обучение 38 чел. В целом же, все виды профессиональной подготовки инвалидов – это необходимая мера по обеспечению реальной возможности получить работу с учетом состояния здоровья и степени потери трудоспособности.

Специалистами Комплексного центра социального обслуживания населения (КЦСОН) и Управления социальной защиты населения (УСЗН) района ведется разъяснительная работа в семьях детей-инвалидов и инвалидов по вопросам профобучения и трудоустройства. При обращении граждан в УСЗН по вопросам предоставления льгот, лица, имеющие инвалидность, обследуются социальными работниками КЦСОН для определения социально-бытовых условий и реализации реабилитационных мероприятий, рекомендованных ИПР.

По сравнению с 2001 г., на 30 % увеличилось число обратившихся в ЦЗ, на 50 % – находящихся на учете в ЦЗ, но количество нашедших работу по годам почти не отличается.

Несмотря на все предпринимаемые меры, медленно решаются вопросы внедрения в систему профессионального образования инвалидов программ реабилитации; новых подходов к осуществлению профессиональной ориентации и трудовой адаптации инвалидов; не создана система непрерывного образования с использованием интегрированного обучения и современных реабилитационно-образовательных технологий. Комплексная реализация всех мероприятий по ИПР позволит инвалидам активно преодолевать ограничения жизнедеятельности и обеспечит им равенство возможностей во всех сферах общественной жизни.

С.Г. ДАНИЛОВА, В.В. СТУПАК, М.Ю. СИЗИКОВ
НИИ травматологии и ортопедии,
Главное бюро медико-социальной экспертизы, г. Новосибирск

ПОКАЗАТЕЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВЫХ ТРАВМ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Настоящее исследование выявило низкую трудовую занятость инвалидов вследствие позвоночно-спинномозговых травм (ПСМТ), что делает актуальной проблему профессиональной реабилитации этого контингента. Проблема трудовой занятости имеет большое значение, так как рациональное трудоустройство инвалидов – это конечная цель профессиональной реабилитации и интеграции инвалидов в общество.

Из 972 больных, наблюдаемых после ПСМТ, в различные сроки после травмы, свою трудовую деятельность возобновили 82 чел. (8,4 %), в группе условно перспективных в отношении профессиональной реабилитации – 18,5 % пациентов, среди пациентов, выполнявших труд преимущественно интеллектуального характера – 11,1 %, физического – 3,7 %. У городских жителей этот показатель составил 8,4 %, у сельских – 6,3 %, среди мужчин – 83,3 %, среди женщин – 16,6 %.

В таблице представлен удельный вес работающих инвалидов вследствие ПСМТ по Новосибирской области. Как видно из таблицы, среди инвалидов сельской местности, удельный вес работающих инвалидов II-й группы в 2002 г. вырос (7,6 %), по сравнению с 2000 г. (0 %), а среди инвалидов городского населения – снизился (4,4 % в 2000 г., 3,7 % в 2002 г.). Среди инвали-

дов III-й группы, в городе удельный вес работающих инвалидов также снизился (33,9 % в 2000 г., 27,7 % в 2002 г.), а в селе – увеличился (21 % в 2000 г., 37,5 % в 2002 г.). Обращает на себя внимание рост числа работающих инвалидов сельского населения обеих групп в 2001 г.

Таблица
Удельный вес работающих инвалидов вследствие ПСМТ (по Новосибирской области)

	Город						Село					
	2-я группа			3-я группа			2-я группа			3-я группа		
	всего	раб.	%	всего	раб.	%	всего	раб.	%	всего	раб.	%
2000	45	2	4	59	20	34	19	0	0	19	4	21
2001	39	2	5,1	54	15	28	10	1	10	7	4	57
2002	54	2	3,7	54	9	28	13	1	7,6	16	6	37

Высокий показатель профессиональной реабилитации отмечается при локализации травмы на уровне шейного отдела позвоночника – 70,3 %, наиболее низкий – при локализации травмы на уровне поясничного грудного отдела позвоночника – 7,4 %, на уровне грудного отдела позвоночника – 22,2 %. Через 1 год этот показатель составил 61,2, 13,75 и 25 %, соответственно.

Городские жители выходили на работу в более ранние сроки, мужчины раньше женщин. Отмечается высокий удельный вес пациентов, трудоустроившихся в течение 1-го года из второй возрастной группы (мужчины 49-59 лет, женщины 44-54 лет).

Основная причина, по которой не работают инвалиды – «плохое состояние здоровья», на что указали 65,6 % инвалидов, в том числе, 71 % мужчин и 69 % женщин.

Имеют трудовую направленность, но не могут устроиться на работу 23,4 % инвалидов, в том числе, 25 % мужчин и 32,6 % женщин. По семейным обстоятельствам не работают 25,9 %, в основном, женщины (56 %); мужчины составили всего 3,8 %. На низкую заработную плату, как причину, по которой инвалиды не работают, указали 36 % инвалидов, в том числе, 38 % мужчин и 22,5 % женщин.

Основная причина, по которой инвалид желает работать – материальная заинтересованность (93,8 %). Потребность в трудовой деятельности отметили 42,7 % инвалидов. Желание находиться в трудовом коллективе – 19,9 %. Необходимость работать по семейным обстоятельствам – 8,6 %, из-за отсутствия необходимого рабочего стажа – 11,6 %.

Анализ пожеланий инвалидов по трудоустройству показал, что больше всего инвалиды хотят работать по своей профессии, с уменьшением объема работы и некоторым ограничением (51,4 %), изъявили желание приобрести новую профессию 6,7 % инвалидов. Работать на предприятиях со специально созданными условиями для труда высказали пожелание только 6,8 % инвалидов.

С.Г. ДАНИЛОВА, В.В. СТУПАК, М.Ю. СИЗИКОВ
НИИ травматологии и ортопедии,
Главное бюро медико-социальной экспертизы, г. Новосибирск

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ПРИ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Профессиональная реабилитация инвалидов вследствие позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ) включает психологический аспект, профессиональное обучение (переобучение), рациональное трудоустройство. Одним из наиболее важных факторов, который необходимо учитывать при проведении МСЭ спинального больного, является его трудовая направленность. В ряде случаев он является основным и решающим при возвращении больного к активной трудовой деятельности. О важности данного критерия свидетельствуют следующие данные. Из 486 больных, первично освидетельствованных, 54 человека в бюро МСЭ не обращались, а после окончания лечения по временной нетрудоспособности вышли на работу, 112 человек (23 %) возобновили работу, хотя в бюро МСЭ им была установлена II-я группа инвалидности. В этой группе преобладали лица интеллектуального труда (75 %), городские жители (72,6 %), пациенты второй возрастной группы (мужчины 49-59 лет, женщины 44-54 лет, 62,8 %).

В динамике за последние три года, среди прошедших переосвидетельствование в бюро МСЭ Новосибирской области, отмечается снижение удельного веса работающих инвалидов. Так, удельный вес работающих инвалидов II-й группы снизился почти в 2 раза (6,1 % в 2000 г., 3,1 % в 2002 г.). В 2002 г. среди городских жителей – 3,7 %, сельских – 7,7 %.

