

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012  
УДК 614.2:616-036.86-08.039.57

И. А. Соколова, Н. К. Гусева, В. А. Соколов, М. В. Дюютова

## ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Нижегородская государственная медицинская академия

*Обследовано 300 инвалидов трудоспособного возраста, прошедших курс реабилитационных мероприятий в реабилитационном отделении поликлиники. Исследовано содержание учрежденческих реабилитационных программ и структура реабилитационных маршрутов. Выявлены дефекты проведения поликлинического этапа медицинской реабилитации: отсутствие ориентации на социально положительную цель этапа, недостаточная полнота охвата необходимыми реабилитационными воздействиями инвалидов, дефекты организации реабилитационного процесса (нерациональная последовательность реабилитационных мероприятий), что приводит к снижению эффективности реабилитационных воздействий и утомляемости больных. Однако следует отметить положительный эффект реабилитационных мероприятий у всех обследованных больных.*

**Ключевые слова:** инвалиды трудоспособного возраста, медицинская реабилитация, поликлинический этап, учрежденческая программа реабилитации, внутриучрежденческий маршрут, дефекты организации, оценка эффективности.

### ORGANIZATION PECULARITIES OF WORKING AGE INVALIDS MEDICAL REHABILITATION DURING POLYCLINIC STAGE

*I.A.Sokolova, N.K.Guseva, V.A.Sokolov, M.V.Doyutova*

*The study involved 300 people with disabilities of working age who have undergone rehabilitation in the rehabilitation departments of clinics. The content of rehabilitation programs and the institutional structure of the rehabilitation route identified defects of outpatient medical rehabilitation stage: lack of focus on positive social purpose, lack of coverage with necessary rehabilitative effects of disabled, defective organization of the rehabilitation process (irrational sequence of rehabilitation), which reduces the efficiency of rehabilitation effects and fatigue patients. However, it should be noted the positive effect of rehabilitation in all patients.*

**Keywords:** working-age people with disabilities, medical rehabilitation, polyclinic stage, institutional rehabilitation program in-house route, defective organization, performance evaluation.

Организация поликлинического этапа медицинской реабилитации инвалидов трудоспособного возраста изучалась на базе многопрофильного реабилитационного отделения, в структуру которого входят кабинеты функциональной диагностики, физиотерапии, иглорефлексотерапии, мануальной терапии, бальнеотерапии, механотерапии, галотерапии, трудотерапии, массажа, зал лечебной физкультуры, ингаляторий, где осуществлялось комплексное воздействие на инвалидов.

Основным звеном реабилитационного процесса являлась созданная в отделении реабилитационная комиссия, возглавляемая заместителем главного врача по клинко-экспертной работе. В состав комиссии входили: заведующий реабилитационным отделением, врачи-специалисты (невролог, пульмонолог, хирург, физиотерапевт, психотерапевт). Комиссия проводила заседания 2 раза в неделю, принимая больных как из своей поликлиники, так и из других медицинских организаций района. Комиссией проводилась оценка статуса реабилитанта с постановкой развернутого клинко-функционального диагноза, определением реабилитационного прогноза и реабилитационного потенциала путем оценки нарушений функций различных систем организма, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности больного. На основе индивидуальной программы реабилитации,

составленной инвалиду в бюро медико-социальной экспертизы, формировалась учрежденческая тактическая программа реабилитации, в медицинский раздел которой включалось восстановление нарушенных функций организма, в психологический раздел – мероприятия по психокоррекции, направленные на устранение имеющихся личностных нарушений инвалида. В процессе проведения реабилитационных мероприятий осуществлялся контроль за выполнением программы реабилитации и коррекции ее в необходимых случаях. На каждого больного заполнялась амбулаторная карта, в которой указывался развернутый клинко-функциональный диагноз, нарушения, ограничения жизнедеятельности и социальная недостаточность, восстановительные мероприятия, показанные инвалиду.

