

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616-036.86-058

В. М. Волкова, Ю. Б. Голубева, Н. В. Беляк, О. Э. Гаевская

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОМОЩЬЮ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОДЕЖДЫ

ФГУ Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта Федерального медико-биологического агентства

*Рассматриваются различные группы инвалидов, дифференцированные по уровню и характеру поражений опорно-двигательной системы и другим заболеваниям и их последствиям, анатомо-функциональные возможности которых определяют потребность в назначении специальной одежды.*

*До настоящего времени в нашей стране специальная одежда как средство реабилитации разрабатывалась только для безруких инвалидов. Однако практика показала, что в специальной функционально-эстетической одежде нуждаются и другие контингенты инвалидов.*

*Создание специальной одежды, конструктивно способной компенсировать утраченные функции или создать удобства и иллюзорно скрыть пораженные недугом части тела, является весьма актуальной задачей как в медицинском, так и социальном аспектах.*

**Ключевые слова:** опорно-двигательная система, ампутация, дефект, инвалид, реабилитация, адаптация, специальная одежда, функционально-эстетическая одежда, технические средства реабилитации, протезно-ортопедические изделия.

### MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF REHABILITATION OF INVALIDS WITH HELP OF SPECIAL CLOTHES

V.M Volkova., Yu.B.Golubeva, N.V.Belyak, O.E.Gayevskaya

*Various groups of invalids differentiated according to the level and character of locomotor system lesions and other diseases and their consequences, whose anatomic-functional opportunities demand to administer special clothes wearing, were considered in the article. Special clothes as rehabilitation means were developed in our country to present day for the armless invalids only. However the practice has show that other contingents of invalids also need special functional-aesthetic clothes. Development of special clothes able to constructively compensate the lost functions or to create comfort and to hide by illusion the parts of the body damaged by the ailment is quite topical and task both in medical and in social aspect.*

**Key words:** locomotor system, amputation, defect, invalid, rehabilitation, adaptation, special clothes, functional-aesthetic clothes, technical means of rehabilitation, prosthetic-orthopedic ware.

В настоящее время в нашей стране на основании Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» к категории «инвалид» относят как военных, так и гражданских лиц, имеющих врожденные или приобретенные психосоматические заболевания. В этой связи, согласно ст. 1 Закона, понятие «инвалид» трактуется следующим образом:

Инвалид — лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты [1, 7].

Иными словами, получение человеком статуса «инвалид» означает, что у него существуют серьезные проблемы со здоровьем и его возможности, в том числе возможность трудиться, ограничены, в связи с чем инвалидов еще называют людьми с ограниченными возможностями. Именно такое определение в отношении этой категории лиц используется во многих западных странах, а в России официально признан термин «инвалид», получивший законодательное закрепление [7].

После вступления в силу Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» была создана нормативная правовая база, определяющая порядок признания лица инвалидом.

Постановлениями Правительства Российской Федерации создана государственная служба медико-социальной экспертизы, утверждено Положение о порядке признания граждан инвалидами [5, 6]. В основу определения инвалидности заложены принципиально новые критерии, характеризующие не утрату способности к труду в обычных условиях, а нарушения жизнедеятельности человека. Совместным постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации утверждены классификация и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы [4].

Нарушения (или ограничения) жизнедеятельности — это полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет — категория «ребенок-инвалид» [7].

В развитие положений закона, содержащего понятия основных аспектов реабилитации, федеральной базовой и индивидуальной программ реабилитации,

Правительством Российской Федерации издан ряд постановлений и распоряжений по указанным вопросам. Благодаря этому расширились возможности реабилитации инвалидов, в том числе за счет обеспечения протезно-ортопедическими изделиями и специальной функционально-эстетической одеждой, впервые отнесенной к разряду технических средств реабилитации еще в 1991 г. [3]. Обеспечение различных контингентов инвалидов специальной одеждой, комфортной и удобной в обращении, позволит в значительной мере повысить их уровень самообслуживания и тем самым снизить ограничения жизнедеятельности.

Самообслуживание — это один из видов жизнедеятельности человека, который может ограничиваться вследствие нарушения здоровья. В понятие нарушения входят наличие или появление аномалии, дефекта либо потеря конечности, органа, ткани или другой части тела, наличие дефекта в функционировании систем организма. Наиболее часто встречающейся причиной утраты способности к самообслуживанию является нарушение статодинамической функции (СДФ) опорно-двигательного аппарата [2].

Выделяют 4 степени нарушения СДФ — незначительную, умеренную, выраженную и значительно выраженную:

- ♦ незначительная степень не приводит к ограничению самообслуживания;
- ♦ умеренная степень приводит к увеличению времени выполнения действий самообслуживания или к использованию вспомогательных средств для осуществления самообслуживания;
- ♦ выраженная степень характеризуется необходимостью использования вспомогательных средств и(или) помощи других лиц [2].