Удельный вес работающих инвалидов III-й группы снизился с 37,5 % до 33,1 %. Среди городских жителей этот показатель в 2002 г. составил 31,4 %, сельских – 28,3 %. Таким образом, проблема трудовой занятости инвалидов III-й группы является сложной и актуальной. Невозможность найти посильную работу для больного и инвалида значительно снижает социальную эффективность всех проводимых реабилитационных мероприятий.

Для инвалидов III-й группы были рекомендованы легкие виды труда, не связанные с вынужденным положением туловища и длительным пребыванием на ногах. Для этой группы инвалидов возможны все виды административно-хозяйственного труда, работа слесаря-сборщика малогабаритной аппаратуры, закройщика, фотографа, лаборанта и др. Оптимальный характер должен соответствовать легкой и средней тяжести.

Для инвалидов I-й и II-й групп рекомендовался труд в специально созданных условиях на производстве, а также надомный. Для них доступны все виды умственного труда, при соответствующем образовании или после обучения (научный работник, юрист), а также широкий круг профессий легкого ручного физического труда (часовщик, радиомонтажник и т.д.). Рациональность трудоустройства проверена у 52 человек. В результате проверки, нерациональное трудоустройство выявлено у 4 человек (7,6 %). В 2002 г. из 32 работающих инвалидов, работали с ущербом для своего здоровья 2 чел. (6,2 %). Основными причинами, по которым инвалиды возвращаются в противопоказанные условия труда, являются желание сохранить свой рабочий стереотип и низкая пенсия, не обеспечивающая прожиточный минимум. Вовлечение в трудовую деятельность инвалидов вследствие ПСМТ, особенно I-й и II-й групп, способствует улучшению их общего состояния, является ощутимым психологическим фактором, положительно сказывающимся на качестве жизни.

Н.Т. МУФЛИХУНОВА
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ПРОФЕСИОНАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ ИНВАЛИДОВ КАК ФАКТОР УСПЕШНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Процесс профессиональной реабилитации можно рассматривать как часть процесса социальной реабилитации лиц, потерявших работу в силу обстоятельств (болезни, травма). Задачей является повышение конкурентоспособности на рынке труда, возвращение к активной трудовой деятельности.

Для решения этой задачи и успешной интеграции инвалидов в современное общество, необходимо сформировать активную жизненную позицию на основе адекватной профессиональной установки. Адекватная профессиональная установка – это реальная оценка инвалидом своих функциональных и личностных возможностей и социально-экономической ситуации в городе (регионе, стране).

Наиболее трудоспособная группа среди инвалидов 18-40 лет из 187 человек наблюдалась в течение 5 лет (1995-2000 гг.). Это позволило составить психологический портрет инвалида: закрытость от внешнего мира, тяжелое материальное положение, постоянное пребывание в состоянии хронического стресса и высокий уровень тревожности, чувство обреченности и беспомощности, ущербности, социальная робость и заниженная самооценка, измененное восприятие себя и окружающих. Преобладающий тип семейных отношений – гиперопека, оказывающая инвалидизирующее влияние. Многие научаются получать прямые выгоды от своего положения, манипулируя близким окружением. Очень часто такое рентное поведение становится основной причиной серьезных межличностных конфликтов, разводов.

Усложняют процесс профессиональной реабилитации и такие вневозрастные особенности инвалидов, как консервативность мышления, неадекватные самооценка и профессиональные намерения (недооценка или переоценка), неконкретность трудовых и жизненных планов, недостаточность знаний мира профессий и рынка труда, неуверенность в своих возможностях. Около 80 % инвалидов имеют отрицательную установку на профессиональное обучение (переобучение) и трудоустройство вообще.

Другая часть инвалидов (около 20 %) имели сформированные или формирующиеся новые жизненные перспективы, решимость получить новую профессию и заняться активным поиском работы. Эти намерения были в их жизни приоритетными. Необходимо отметить, что наличие таких планов совсем не исключало психологическую поддержку инвалидов для сохранения стабильно-положительного отношения к обуче-

нию (переобучению), уверенности в правильности профессионального выбора, собственных сил. Для этой группы людей на протяжении всех этапов комплексной реабилитации типичны повышенный эмоциональный тонус, активность, дисциплинированность, более быстрое сглаживание эмоциональных расстройств, восстановление коммуникативных навыков, возвращение чувства юмора, улучшение общего состояния здоровья, деятельное участие в лечении, создание обстановки психологического комфорта в ближайшем окружении (семья, близкие, друзья, соседи, коллеги). Помимо этого, они обладали жизненным равновесием, нередко общественной, спортивной и творческой активностью, доброжелательностью, отсутствием страха перед трудностями, ответственностью и самообладанием.

Таким образом, у данной группы инвалидов наблюдается стойкое изменение качества жизни, с ощущением своей социальной значимости, уверенности в себе.

Формирование активной жизненной позиции, адекватной профессиональной установки инвалиду – принципиальный фактор в достижении успеха всех направлений реабилитации и качественной интеграции в общество. Хорошее самочувствие (физическое и психологическое) – рентабельно.

«Этот мир ломает всех, многие от этого становятся только сильнее...» (Эрнест Хэмингуэй, «Прощай, оружие!»).

Р.Т. СКЛЯРЕНКО, О.А. ДАДАЕВА
Институт усовершенствования врачей-экспертов, г. Санкт-Петербург

МЕДИКО-ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ

Влияние совокупности внешних (клинико-функциональное состояние больного), внутренних (психологический статус) и социальных факторов необходимо учитывать при профессиональной реабилитации больных с заболеваниями позвоночника, в т.ч. со сколиотической болезнью.

Нами была проведена отработка медико-профессионального аспекта комплексной реабилитации подростков со сколиотической болезнью, которым проводилось оперативное и консервативное лечение в РНИДОИ им. Г.И. Турнера. Всего было обследовано 35 больных, в возрасте 13-18 лет, из них 27 девочек и 8 мальчиков. Хирургическая коррекция деформации проводилась 30 пациентам, остальным – консервативное лечение. В 28 случаях подростки проходили лечение по поводу диспластического сколиоза III-IV-й степени тяжести, у пяти наблюдался врожденный сколиоз V-й степени с прогрессирующим течением, у 2-х – нейрофиброматоз-I с кифосколиозом IV-й степени. Как правило, все больные были госпитализированы по поводу прогрессирования деформации позвоночника, что требовало консервативной и оперативной коррекции. Категорию «ребенок-инвалид» имели 26 детей.

Для выполнения поставленных перед нами целей, подросткам проводилось психологическое тестирование с помощью специальных методик (САН, экспресс-методика «Прогноз», тест Шмишека). С каждым из пациентов проводился научно-обоснованный подбор профессий, видов и форм обучения, обозначался круг противопоказанных факторов производственной среды, учебного и трудового процесса. Принимались во внимание потенциальные возможности и профессиональные интересы, специфику которых можно оценить с учетом возраста и образования на момент обследования.