Из 300 обследованных инвалидов трудоспособного возраста, прошедших курс реабилитационных мероприятий в реабилитационном отделении, женщины составили 51,0% от общего числа инвалидов, в том числе в возрасте до 20 лет – 1,3%, от 21 до 40 лет – 17,0% и старше 40 лет – 81,7%. Мужчины составили 49,0% от общего количества инвалидов, в том числе до 20 лет – 3,4%, от 21 до 40 лет – 22,4%, старше 40 лет – 74,2%. Увеличение относительного количества женщин среди инвалидов, прошедших курс восстановительных мероприятий, объясняется более вни-

Таблица 1

**Влияние структуры учрежденческой программы реабилитации на темп снижения степени тяжести функциональных нарушений у инвалидов с различными формами патологии**

Нозологическая форма заболевания	Вариант ИПР	Структура учрежденческой программы реабилитации, %									Темп снижения тяжести функциональных нарушений, %
		физиотерапевтические процедуры	кинезотерапия	мануальная терапия	массаж	ИРТ	ЛФК	Галотерапия	Психотерапия	Медикаментозная терапия	
Травмы	1	30,0	25,0	-	15,0	12,5	17,5	-	-	-	26,1
	2	24,4	20,3	-	12,2	-	12,5	-	-	30,6	20,1
	3	11,2	20,8	-	12,6	10,4	14,6	-	10,4	20,0	32,7
Заболевания костно-мышечной системы	1	26,5	-	-	15,6	-	18,4	-	-	39,5	18,7
	2	-	-	13,3	20,0	16,7	-	-	-	50,0	24,2
	3	13,7	23,2	-	11,6	-	16,7	-	-	34,8	28,6
Заболевания дыхательной системы	1	11,5	-	-	9,7	-	11,5	38,5	-	28,8	19,8
	2	-	-	-	9,6	8,1	9,7	48,4	-	24,2	25,3
	3	-	-	-	12,2	-	14,6	40,6	-	32,6	17,6

матерным отношением женщин к состоянию своего здоровья и желанием приложить усилия для его восстановления.

Инвалиды распределились следующим образом в зависимости от нозологической формы заболевания: травмы – 36,0%, заболевания костно-мышечной системы – 31,0%, заболевания дыхательной системы – 22,0%, заболевания системы кровообращения – 9,0%, заболевания нервной системы – 2,0%, что обусловлено ориентацией реабилитационного отделения в первую очередь на больных и инвалидов с травмами, заболеваниями костно-мышечной системы, в том числе с остеохондрозом позвоночника, заболеваниями дыхательной системы.

С целью определения влияния содержания реабилитационных программ, составляемых в реабилитационном отделении при основных нозологических формах заболеваний, на восстановление нарушенных функций организма нами проведен анализ их структуры. Выделено по характеру структуры 3 варианта учрежденческих реабилитационных программ для инвалидов с различными формами патологии (табл. 1).

Группировка программ по вариантам проводилась в зависимости от однотипности перечня реабилитационных мероприятий, проведенных каждому инвалиду.

У больных с травмами более высокий темп снижения тяжести функциональных нарушений (на  $32,7 \pm 4,51\%$ ,  $p < 0,05$ ) достигнут при сочетании в программе реабилитации психотерапевтических, физиотерапевтических процедур, кинезотерапии, массажа, иглорефлексотерапии (ИРТ), лечебной физкультуры и медикаментозной терапии при значительной доле двигательных воздействий (3-й вариант программы). Отсутствие в структуре программы какой-либо из указанных групп лечебно-восстановительных мероприятий снижало эффективность проводимой реабилитации до  $20,1 \pm 3,85\%$  ( $p < 0,05$ ). У инвалидов с заболеваниями костно-мышечной системы лучшее восстановление функции конечностей и позвоночника (на  $28,7 \pm 4,69\%$ ,  $p < 0,05$ ) достигнуто при сочетании в воздействии физиотерапевтических процедур, кинезотерапии, массажа, лечебной физкультуры и ме-

дикаментозной терапии, опять же при ведущей роли двигательных воздействий. У инвалидов с заболеваниями дыхательной системы более полное восстановление функции внешнего дыхания на  $25,3 \pm 5,35\%$  ( $p < 0,05$ ) отмечалось при комплексном применении массажа, ИРТ, лечебной физкультуры, галотерапии, медикаментозной терапии, причем увеличение числа сеансов галотерапии также способствует восстановлению функции внешнего дыхания (2-й вариант программы).