Для создания той или иной конструкции одежды необходимо дифференцировать контингент инвалидов по степени ограничения жизнедеятельности, вызванной нарушением СДФ.

В соответствии с этим инвалидов с нарушениями СДФ, нуждающихся в специальной одежде, можно условно распределить на следующие группы:



Рис. 1. Умеренное нарушение функции верхней конечности: отсутствие всех фаланг четырех пальцев одной верхней конечности.

- ♦ инвалиды, имеющие дефекты или деформации верхних конечностей;
- ♦ инвалиды, имеющие дефекты или деформации нижних конечностей;
- ♦ инвалиды с патологией органа зрения;
- ♦ инвалиды с нарушением функций выделения;
- ♦ инвалиды после радикальных операций на молочной железе.

Характеристика той или иной степени нарушения СДФ для каждой указанной выше группы инвалидов выражается следующими патологическими признаками.

Для группы инвалидов, имеющих дефекты или деформации верхних конечностей, ограничение самообслуживания определяется умеренным, выраженным или значительно выраженным нарушением функций верхних конечностей.

- ♦ Умеренное нарушение функции верхней конечности характеризуется одним из приведенных ниже дефектов или деформаций, таких как:
  - отсутствие всех фаланг четырех пальцев;
  - анкилоз или выраженная контрактура пальцев;
  - отсутствие первого и третьего пальцев обеих кистей;
  - деформирующий артроз II—III степени крупных суставов верхней конечности.

Пример умеренного нарушения функции верхних конечностей представлен на рис. 1.

- ♦ Выраженное нарушение функции верхней конечности составляет:
  - культя плеча или предплечья;
  - вычленение верхней конечности в плечевом суставе;
  - отсутствие пальцев обеих кистей.

Выраженное нарушение функции верхней конечности представлено на рис. 2.

Значительно выраженное нарушение функции верхней конечности составляет ампутация плеча или вычленение плеча обеих верхних конечностей (рис. 3).

Для группы инвалидов, имеющих дефекты или деформации нижних конечностей, основными признаками, характеризующими степень выраженности нарушения СДФ, являются следующие.

- ♦ Умеренное нарушение функции нижних конечностей, включающее:
  - облитерирующие заболевания артерий I—II степени;
  - заболевания вен с хронической венозной недостаточностью II—III степени;
  - культы стопы на уровне сустава Шопара или Лисфранка;
  - ложный сустав голени или бедра;
  - остеоартроз крупного сустава II—III степени.
- ♦ Выраженное нарушение функции нижних конечностей, включающее:
  - облитерирующие заболевания артерий II—III степени;
  - культы обеих голени;
  - артрозы тазобедренных или коленных суставов III степени.
- ♦ Значительно выраженное нарушение функции нижних конечностей, включающее:
  - облитерирующие заболевания артерий IV степени;

- короткие культы двух бедер;
- генерализованные поражения крупных суставов нижних конечностей вследствие ревматоидного полиартрита.

Значительно выраженное нарушение функции нижних конечностей представлено на рис. 4.

Для группы инвалидов с патологией органа зрения, приводящей к ограничению самообслуживания, характерна умеренная, выраженная и значительно выраженная степень нарушения зрительной функции.

- ♦ Умеренная и выраженная степень нарушения зрительной функции характеризуется такими патологиями, как:
  - системное поражение органа зрения;
  - дистрофические процессы в сетчатке;
  - заболевания хрусталика;
  - сосудистые заболевания глаз;
  - болезни проводящих путей зрительного анализатора.
- ♦ Значительно выраженная степень нарушения зрительной функции определяется таким диагнозом, как слепота (зрение лучше видящего глаза меньше 0,04, поле зрения  $10^\circ$  и уже в диаметре с центральными и парацентральными скотомами, резкое снижение электрофизиологических показателей). Группа инвалидов с нарушением функции выделения в зависимости от патологии характеризуется умеренной, выраженной и значительно выраженной степенью ограничения самообслуживания.
- ♦ Умеренная степень ограничения самообслуживания вызывает использование вспомогательных средств (в виде разного рода гигиенических прокладок), что влечет за собой временные затраты



Рис. 2. Выраженное нарушение функции верхней конечности.

а — состояние после межлопаточно-грудной ампутации; б — вычленение верхней конечности в плечевом суставе; в — культя плеча; г — культя предплечья.

на выполнение действий по самообслуживанию по сравнению со здоровым человеком (при появлении возрастных изменений мочеполовой сферы у женщин).