В результате обследования были определены критерии, которые должны учитываться при оценке профпригодности подростков со сколиозом: характер течения; степень тяжести заболевания; законченность процесса; этиологические признаки прогрессирования и тип течения заболевания; наличие и выраженность сопутствующей соматической патологии; физическое развитие и биологическая зрелость; вид проведенного лечения, его эффективность и осложнения. Также мы предлагали заполнить специальные опросники, направленные на выявление преимущественной склонности к тому или иному типу профессий (дифференциально-диагностический опросник, экспресс-опросник «Ориентация», опросник профессиональных предпочтений – адаптация теста Дж. Холланда «Самонаправленный поиск»). В результате были выявлены критерии, которые также необходимо учитывать при проведении профориентации: 1) профессиональные намерения, склонности, интересы (личностные особенности), психологический статус школьника; 2) уровень развития профзначимых функций организма; 3) образовательный уровень; 4) социально-биологические факторы.

По результатам проведенного обследования, 25 подросткам рекомендованы умственные виды трудовой деятельности с обучением в средне-специальных учебных заведениях и ВУЗах, 3-м –

легкий физический труд (освоение ручных видов труда), 7 – как умственный, так и физический труд.

Таким образом, для успешного проведения комплексной реабилитации детей со сколиотической болезнью необходима своевременная работа с ними психологов, педагогов, лечащих врачей. Это поможет правильно оценить потенциальные возможности подростков с определением их профпригодности, корректировать отставание в развитии профессионально важных функций и качеств организма, провести научно-обоснованный подбор будущей профессии, видов и форм обучения, обозначить круг противопоказанных факторов производственной среды, учебного и трудового процесса.

Р.Т. СКЛЯРЕНКО, О.Н. ПУТОВА, М.М. МУСИЛОВ, А.А. ТАРАСОВ
Институт усовершенствования врачей-экспертов, г. Санкт-Петербург

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ СОСУДОВ И НЕРВОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Одной из причин тяжелого нарушения функций верхней конечности, приводящей к инвалидности и смене профессии (29,4-62,9 %) является одномоментное повреждение сосудов и нервов верхних конечностей.

Целью исследования являлась разработка научно-обоснованных рекомендаций по профессиональной реабилитации инвалидов с сочетанными травмами сосудов и нервов верхней конечности.

Был проведен клинико-реабилитационный анализ исходов травмы 106 инвалидов трудоспособного возраста в сроки 1-10 лет после травмы. Большинство пострадавших составили мужчины в возрасте до 40 лет (66 %), из них, 17,9 % – до 20 лет. Анализ социального положения пострадавших показал, что чаще всего получали травму рабочие машиностроительной, судостроительной промышленности и строительных организаций (67 %). В плане профессиональной реабилитации важное значение имеет уровень общего и профессионального образования обследованных. Полное среднее образование имели 16 человек, среднее – 40, среднее специальное – 35, высшее – 15. Профессиональное образование имели 47,2 %.

Трудовые возможности пострадавших оценивались с учетом суммарной функции кисти (СФК), которая рассчитывалась с учетом балльных оценок основных параметров (объем активных движений, основные виды захвата, мышечная сила кисти, чувствительность). Показатели СФК в значительной степени определяют реабилитационный потенциал пострадавших и являются основой для разработки мер по профессиональной реабилитации [1]. Из 106 пострадавших незначительные нарушения функции кисти (4 балла СФК) имели 16 чел., умеренные (3 балла) – 44, выраженные и значительно выраженные (1 и 2 балла) – 46.

При незначительном нарушении функции верхней конечности у больных страдают точные движения пальцев. Пациент может трудиться в любых профессиях, кроме работ, требующих напряжения мелких мышц кистей и точного захвата. Тем не менее, при достаточно высоком уровне образования реабилитационный потенциал таких больных может быть расценен как высокий. При умеренных нарушениях возможно сохранение трудовой деятельности, при условии снижения квалификации или уменьшения объема работы в профессии, где основные функции выполняет здоровая рука, а поврежденная – вспомогательную роль. Пострадавшим с выраженными или значительно выраженными нарушениями доступны лишь работы, в которых достаточно поддерживание или прижатие предмета поврежденной рукой или ее участие не требуется (административный труд, профессии умственного труда).

При тщательном сопоставлении прогностических факторов (вид травмы, уровень и характер повреждения, число поврежденных структур и др.) с требованиями, предъявляемыми определенными профессиями, во многих случаях уже при первичном освидетельствовании с высокой достоверностью можно судить о трудовом прогнозе пострадавшего, что позволяет своевременно проводить профессиональную реабилитацию.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Скляренко, Р.Т. Комплексная оценка возможностей реабилитации больных и инвалидов с последствиями сочетанной травмы магистральных сосудов и периферических нервов верхних конечностей: Метод. реком. /Р.Т. Скляренко, Л.А. Семеко, Г.С. Кокин, О.Н. Путова. – СПб., 1993.

В.Я. ЩЕБЕТАХА
Научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОБЛЕМЫ ЗАНЯТОСТИ ИНВАЛИДОВ

Переход к рыночному механизму хозяйствования повлек за собой коренные перемены в системе экономических отношений. Разрушение десятилетиями складывавшейся системы отношений и хозяйственных связей обусловило ряд негативных тенденций становления нового уклада жизни. Эти тенденции привели к ужесточению ситуации и на рынке труда. Обострение конкурентной борьбы ударило, в первую очередь, по гражданам, особо нуждающимся в социальной защите, в том числе по инвалидам. Проблемы в сфере занятости обусловлены несбалансированностью между рабочей силой и потребностью в ней; невысокой мобильностью инвалидов; низким уровнем профессиональной подготовки; слабой социальной защищенностью инвалидов.

Новая ситуация в экономике требует новой политики занятости, с учетом обозначенных проблем. В целях совершенствования системы профессиональной реабилитации и содействия занятости инвалидов следует организовывать рабочие места и субсидированную занятость для инвалидов; проводить ярмарки вакансий для инвалидов, их профессиональное обучение и переподготовку по приоритетным на рынке труда профессиям и специальностям. Необходимо проводить выставки изделий труда предприятий, использующих труд инвалидов, совместные мероприятия в сфере занятости с Комитетами по труду и социальной защите населения, общественными организациями инвалидов, предприятиями, использующими труд инвалидов.

Успех профессиональной реабилитации инвалидов зависит от общей социально-экономической ситуации в стране. Анализ этой ситуации показывает, что, начиная с 2000 г., социально-экономическое положение сначала стабилизировалось, а с середины 2001 г. наметились позитивные тенденции. На рынке труда возрос спрос на квалифицированных рабочих. По прогнозам, в ближайшее время ожидается рост числа безработных, в том числе инвалидов, естественно, доля безработных инвалидов должна расти. Без наличия механизмов регулирования рынка труда инвалидов решить эту проблему невозможно. А разработка этих механизмов возможна только на основе глубокого изучения оценки эффективности действующей системы содействия занятости инвалидов.