В целом на одного больного в реабилитационном отделении приходилось в среднем 14,5 физиотерапевтических процедуры, 2,5 массажных единицы, 6,9 процедуры лечебной физкультуры, 10,2 процедуры кинезотерапии за курс реабилитации продолжительностью 12 дней.

В соответствии с составленной реабилитационной программой каждому инвалиду формировался внутри-учрежденческий реабилитационный маршрут (табл. 2). Инвалиды направлялись в основном по трем типовым внутриучрежденческим реабилитационным маршрутам при каждой нозологической форме заболеваний

Анализ реабилитационных маршрутов для инвалидов с травмами показал, что последовательность прохождения инвалидом восстановительных мероприятий не обеспечивает оптимальной подготовки травмированной конечности для восстановления ее физиологической функции. Занятия на тренажерах проводились без достаточной подготовки конечности, лечебная физкультура проводилась без предварительной подготовки мышц.

Восстановительные мероприятия первоначально должны быть направлены на коррекцию личностных нарушений инвалидов, создание установки на активное лечение, купирование болевого синдрома, вегетативно-трофических нарушений, затем на стимулирование компенсаторных возможностей организма, на нормализацию гемодинамики, микроциркуляции, улучшение обменных процессов в поврежденных тканях, и только после этого необходимо увеличивать объем пассивных и активных движений в суставах. Наиболее благоприятный 3-й вариант маршрута имел место у 23,3% больных, имевших

Таблица 2

**Влияние последовательности проведения восстановительных мероприятий на темп снижения тяжести функциональных нарушений у инвалидов с разными формами патологии**

Вариант	Схема реабилитационного маршрута	Удельный вес больных, %	Темп снижения тяжести функциональных нарушений, %
Для инвалидов с травмами			
1	Кабинет физиотерапии→Тренажерный зал→Зал лечебной физкультуры Кабинет массажа→Кабинет ИРТ	38,2	26,1
2	Процедурный кабинет→Кабинет физиотерапии→Зал лечебной физкультуры→Кабинет массажа→Тренажерный зал	29,1	21,3
3	Процедурный кабинет→Кабинет ИРТ→Кабинет психотерапии→Кабинет массажа→Зал лечебной физкультуры→Тренажерный зал	23,3	32,7
Для инвалидов с заболеваниями костно-мышечной системы			
1	Кабинет массажа→Кабинет физиотерапии→Зал лечебной физкультуры→Процедурный кабинет	28,6	18,7
2	Процедурный кабинет→Кабинет массажа→Кабинет мануальной терапии→Кабинет ИРТ	33,8	24,2
3	Процедурный кабинет→Кабинет физиотерапии→Кабинет кинезотерапии→Зал лечебной физкультуры→Кабинет массажа	34,5	28,6
Для инвалидов с заболеваниями дыхательной системы			
1	Зал лечебной физкультуры→Кабинет физиотерапии→Кабинет массажа→Кабинет галотерапии→Процедурный кабинет	30,9	19,8
2	Процедурный кабинет→Кабинет галотерапии→Кабинет массажа→Зал лечебной физкультуры→Кабинет ИРТ	41,2	25,3
3	Кабинет галотерапии→Процедурный кабинет→Зал лечебной физкультуры→Кабинет массажа	25,8	17,6

темпа снижения тяжести функциональных нарушений –  $32,7 \pm 4,51\%$  ( $p < 0,05$ ). У инвалидов с костно-мышечными заболеваниями не применялось психотерапевтическое воздействие с целью восстановления личностного статуса больного, восстановительные мероприятия были выстроены в последовательности, не обеспечивавшей оптимального восстановления функции позвоночника и суставов. Например, массаж проводился без предварительного введения анальгетиков и противовоспалительных препаратов, мануальная терапия – без предварительной стимуляции компенсаторных механизмов, активных движений. Максимальное восстановление нарушенных функций позвоночника и суставов (на  $28,6 \pm 4,43\%$ ) отмечалось у  $34,5\%$  инвалидов, прошедших по 3-му варианту реабилитационного маршрута. У инвалидов с заболеваниями дыхательной системы отсутствовала предварительная психотерапевтическая подготовка, лечебная физкультура проводилась без предварительного проведения мероприятий, направленных на восстановление функции дыхательной системы. Лучшее восстановление респираторной функции (на  $25,3 \pm 3,95\%$ ) наблюдалось у  $41,2\%$  инвалидов, прошедших по 2-му варианту реабилитационного маршрута.