- ♦ Выраженная степень ограничения самообслуживания инициирует применение моче- и калоприемников, требующих более значительных временных затрат на самообслуживание по выполнению гигиенических процедур, связанных с заменой или



Рис. 3. Ампутационные культы плеча.



Рис. 4. Короткие культы двух бедер.



Рис. 5. Выраженный отек правой верхней конечности:.

*a* — вид спереди; *б* — вид сзади.

опорожнением последних (при стомах различного генеза и локализации).

Значительно выраженная степень ограничения самообслуживания — это неспособность к самообслуживанию по замене моче- и калоприемников (при стомах различного генеза у лиц пожилого возраста с неврологическими заболеваниями, с органическим поражением головного мозга).

Группа инвалидов после радикальных операций на молочной железе подразделяется на 2 основные подгруппы: без функциональных расстройств верхней конечности на стороне операции и с функциональными расстройствами верхней конечности на стороне операции, обусловленными поздними осложнениями лечения рака молочной железы.

К поздним осложнениям радикального лечения рака молочной железы относятся:

- лимфедема (отек) верхней конечности;
- контрактура в плечевом суставе;
- шейно-плечевой плексит;
- грубые рубцы кожи и мягких тканей (5%).

Функциональное расстройство верхней конечности после лечения рака молочной железы, обусловленное лимфатическим отеком III—IV степени, представлено на рис. 5.

Таким образом, для всех перечисленных выше групп инвалидов, имеющих различные нарушения СДФ, процесс самообслуживания при пользовании обычными предметами быта, в том числе и одеждой типовых конструкций, затруднен или невозможен без посторонней помощи. В особенности это касается гардероба, поскольку у людей с физическими отклонениями одежда должна иметь иные конструктивные особенности, обусловленные наличием функциональных расстройств, полностью меняющих требования к ее конструкции.

Создание специальной одежды, конструктивно способной компенсировать утраченные функции или создать удобства и иллюзорно скрыть пораженные недугом части тела, является весьма актуальной задачей как в медицинском, так и социальном аспекте.

Одежда, специально сконструированная в соответствии с потребностями человека с ограниченными возможностями, маскирующая при необходимости физические дефекты и частично компенсирующая утраченные функции, позволит инвалидам обеспе-

чить беспрепятственное пользование техническими средствами реабилитации и стать менее зависимыми от посторонней помощи или облегчить действие лиц, занятых уходом за ними.

## ЛИТЕРАТУРА

1. ГОСТ Р 52495-205. Социальное обслуживание населения. Термины и определения. — М., 2006.
2. Критерии определения степени ограничения самообслуживания у инвалидов с различными патологиями: Метод. рекомендации / Демина Э. Н., Шестаков В. П., Лебедева Н. Н. и др. — М., 2002. Вып. 57.
3. Инструкция «О порядке обеспечения населения протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения и средствами, облегчающими жизнь инвалидов», утв. приказом Минсоцобеспечения РСФСР от 15 февр. 1991 г., № 35 // Сборник нормативных актов и документов «Социальная защита инвалидов». — М., 1994. — С. 420—423.
4. Классификации и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы, утв. постановлением Минтруда России и Минздрава России от 29 янв. 1997 г. № 1/30 // Бюл. Минтруда России. — 1997. — № 2. — С. 50—56.
5. Положение о признании лица инвалидом, утв. постановлением Правительства Российской Федерации от 13 авг. 1996 г., № 965 // Собрание законодательства Рос. Федерации. — 1996. — № 34. — Ст. 4127.
6. Постановление Правительства Российской Федерации «О государственной службе медико-социальной экспертизы» от 3 апр. 1996 г., № 392 // Собрание законодательства Рос. Федерации. — 1996. — № 15. — Ст. 1630.
7. ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181 от 24.11.1995 г. — М., 1995.

Поступила 19.07.11

## Сведения об авторах:

Волкова В. М., канд. истор. наук, вед. науч. сотр. отд. стопы, ортопедической обуви и специальной одежды для инвалидов; ФГУ Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта (СПбНЦЭПР им. Альбрехта); Голубева Ю. Б., руководитель отд. стопы, ортопедической обуви и специальной одежды для инвалидов СПбНЦЭПР им. Альбрехта; Беляк Н. В., канд. мед. наук, зав. 4-м ортопедическим отд-нием СПбНЦЭПР им. Альбрехта; Гаевская О. Э., науч. сотр. отд. биомеханических исследований СПбНЦЭПР им. Альбрехта.

## Для контактов:

Волкова Валентина Михайловна, 195067, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, 50. СПбНЦЭПР им. Альбрехта. Телефон: 8 (812)543-97-90.