Л.А. БАСОВА, А.Н. БАСОВ
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, Новокузнецк

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЧНОСТИ В ПАРЕ «СПИНАЛЬНЫЙ БОЛЬНОЙ – УХАЖИВАЮЩИЙ ЗА НИМ»

Лечение и профилактика деформаций личности в паре «спинальный больной – ухаживающий за ним» проводилась с первых дней их поступления в клинику. Проведение активной психотерапии с больным вначале было практически невозможно из-за наличия у него сопутствующего тяжелого депрессивного синдрома, проявлявшегося глубокой подавленностью, снижением побуждений и энергетики, потерей чувства собственной ценности, повторяющимися мыслями о тягостной для окружающих его физической неполноценности и самоубийстве, пессимистическим видением будущего, психомоторной заторможенностью. Поэтому сначала применялась медикаментозная терапия депрессивного синдрома. Она включала в себя преимущественно антидепрессанты первого ряда (золофт, прозак, флуоксетин, коаксил), рекомендованные для применения в общемедицинской сети, как не имеющие выраженных побочных эффектов [1], а также транквилизаторы со стимулирующим, седативным и вегетостабилизирующим действием (грандаксин, реланиум и др.).

Одновременно начиналась психотерапевтическая работа с ухаживающим родственником, в которую, по мере редукции депрессивной симптоматики, вовлекался и спинальный пациент. Проводились сеансы интегративной психотерапии, включавшие в себя рациональную терапию, гипноз, элементы трансактного анализа, нейролингвистическое программирование (НЛП), гештальттерапии; широко обращались к идеям гуманистической психологии и религии. В частности, партнеров знакомили с основными составляющими человеческой личности в концепции Э. Берна: «Родитель, Взрослый, Дитя». Указывали на все негативные последствия, которые могут произойти в отношениях партнеров, если каждый из них допустит однобокое развитие в структуре своей личности (пациент – в сторону гипертрофии «Детского» эгосостояния, а ухаживающий – в сторону «Родительского»). Говорили о крайней важности сохранять разумное отношение к сложившейся ситуации, т.е. быть во «Взрослом» эгосостоянии [2]. Партнеров предупреждали о возможности развития таких разъединяющих пару отношений, которые в трансактном анализе рассматриваются как игра «Я бедная больная бедняжечка», когда один играет роль Жертвы, а другой Спасителя, но при этом оба являются Мучителями друг друга, что неизбежно приводит к эмоциональному истощению и фрустрации.

Очень широко использовалась логотерапия В. Франкла [3], заключавшаяся в поисках смысла жизни в данной ситуации, развитии духовной гибкости для того, чтобы партнеры могли регулировать свое поведение в соответствии с возможностями, которые им предоставила жизнь. Говорилось о том, что во многих случаях спинальным больным доступна реализация созидательных ценностей, когда пациент творчески овладевает профессией, ремеслом (а в некоторых случаях может заниматься наукой, искусством), что приносит пользу ему, его семье и окружающим. Этой группе больных доступны ценности переживания, которые человек извлекает из красоты и любви. Например, можно переживать глубокие чувства, придающие смысл жизни, при прослушивании любимой музыки, при пребывании на природе, при любовании шедевром живописи, поэзии и т.д. Самые же главные ценности, которые может и должен реализовать спинальный больной (это особенно касается случаев наиболее неблагоприятного течения болезни) – ценности отношения, относящиеся к разряду высших ценностей. Это то мужество, с которым он принимает свой удел; достоинство, с каким он несет «свой крест»; спокойствие, доброта, любовь и бескорыстие, которые он проявляет. Все это является мерилом того, насколько он состоялся как человек.

Часто помогало обращение к религии. С этой точки зрения наличие любого заболевания предопределено Богом и имеет смысл: человеку дается испытание в виде тяжелой болезни, чтобы он воспитал у себя такие высшие христианские качества, как смирение, терпение, альтруизм, умение творить добро и быть человеком в любых обстоятельствах. Это необходимо как для спасения больного, так и всего человечества. Говорилось о том, что «уныние – большой грех». Убеждение в том, что отдавать, быть полезным другим, сохранять в любых обстоятельствах главные человеческие ценности: веру, надежду, любовь, мудрость, делать мир лучше – это хорошо, – обеспечивало мощный источник смысла и принималось большинством верующих и неверующих пациентов и ухаживающих за ними.

Активно проводилась библиотерапия. Врачом-психотерапевтом подобрана специальная литература, из которой больные и ухаживающие за ними могли почерпнуть необходимые психологические знания, обогатиться опытом практического выживания в подобных ситуациях, что также помогало успешной реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Смулевич, А.Б. Депрессии в общемедицинской практике /А.Б. Смулевич. – М., 2000. – 160 с.
2. Берн, Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры /Э. Берн. – М., 1998. – 398 с.
3. Франкл, В. Человек в поисках смысла /В. Франкл. – М., 1990. – 368 с.

Л.А. БАСОВА, А.Н. БАСОВ
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, Новокузнецк

О ДЕФОРМАЦИЯХ ЛИЧНОСТИ В ПАРЕ «СПИНАЛЬНЫЙ БОЛЬНОЙ – УХАЖИВАЮЩИЙ ЗА НИМ» В МОДЕЛИ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА

Основоположник трансактного анализа Э. Берн [1] разработал модель личности, состоящую из трех эгосостояний, обозначаемых как Родитель, Взрослый и Дитя. Находясь в «Родителе», человек ведет себя так, как ведут себя матери и отцы с малыми детьми – материально обеспечивает, ухаживает, проявляя заботу и нежность; контролирует их поведение, при необходимости критикует и наказывает. «Взрослое» эгосостояние – это «голос разума» в человеке, обеспечивает наилучшую адаптацию личности в реальных условиях. «Детское» эгосостояние – набор стратегий поведения, мыслей и чувств, присущих детскому возрасту.

Все три аспекта личности чрезвычайно важны для ее нормального функционирования. Зрелый, гармонично развитый человек, в зависимости от требований сложившейся ситуации, может вести себя как Родитель, как Взрослый или как Дитя. Но иногда бывает, что человек практически прекращает пребывать в определенных эгосостояниях, сосредоточиваясь преимущественно в каком-то одном, что расценивается как деформация личности.

За период 2000-2002 гг. врачом психотерапевтом обследовано и пролечено 210 больных с травматической болезнью спинного мозга. Наш опыт работы показал, что у 32 % больных, имеющих тяжелые последствия заболевания (параличи, парезы, тазовые расстройства), со временем развивается деформация личности, как больного, так и ухаживающего за ним близкого человека. В личности спинального больного происходил крен в сторону гипертрофии «Детского» эгосостояния при явном уменьшении «Взрослого» и «Родителя». Поведение, чувства и мысли пациентов были как у обиженного беспомощного ребенка, и заключались в ощущениях слабости, неполноценности, униженности. Они мучались чувствами безысходности и бесполезности прилагаемых усилий в борьбе с тяжелым недугом. Проявляли эгоизм, отказываясь от ответственности за свое поведение и от своих социальных обязательств. Они, по Э. Берну [1], исполняли роль Жертвы в психологических играх. В зависимости от особенностей деформации личности пациента, мы определяли его как «Дитя Адаптированное» или как «Дитя Бунтующее».