В реабилитационных программах основное внимание уделялось восстановлению нарушенных физических функций организма, отсутствовала социальная направленность реабилитационных мероприятий, комплексность: так кинезотерапия проводилась без достаточной подготовки суставов для активных воздействий, часто инвалидам не проводилась психологическая реабилитация (социально-психологический тренинг проводился только  $3,8\%$  инвалидов). Причина этому – неправильный подход к формированию реабилитационных программ, которые должны быть

ориентированы на цель (для инвалидов 3-й группы – это восстановление личностного и социального статуса через максимальное восстановление нарушенных функций организма) и задачи этапа.

Эффективность поликлинического этапа реабилитации оценивалась по темпу прироста реабилитационного потенциала (РП) инвалида после проведения реабилитационных мероприятий, степени восстановления нарушенных функций организма. После проведения мероприятий поликлинического этапа реабилитации увеличилась доля инвалидов с высоким и средним уровнем РП как в возрастной группе до 40 лет ( $с 80,3$  до  $100\%$ ) ( $p < 0,05$ ), так и в возрастной группе старше 40 лет ( $с 73,9$  до  $99,2\%$ ) ( $p < 0,05$ ). При анализе темпа прироста среднего уровня РП инвалидов в зависимости от возраста отмечен достоверный прирост среднего уровня РП во всех возрастных группах после проведения реабилитационных мероприятий на  $15,5 \pm 2,09\%$  ( $p < 0,05$ ), причем более высокий темп прироста отмечен у инвалидов в возрасте до 40 лет – на  $16,7 \pm 0,58\%$  ( $p < 0,05$ ). Не отмечено существенных различий в изменении РП инвалидов в зависимости от пола. Однако у женщин происходит более плавное снижение уровня РП с возрастом (у женщин до 40 лет –  $19,8 \pm 7,5\%$ , от 41 до 60 лет –  $16,6 \pm 3,3\%$ ) ( $p < 0,05$ ), что объясняется возрастным снижением компенсаторных возможностей организма. У мужчин отмечен минимальный рост РП в возрасте до 40 лет –  $11,7 \pm 5,21\%$ , в возрасте 41–60 лет вновь отмечается повышение РП до  $16,2 \pm 3,53\%$  ( $p < 0,05$ ), что можно объяснить отсутствием внимания мужчин в возрасте до 40 лет к своему здоровью, несвоевременным обращением за медицинской помощью и невыполнением рекомендаций лечащих врачей.

Анализ динамики среднего уровня РП инвалидов, прошедших поликлинический этап реабилитации, в

зависимости от характера патологии показал его достоверный прирост на  $9,8 \pm 1,73\%$  ( $p < 0,05$ ) во всех группах больных. Наибольший темп прироста уровня РП отмечен у инвалидов с заболеваниями нервной системы –  $17,7 \pm 3,82\%$  ( $p < 0,05$ ), меньше у инвалидов с заболеваниями костно-мышечной системы –  $15,2 \pm 4,01\%$  ( $p < 0,05$ ), еще меньше у инвалидов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы –  $9,2 \pm 2,22\%$  ( $p < 0,05$ ) и с последствиями травм –  $7,7 \pm 2,98\%$  ( $p < 0,05$ ). У 2,0% инвалидов отмечалось полное восстановление нарушенных функций с последующим снятием группы инвалидности, у 89,0% улучшились статодинамические и локомоторные функции конечностей и позвоночника, у 78,0% – кардиореспираторная функция. У 3,7% инвалидов с травмами и у 2,1% инвалидов с заболеваниями костно-мышечной системы отмечалось полное восстановление нарушенной функции конечности после проведения реабилитационных мероприятий.