В первом случае мы имели пассивного безынициативного больного, не стремящегося что-либо изменить в своем состоянии, патологически приспособившегося к тому, что есть. Он полностью перекладывал заботу о восстановлении своих физических и социальных функций на медперсонал и ухаживающего за ним, постоянно нуждался во внешней стимуляции и контроле. При этом прекращалось всякое позитивное развитие его личности. Больной удовлетворялся, по А. Маслоу [2], самыми простыми потребностями: наличием пищи, одежды, крыши над головой и т.п.

В случае пребывания пациента в состоянии «Бунтующего Ребенка», отмечались его капризность, постоянное раздражение и недовольство, обидчивость, нетерпеливость, конфликтность, безжалостность, эгоцентризм (он одновременно исполнял и роль Жертвы, и роль Мучителя окружающих в играх «Я бедная больная бедняжечка», «Скандал», «Это все из-за тебя»).

Одновременно с деформацией личности спинального больного, часто искажалась и структура личности ухаживающего за ним супруга или другого родственника. Это искажение обычно являло собой преимущественную фиксацию себя в эгосостоянии «Родителя» (в роли Спасителя в игре «Я бедная больная бедняжечка») с отключением «Взрослого» и «Детского» эгосостояний

(таков закон коммуникации: если один в паре ведет себя как «Дитя», то другой вынужден выступать в роли «Родителя»). У ухаживающего, даже при всей его изначальной любви к больному, постепенно возникали дискомфорт, усталость от принятой на себя ответственности за судьбу пациента, от постоянного пребывания в роли «Родителя-Спасителя». Он одновременно чувствовал себя и Жертвой этой роли. У ухаживающего практически не функционировало «Детское» эгосостояние (на это не оставалось ни времени, ни сил), а ведь только «Детская» часть личности дает нам возможность радоваться, удивляться, творить, восхищаться, чувствовать неповторимость жизни.

Ухаживающий испытывал сильнейшую фрустрацию, проявлявшуюся либо астено-депрессивной симптоматикой, либо психопатоподобным поведением, с раздражительностью, взрывчатостью, гневливостью, конфликтностью, когда он, истощив терпение, входил в роль Мучителя того, кого опекал. В итоге пара «больной-ухаживающий» либо распадалась, либо продолжала невротическое функционирование по типу «одиночество вдвоем», когда каждый замыкался на своих переживаниях, не интересуясь состоянием партнера. Спинальный больной, оставшись без поддержки, не справлялся с требованиями жизни. Он или деградировал и погибал, уходя в пьянство, наркотики, или был вынужден проводить жизнь в доме-интернате для инвалидов.

Деформации в структуре личности спинальных больных и ухаживающих за ними, их негативные последствия убедительно показывают крайнюю необходимость их психотерапевтического лечения и реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Берн, Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры /Э. Берн. – М., 1998. – 398 с.
2. Маслоу, А.Г. Мотивация и личность /А.Г. Маслоу. – СПб., 1999. – 478 с.

Ю.П. ПЕРЕПОНОВ
Московский государственный социальный университет, г. Москва

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Необходимость комплексного подхода в решении задач по реабилитации лиц с ограниченными возможностями не вызывает сомнений не только в рядах специалистов, но и среди лиц, волею случая оказавшихся рядом с людьми, имеющими подобные проблемы. К сожалению, на сегодняшний день нет единой системы проведения реабилитационных мероприятий, способной сосредоточить комплекс действий специалистов, направленных на оптимизацию восстановительных действий в разных группах пациентов.

Значительные перемены затронули основные понятия и положения в системе помощи людям с ограниченными возможностями.

Инвалидность стала рассматриваться как социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловивших ограничение жизнедеятельности и необходимость социальной защиты.

Иными словами, лишний раз находит свое подтверждение тезис о том, что инвалидность является интегральным показателем здоровья населения, условий жизни, труда, быта, среды существования (Декларация ВОЗ). В контексте данного положения можно с полным основанием утверждать, что стержнем социальной политики по отношению к инвалидам является реабилитационное направление, опирающееся, прежде всего, на социальные механизмы компенсации и адаптации.

Одним из важнейших аспектов реабилитационного направления является профессиональная реабилитация, которую закон «О социальной защите инвалидов в РФ» рассматривает как самостоятельный вид реабилитации инвалидов. По нашему мнению, вообще подразделение реабилитации инвалидов только на 3 вида (медицинскую, профессиональную и социальную), как это отражено в названном законе, носит весьма условный характер. Методологически корректнее рассматривать профессиональную реабилитацию как аспект комплексной, многопрофильной реабилитации инвалидов, несмотря на чрезвычайную важность и многоемкую содержательность первой.

Другим, несомненно, важным аспектом проведения реабилитационных, в самом глубоком смысле этого понятия, мероприятий является педагогическая и психологическая коррекция и/или сопровождение. При этом вопрос необходимо ставить не только о получении образо-

вания собственно инвалидами, но и о подготовке кадров для работы с данным контингентом населения.

Можно с уверенность заявить, что непременным условием решения любой проблемы, в том числе инвалидности, является наличие профессионально подготовленных кадров. В этом отношении предстоит определить номенклатурный перечень специалистов в области инвалидности в соответствии с международными стандартами, выяснить потребность в них, обеспечить организационно-методическую базу для их обучения и последующего трудоустройства. Первоочередной задачей является правовое признание реабилитологии как сферы научной и практической деятельности.

Психологический аспект, а точнее психологическая и психосоциальная коррекция лиц с ограниченными возможностями, также носит неоднозначный характер. Какие варианты психологической поддержки и коррекции выбрать в каждом конкретном случае? Какое для данного пациента значение имеют внутрисемейные взаимоотношение? Как уберечь самих специалистов от возможной психологической деформации личности при длительной работе с инвалидами? Вот далеко не полный перечень вопросов, связанных с психологическим обеспечением лиц с ограниченными возможностями, который можно представить на обсуждение.

Резюмируя все выше сказанное, следует отметить, во-первых, факт несомненного прогресса в системе медицинского, социального и педагогического обеспечения инвалидов. Все основные проблемы вышли на государственный уровень. Во-вторых, необходимо подчеркнуть необходимость создания единых требований к проведению реабилитационного процесса в различных категориях граждан. И в третьих, хотелось бы выделить особое положение специалистов, занимающихся с указанной выше многочисленной группой наших соотечественников, с целью предупреждения развития у них упомянутых нарушений.

Е.Б. РОМАНЦОВА, А.С. НАЗАРОВА, О.Б. ПРИХОДЬКО, Н.Н. ПЕТРОВА
Амурская государственная медицинская академия,
Центр социальной помощи семье и детям, г. Благовещенск

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

За последние годы отмечается рост инвалидности как среди взрослого, так и среди детского населения. Проведение восстановительного лечения у детей-инвалидов рассматривается как единый медико-психолого-педагогический процесс, включающий, кроме комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий, психологическую коррекцию, направленную на выявление личности пациента, особенностей функционирования семьи.

Целью исследования явилось изучение психологических особенностей детей-инвалидов, страдающих бронхиальной астмой и разработка мер по их психологической реабилитации.

Методы исследования: клинико-анамнестический, исследование психологических особенностей личности проводилось с использованием опросников Айзенка (психофизиологические свойства личности экстраверсия-интроверсия, эмоциональная неустойчивость-стабильность), Ч. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (тревожность), методика PARI, адаптированная Т.В. Нещерет (детско-родительские отношения), А.Е. Личко, В.И. Вассерман и др. (типы отношения к болезни).

У наблюдаемых нами 31 больных с инвалидностью по аллергической бронхиальной астме дебют заболевания развился в раннем детском возрасте (12 чел.), дошкольном (9 чел.), школьном (10 чел.). По полу преобладали мальчики – 22 чел. (71 %). Течение астмы, развившейся у детей раннего возраста, мы проследили в динамике до подросткового периода. Аллергическая наследственность отмечена у 25 детей (80,6 %), при этом у большинства из них матери страдали бронхиальной астмой, обострявшейся во время беременности. У 27 детей (87,1 %) наблюдалась перинатальная энцефалопатия. У всех больных отмечалась аллергическая патология со стороны других органов (аллергический ринит, атопический дерматит), из сопутствующих заболеваний – патология желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы.

Изучая психологические особенности детей-инвалидов, страдающих тяжелой бронхиальной астмой, мы установили, что на течение болезни во многом влияет тип отношения больного к своему заболеванию, свойства темперамента, степень личностной и ситуативной тревожности, длительность заболевания и время дебюта астмы. Также важен психологический климат в семье и отношение родителей к заболеванию ребенка. Большинство больных были склонны к

самоизоляции, имели интравертивные свойства (74 %), отмечалась высокая и очень высокая степень тревожности. Гармоничное отношение к заболеванию наблюдалось лишь у 25,8 % больных. Углубленное изучение семейных отношений (особенности воспитания, функционирование семьи, отношение родителей к заболеванию и инвалидности ребенка) выявило наибольшую значимость таких ситуаций, как распад семьи, неполная семья или конфликтные отношения в семье (1/3 случаев); материальные затруднения в связи с содержанием ребенка-инвалида (1/2 семей), переезд на новое место жительства, смена привычного круга общения (одноклассники, друзья, учителя), трудности в установлении контакта в новом круге общения (1/5 случаев).

При тестировании матерей отметили, что наиболее значимыми являются проблемы «безучастности» мужа, его «невключенность» в дела семьи (64,5 %), ощущение самопожертвования в роли матери (около 80,6 %). Оптимальный эмоциональный контакт с ребенком наблюдался у 61,3 % тестируемых матерей, излишняя эмоциональная дистанция с ребенком – у 19,3 %, излишняя концентрация на ребенке, сопряженная с чрезмерной заботой и установлением отношения зависимости, – у 25,8 %.

Мы выявили эмоциональное отвержение ребенка, неприятие его индивидуальных особенностей (41,9 %) и, в то же время, излишнюю тревожно-мнительную концентрацию внимания на здоровье ребенка (51,6 %), чрезмерное вмешательство в его мир (29 %), навязывание ребенку единственно правильного типа поведения, подавление воли, сочетающееся в половине случаев с излишней суровостью. Дисгармоничные родительско-детские отношения во многом определяют дальнейшую адаптацию ребенка в обществе, что ведет к социальной дезадаптации, инфантилизму, «уходу» в болезнь или же к недооценке своего заболевания.

Таким образом, важным в реабилитации детей-инвалидов, страдающих тяжелой бронхиальной астмой и имеющих нарушения психоэмоционального состояния, является семейное психологическое консультирование с участием всех членов семьи. При этом необходимо использовать ролевые игры, проективные методики (рисунок семьи, несуществующего животного и др.), позволяющие выявить имеющиеся в семье проблемы и проводить психолого-психотерапевтическую коррекцию семейных отношений, эффективность которой мы отметили у 2/3 наблюдаемых нами на протяжении ряда лет семей.

Е.Ф. САМОЛОВОВА
Государственная служба МСЭ, г. Тюмень

ИНВАЛИДНОСТЬ И ИЗМЕНЕНИЕ ЛИЧНОСТИ

За период 2002 г. с целью разработки рекомендаций для составления ИПР по психологическому блоку обследовано 257 человек из пяти бюро МСЭ: травматологическое, бюро № 1, бюро № 4, педиатрическое и фтизиатрическое. Выборка не позволила сделать объективный анализ по группам с однотипными заболеваниями, поэтому в данной публикации мы представили обобщенный анализ по группам больных из того или иного бюро. Специализированные бюро (травматологическое и фтизиатрическое) представлены более конкретно, по заболеваниям; межрайонные бюро № 1 и № 4, а также педиатрическое – инвалиды с различными заболеваниями. Все испытуемые, кроме детей, трудоспособные инвалиды. Из них, 56 инвалидов из педиатрического бюро в возрасте 16-18 лет. Анализ проводился по результатам теста СМИЛ (Стандартизированный метод исследования личности), полный вариант. Оценки по любым измеряемым параметрам представлены с учетом поло-возрастных норм (таблица 1).

Рассмотрим в сравнении полученные данные. Самые благополучные в психологическом плане инвалиды – это дети-инвалиды. Их личностные показатели не выходят за границы нормы. По данным обобщенных оценок, 13 детей (23,2 %) демонстрируют аггравацию от легкой до умеренной степени. Среди взрослых инвалидов, аггравацию от легкой до выраженной степени обнару-

Таблица 1
Обобщенные показатели структуры личности инвалидов

	Т-баллы												
Шкалы СМИЛ	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	MF	Pa	Pt	Sh	Ma	Si
Бюро №1	54	78	55	81	82	76	75	59	74	74	83	58	69
Бюро №4	56	75	58	84	82	76	76	56	72	77	84	62	66
Фтиз. бюро	57	72	58	76	81	66	69	61	64	71	75	55	64
Педиатр. бюро	50	65	55	65	67	60	66	60	61	64	68	67	57
Средние оценки	56	75	56	82	83	72	75	60	69	73	81	61	64

жили 127 человек (63 % от общего количества). В частности, показатели аггравации в травматологическом бюро составили 61,1 %, во фтизиатрическом – 50 %, в бюро № 4 – 67,7 %, в бюро № 1 – 70,7 %.

Среднестатистический инвалид в возрасте 16-18 лет отличался от взрослого-инвалида тем, что у взрослых отчетливо сформированы такие особенности личности, как ипохондричность (74,1 %), выраженный депрессивный фон (77,1 %) и шизоидность (77,1 %). Эти личностные факторы существенно влияют на истощаемость нервной системы. Все взрослые инвалиды, прошедшие психологическую диагностику, трудоспособные, ограничения жизнедеятельности по показаниям заболевания и их физическое состояние не должно в значительной степени отличаться от ограничений жизнедеятельности инвалидов в юношеском возрасте. Вместе с тем, личностные особенности у взрослых сформированы в течение заболевания так, что больной настроен на болезнь. Подросток-инвалид еще не осознает те «плюсы», которые он получает в социуме за счет инвалидности. Он живет в среде сверстников, где инвалидность не приветствуется и не культивируется. Ребенок в своей жизни не планирует быть больным, он хочет быть как все его сверстники. Конечно, некоторые дети (25-30 %) уже понимают выгоду инвалидности. Это мировоззрение сформировано родителями и значимыми взрослыми. Несомненно, что одним из факторов, влияющих на формирование направленности на болезнь, является социально-экономический фактор. В итоге возникает проблема формирования мотивации на оздоровление.