Таким образом, отмечены следующие дефекты проведения поликлинического этапа медицинской реабилитации:

– отсутствие ориентации на социально положительную цель этапа, проявляющееся в нецеленаправленном и некомплексном формировании учрежденческих программ реабилитации, где доля социально-психологических воздействий составляет всего 3,8%;

– недостаточная полнота охвата необходимыми реабилитационными воздействиями инвалидов объясняется наличием сочетанной патологии и противопоказаний у инвалидов;

– дефекты организации реабилитационного процесса, проявляющиеся в нерациональной последовательности реабилитационных мероприятий при формировании внутриучрежденческих реабилитационных маршрутов приводят к снижению эффективности реабилитационных воздействий и утомляемости больных.

Тем не менее следует отметить положительный эффект реабилитационных мероприятий у всех обследованных больных. Однако, несмотря на высокую потребность больных и инвалидов в реабилитационных мероприятиях, обследованное реабилитационное отделение в настоящее время не функционирует, поскольку до сих пор не решен вопрос об оплате реабилитационных мероприятий за счет средств обязательного медицинского страхования.

Поступила 18.11.12

Сведения об авторах:

Соколова И. А. – канд. мед. наук, доц. каф. мед. экспертизы фак. повышения квалификации врачей Ин-та последипломного образования Нижегородской государственной медицинской академии; Гусева Н. К. – д-р мед. наук, проф., зав. каф. мед. экспертизы фак. повышения квалификации врачей Ин-та последипломного образования Нижегородской государственной медицинской академии; Соколов В. А. – канд. мед. наук, доц. каф. мед. экспертизы фак. повышения квалификации врачей Ин-та последипломного образования Нижегородской государственной медицинской академии; Доютова М. В. – канд. мед. наук, доц. каф. мед. экспертизы фак. повышения квалификации врачей Ин-та последипломного образования Нижегородской государственной медицинской академии.

Для контактов:

Соколова Ирина Александровна, 603000, Нижний Новгород, ул. Грузинская, 24/22. Телефон: 8-831-433-75-78; e-mail: gruzinsk24@mail.ru

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.831-009.2-053.4-036.86-08

А. А. Алиева, Х. М. Алиева, Т. А. Махмудова, М. И. Рамазанова, А. А. Махачев, С. А. Суракатова

## ХАРАКТЕРИСТИКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОГНОЗА ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

ГУ Республиканский центр охраны нервно-психического здоровья детей и подростков, Махачкала, Республика Дагестан

В течение 4–10 лет (2002–2010 гг.) в динамике осуществлена комплексная оценка эффективности медико-социальной реабилитации 3445 детей-инвалидов с ДЦП в возрасте до 17 лет включительно. Изучены различные аспекты реализации индивидуального реабилитационного потенциала (ИРП) у детей с ДЦП, проведен сравнительный анализ состояния тяжести по ведущему ограничению жизнедеятельности до и после реабилитации. Определены новые подходы в обеспечении длительной системной комплексной реабилитации с учетом роста и развития детского организма. Реабилитационный прогноз (РП) у детей с ДЦП оценивался в пяти возрастных группах по 5-балльной шкале. Выявлено, что формирование ИПП детей-инвалидов вследствие ДЦП определяется возрастом ребенка, показателями здоровья, тяжестью и клинической структурой заболевания, выраженностью нарушения функций и степенью ограничения жизнедеятельности, социальным и экономическим статусом семьи, наличием у нее мотивации для реализации реабилитационного процесса. Оптимизация ИРП и РП способствовала достоверному уменьшению частоты исхода тяжелых перинатальных поражений мозга при ДЦП у 42% детей и формированию менее тяжелых инвалидизирующих форм заболевания у 36% детей.

Ключевые слова: дети-инвалиды, детский церебральный паралич, индивидуальный реабилитационный потенциал, индивидуальная программа реабилитации, реабилитационный прогноз, реабилитационные комплексные программы.