Решение этой проблемы зависит от реализации многих задач. Первая – повышение благосостояния населения. Вторая – увеличение количества реабилитационных учреждений для инвалидов, где предусмотрена психологическая реабилитация.

В настоящее время в службах МСЭ специалисты работают с инвалидами не на профилактику возникновения этой проблемы, а со следствием, что не дает желаемой картины психологической реабилитации.

Высока вероятность того, что снижение мотивации на оздоровление, направленность на пассивность инвалида отражается и на интеллектуальной продуктивности. Изучение интеллектуальных показателей инвалидов для разработки рекомендаций в ИПР проводилось с помощью интеллектуального теста Амтхауэра. В целом, по усредненным оценкам, интеллектуальный потенциал прошедших обследование инвалидов находится в интервале «ниже среднего – средний» (таблица 2).

Из числа всех обследованных, у 58,5 % инвалидов интеллектуальный потенциал находился в пределах «низкий» и «ниже нормы». Процент подростков, обучаемых на уровне среднего профессионального и высшего профессионального образования составил 59 %. В среде здоровых детей этот показатель равен 70-80 %, в зависимости от уровня школы.

Эмоциональное состояние человека и мотивационная направленность тесно взаимосвязаны. Изучение структуры эмоций проводилось по методике «8-цветный тест М. Люшера», с расчетом вегетативного коэффициента (ВК), суммарного отклонения от аутогенной нормы (СО), автономность/гетерономность (Г), эксцентричность/концентричность (К), баланса личностных свойств (ЛБ), вегетативного баланса (ВБ), работоспособности (Р), наличия стрессового состояния (С) (таблица 3).

В целом по сборке, оценки коэффициентов эмоционального состояния инвалидов находились в пределах нормы. Рассматривая результаты исследований в частности, получены данные, характеризующие различия в оценках, в зависимости от принадлежности к бюро. К примеру, в Тюменское бюро № 1 (по общим заболеваниям) обратились инвалиды, психофизиологическое состояние которых, в основном, характеризовалось направленностью на пассивность, на энергосбережение. У них отмечался эмоциональный дискомфорт в общении, ярко проявлялась сконцентрированность на собственных проблемах. У большинства инвалидов из этого бюро (77,8 %) отмечен внутриличностный конфликт. Всем этим людям требуется психологическая помощь, которая может осуществляться посредством индивидуальных консультаций, групповой психокоррекции.

Среди всех бюро, без педиатрического, самое благополучное по эмоциональному и функциональному состоянию Тюменское бюро № 4 (по общим заболеваниям). У 71 % инвалидов рабо-

Таблица 2

Обобщенная таблица усредненных оценок по тесту интеллекта Амтхауэра

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	общая
Ср. по сборке бюро №1	4,9	4,5	4,5	3,6	4,2	3,8	4,8	5,8	3,5	3,7
Ср. по сборке бюро №4	4,8	4,6	4,3	3,8	4,2	3,6	6,2	5,3	3,6	3,9
Ср. по сборке фтизиатр.	5,1	4,4	4,9	4,4	4,8	4,1	5,2	5,1	3,5	4,1
Ср. по сборке педиатрич.	5,6	5,9	5,4	4,9	4,4	4,3	5,5	5,5	5,2	4,6
Средние по сборке	5,1	4,85	4,775	4,175	4,4	3,95	5,425	5,425	3,95	4,075

Таблица 3
Таблица усредненных оценок по коэффициентам 8-цветного теста М.Люшера

	ВК	СО	Г	К	ЛБ	ВБ	Р	С
Ср. по сборке бюро №1	4,9	6,4	6,3	6,1	6,2	4,6	5,3	5,8
Ср. по сборке бюро №4	5,2	5,6	5,7	5,7	5	5,4	6,2	4,7
Ср. по сборке фтизиатр.	5,1	4,8	4,7	5,8	5,9	5,2	6,6	4,7
СР. по сборке педиатр.	6,4	5,2	6,1	4,7	5,2	6,5	6,4	3,8
Средние по сборке	5,2	5,6	5,6	5,8	5,8	5,3	5,9	5,1

тоспособность в пределах нормы и выше. Стрессоустойчивость в норме и выше нормы у 70,6 % инвалидов. В то же время, инвалиды из бюро № 1 и № 4 различались только по географии проживания. Для объяснения ситуации необходимо провести дополнительный анализ по нозологии и социологическое исследование социально-экономических факторов.

Дети-инвалиды, обратившиеся по вопросам профориентации, находились в нормальном эмоциональном состоянии. У 76,4 % детей-инвалидов уровень работоспособности средний и выше среднего. Стрессоустойчивость в этих пределах — у 75 % детей. При этом у 38,9 % подростков отмечался внутриличностный конфликт.

У 57 % подростков отмечались хорошее функциональное состояние, направленность на активность, энергозатраты. Дети более эксцентричные, у большинства (72 %) сформирована активная потребность в общении.

Подводя итоги проведенной работы, можно сделать следующие выводы:

- психологическая помощь в любом учреждении должна быть направлена на решение личностных проблем инвалида, формирование мотивации на оздоровление и на успешную социальную адаптацию;
- актуальна организация профилактической психологической помощи хроническим больным или больным с длительным сроком реабилитации (потенциальным инвалидам) в учреждениях здравоохранения;
- реабилитационные мероприятия должны быть комплексными, с использованием всех возможностей региона (межведомственный подход), составляющими единый реабилитационный цикл;
- в учреждениях медико-социальной экспертизы необходимо организовать точки (центры, отделения) первичной психологической помощи, которые, вместе с тем, будут являться координационными центрами по организации психологической помощи инвалидам.

Н.Л. СЮНЕВА, Н.С. КРАСКОВА, Ю.В. МЕДВЕДЕВА, В.Ф. СТАФЕЕВ
Школа-интернат № 22, Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ

Практика коррекционно-реабилитационной работы в условиях школы-интерната с детьми, страдающими тяжелыми нарушениями речи, свидетельствует об актуальности первичной профилактики и донозологической диагностики на дошкольном этапе.

В школу-интернат, как правило, поступают дети в запущенной стадии заболевания и нередко инвалиды. Из общего числа учащихся государственного общеобразовательного (коррекционного) учреждения V-го вида школы-интерната № 22 около одной трети (33 %) составляют дети-инвалиды. Это дети со сложной структурой нарушений (тяжелое нарушение речи в сочетании с интеллектуальной недостаточностью или нарушением слуха). С ними проводится целенаправленная систематическая работа. Их статус инвалидов систематически подтверждается медико-социальной экспертной комиссией. План реабилитации составляется при участии медицинских работников, психологов, логопедов, дефектологов и педагогов; согласовывается со специальными учреждениями (психоневрологическим и другими отделениями стационаров, специалистами поликлиник, РПМПЦ, МСЭК), с учетом мнения родителей. План включает широкий комплекс реабилитационных мероприятий. Таким образом, задействованы значительные ресурсы. Эта работа проводится с первых дней пребывания детей в школе-интернате. Однако следует признать, что более половины из них имеют низкий реабилитационный потенциал или он полностью отсутствует (58,3 %). Мы считаем, что результат реабилитационной работы у этого контингента мог бы быть выше, если бы она начиналась на донозологическом уровне,

своевременно были бы включены механизмы профилактики.

В настоящее время имеются правовые предпосылки для обеспечения равных возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод инвалидов вообще, и детей-инвалидов, в частности. В таких государственных программах, как «Дети-инвалиды» (1993 г.), «Социальная поддержка инвалидов на 2000-2005 гг.», продекларированы не только вопросы медико-социальной помощи детям-инвалидам, но и вопросы профилактики. Определены такие важные направления деятельности, как специализированная медико-социальная экспертиза педагогического профиля, система доступа к информации и сооружениям. Определены концептуальные подходы к пониманию проблемы инвалидизации, решается создание единого регистра детей-инвалидов.

Вместе с тем, на наш взгляд, законодателем недостаточно четко прописаны правовые основы профилактики и донозологической диагностики инвалидизирующих заболеваний. Важность такого направления деятельности связана с тем, что возникновение инвалидизации имеет место в различные периоды жизни ребенка, а также связано с ответственностью различных служб медико-социального и педагогического направления и с системой мер охраны материнства и сохранения репродуктивного здоровья в целом. Должны быть более четко определены не только последовательность и преемственность наблюдения, оценки здоровья, документальное оформление, но и показатели эффективности деятельности, правовой ответственности учреждений и специалистов. Необходима оценка эффективности этой работы, как на индивидуальном, так и на популяционном уровне (региона).

Важным направлением работы, которое может быть положено в основу методического и правового обеспечения профилактики, донозологической диагностики инвалидизирующих заболеваний и организации своевременной реабилитационной работы, является оценка риска.

Конкретно для профильной группы детей в школе-интернате нами делается попытка определить наиболее важные факторы обусловленности данной патологии. Важным аспектом этого направления деятельности в дальнейшем видится использование возможностей социально-гигиенического мониторинга региона.

В классическом алгоритме оценки риска важное место занимает такой компонент, как оповещение о риске. В системе профилактики детской инвалидности он также должен занимать достойное место. Должна быть повышена информированность населения, особенно репродуктивного возраста, будущих матерей, о факторах риска, о возможных путях и способах профилактики возникновения инвалидизирующих заболеваний, о службах медико-социальной помощи, оказывающих подобные услуги.

В условиях школы-интерната нами делается попытка организовать планирование медико-социального, психологического сопровождения с учетом элементов прогноза риска. Но уже на первом этапе испытывается недостаток исходной информации о детях, особенно в антенатальном и неонатальном периодах, и уровне их медико-социального обеспечения на преинабильном, диагностическом, реабилитационном этапах. При проведении данной работы мы рассчитываем на плодотворное сотрудничество со всеми заинтересованными учреждениями, на позиционирование отдельных направлений профилактической деятельности школы-интерната на всю республику.

Н.Н. ФОГЕЛЬ, Д.А. ПОПКОВ
ГУН Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А. Илизарова, г. Курган

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОЦЕССА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МЕТОДОМ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Любое заболевание, в том числе врожденная патология развития опорно-двигательного аппарата, является сильным психотравмирующим фактором, тем более, когда речь идет о формирующейся психике ребенка. Помимо переживания чувства неполноценности, связанного с функциональными ограничениями и эстетической неудовлетворенностью, на ребенка-инвалида воздействует ряд негативных факторов социального характера. Это чрезмерное внимание окружающих, в ряде случаев недоброжелательное отношение сверстников, невозможность в полной мере участвовать в играх с ровесниками, неполная семья (распавшиеся семьи, как следствие рождения физически неполноценного ребенка), рождение второго здорового ребенка,

психический травматизм в связи с операциями и длительным лечением.

Медицинская реабилитация детей-инвалидов при помощи метода Илизарова, решая проблему ортопедической реабилитации больного, решает также и проблему психо-социальной реабилитации пациента в обществе.

Проведенное нами исследование базировалось на предположении о наличии у ребенка-инвалида возможных проблем в личностной, эмоционально-волевой, характерологической и социальной сферах. Задачами исследования явились изучение влияния данных проблем на успешность социально-психологической адаптации к лечению методом чрескостного остеосинтеза и к микросоциальному окружению ребенка в клинике.

Психологическое обследование проходило в несколько этапов – до операции, в период дистракции, в период фиксации, после снятия аппарата, по приезду на контрольный осмотр через 1,5-2 мес. со дня выписки. В среднем, сроки пребывания на лечении составили 121 + 26 дней. Для оценки актуального психоэмоционального состояния, на всех 5 этапах обследования использовалась методика «Метод цветовых выборов» (МЦВ) – адаптация теста М. Люшера, Л. Собчик. Личностные особенности изучались при помощи теста Р. Кеттелла (тест проводился дважды, на дистракции и фиксации). Фрустрационная толерантность изучалась с помощью теста С. Розенцвейга. Для оценки семейных отношений использовались проективный тест «Рисунок семьи» и тест «Опросник родительского отношения» (Варга-Столин), выполняемый родителями ребенка. В качестве ориентирующей, указывающей на наличие психологических проблем, применялась методика «Рисунок несуществующего животного».

Обследованы 64 пациента в возрасте 7-12 лет с врожденными и/или приобретенными в раннем детстве нарушениями развития конечностей, проходившие лечение в Российском научном центре «Восстановительная травматология и ортопедия» (РНЦ «ВТО»), г. Курган.

Сравнительный анализ данных выявил следующее:

1. Уровень ситуативного напряжения и тревоги указывает на большую психоэмоциональную нестабильность в группе мальчиков 7-12 лет (n = 28), более низкий показатель коэффициента вегетативности (депрессивность, пониженный тонус), повышенную тревогу и напряженность, переживания и страхи (особенно в период дистракции) (результаты теста МЦВ).
2. Изменение психологического самочувствия детей на этапах лечения имеет позитивную динамику. Сравнение результатов МЦВ показало повышение тревоги за счет эмоциональной реакции на операцию и начало лечебных манипуляций. В период фиксации показатели тревоги становились ниже предоперационного уровня. При последующих обследованиях тенденция к снижению сохранялась.
3. Отсутствие выраженных признаков дезадаптации в личностной сфере детей на этапах реабилитации (по тесту Кеттелла, значения факторов находятся в средней зоне, отсутствуют критические значения).
4. Отношение родителей к ребенку-инвалиду, при общем принятии и заинтересованности в его делах и планах, носит характер чрезмерной опеки и авторитарного руководства, сомнений в личной и социальной состоятельности ребенка (тест Варга-Столина, процентильные ранги: шкала 3 – 72,19; шкала 4 – 77,75; шкала 5 – 69,09).
5. Лечение по методу Илизарова, компенсируя физический дефект оперативными методами, увеличивает резервные психологические механизмы адаптации и интеграции в социум больных ортопедического профиля.