

билитации находились абсорбирующее белье и памперсы (20,6%), рекомендованные в ИПР инвалидам I группы в 93,2%, инвалидам II группы в 6,8% случаев.

4-е ранговое место из рекомендованных ТСР занимали кресла-стулья с санитарным оснащением (16,2%), в которых преимущественно нуждались инвалиды I группы (95,1%) и небольшая доля инвалидов II группы (4,9%).

На 5-м ранговом месте находилась ортопедическая обувь (11,9%), в основном рекомендованная инвалидам II (74,8%) и III (25,2%) групп.

На 6-м ранговом месте из ТСР находились протезно-ортопедические изделия (8,9%), в которых в большей мере нуждались инвалиды II группы (75,8%), в меньшей мере – инвалиды III группы (21,4%) и инвалиды I группы (2,8%).

На 7-м ранговом месте из ТСР находились кресла-коляски с ручным приводом (7,2%), рекомендованные в основном инвалидам I (94,1%) и II (5,9%) групп.

8-е ранговое место из рекомендованных инвалидам в ИПР технических средств реабилитации занимали слуховые аппараты (6,1%), преимущественно, для инвалидов II группы (84,8%), в меньшем проценте случаев они рекомендованы инвалидам I (6,0%) и III (9,2%) групп.

На 9-м ранговом месте находились тонометры и медицинские термометры с речевым выходом (4,1%), рекомендованные инвалидам III (74,7%) и II (25,3%) групп.

10-е ранговое место из технических средств реабилитации занимала специальная одежда для инвалидов (3,3%).

Анализ результатов реализации ИПР по медицинским аспектам реабилитации инвалидов показал, что была достигнута полная компенсация утраченных функций у 131 (6,7%) инвалида, достигнута частичная компенсация утраченных функций у 490 (25,2%) инвалидов, восстановлены функции полностью у 90 (4,6%) инвалидов.

Изучение результатов выполнения программ профессиональной реабилитации свидетельствовало, что приобретена новая профессия 61 (3,1%) инвалидом, повышена квалификация 24 (1,2%) инвалидами, повышен уровень общего (профессионального образования) образования 85 (4,4%) инвалидами, осуществлен подбор показанных условий труда в 4,4% случаев, создано специальное рабочее место у 62 (3,2%) инвалидов, обеспечена трудовая занятость 244 (12,5%) человек.

При анализе реализации мер социальной реабилитации выявлено, что достигнута полная способность к самообслуживанию у 124 (6,3%) инвалидов, частичная способность к самообслуживанию у 469 (24,1%) человек, достигнута возможность самостоятельного проживания у 203 (11,9%) инвалидов, обеспечена интеграция в семью и общество у 560 (28,7%) лиц с ограниченными возможностями.

Таким образом, в Республике Ингушетия учреждениями медико-социальной экспертизы в 2011 г. была разработана 6581 индивидуальная программа реабилитации инвалидов, включающая медицинские, профессиональные и социальные аспекты. Количество разработанных ИПР для ВПИ в 3 раза меньше, чем для повторно признанным инвалидам. Наибольшее число ИПР разработано и выдано инвалидам II группы.

Из мероприятий медицинской реабилитации преобладали мероприятия по восстановительной терапии (72,9%) и меры по санаторно-курортному лечению (62,4%). Среди мер профессиональной реабилитации преобладают мероприятия по рациональному трудоустройству (33,3%), 15,3% инвалидов получили рекомендации по профессиональному обучению.

Важное значение уделялось назначению технических средств реабилитации (83,2%), использование которых повышало эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

Поступила 07.06.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.1-036.86-085.838:614.2

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

ОРГАНИЗАЦИЯ САНАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, 603005, Нижний Новгород

Проведено изучение организации санаторного этапа реабилитации инвалидов трудоспособного возраста на базе специализированного кардиологического санатория. Анализ результативности реабилитационных мероприятий показал, что дефекты организации реабилитационного процесса (отсутствие в учрежденческих программах реабилитации социально-психологических мероприятий, недостаточная полнота охвата инвалидов всеми необходимыми реабилитационными воздействиями, нерациональная последовательность реабилитационных мероприятий) приводят к снижению эффективности реабилитационных воздействий.

Ключевые слова: санаторный этап реабилитации, инвалиды трудоспособного возраста, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, дефекты организации.

ORGANIZATION OF SANATORIUM REHABILITATION OF WORKING-AGE DISABLED WITH DISEASES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM

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

Nizhny Novgorod State Medical Academy of the Ministry of Health Care and Social Development, 603005, Nizhny Novgorod, Russian Federation

The study of the working-age people with disabilities has been conducted in sanatorium rehabilitation organization on the basis of specialized cardiological sanatorium. Analysis of the rehabilitation impact measures showed that the defects of the rehabilitation process organization (lack of socio-psychological measures in institutional rehabilitation programs, lack of full coverage for disabled with all the necessary rehabilitation effects, irrational sequence of rehabilitation) lead to a decrease in the effectiveness of rehabilitation actions.

Key words: *sanatorium rehabilitation, people with disabilities of working age, coronary heart disease, hypertension, defects in the organization.*

Санаторный этап реабилитации инвалидов трудоспособного возраста предусматривает проведение восстановительных мероприятий с использованием лечебных природных факторов, преформированных физических факторов, лечебной физкультуры, двигательных режимов.

С целью выявления возможностей повышения эффективности проведения санаторного этапа реабилитации нами проведено изучение организации этого этапа реабилитации инвалидов трудоспособного возраста на базе специализированного кардиологического санатория, в составе которого функционирует реабилитационное отделение. Возглавляет реабилитационное отделение санатория заведующий отделением. В штате отделения предусмотрены 2 ставки врача-кардиолога, 1 ставка врача лечебной физкультуры, 1 ставка врача функциональной диагностики, 1 ставка врача-психотерапевта. Нагрузка врача-кардиолога составляет 30 больных, что значительно меньше, чем в обычном санатории. Это объясняется более тяжелым контингентом больных и инвалидов, поступающих в реабилитационное отделение.

Каждому больному в отделении проводится снятие ЭКГ и телекардиоскопическое обследование, 15% больных проводится велоэргометрия. Среднее число процедур на 1 больного за курс лечения продолжительностью 24 дня составляет: сухие углекислые ванны – 9,0, гидромассаж – 8,7, электросветолечение – 5,2, массаж – 7,4, климатологическое лечение – 6,8, лечебная физкультура – 33,7, ароматерапия – 9,6, аэронизация – 8,0, иглорефлексотерапия – 5,9.

Учрежденческие реабилитационные программы инвалидам составляют после совместного осмотра заведующего отделением и врача-кардиолога. В программе указывают комплекс необходимых реабилитационных мероприятий, исходя из развернутого клинико-функционального диагноза, имеющихся ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Нами проведено обследование 300 инвалидов трудоспособного возраста, прошедших реабилитацию на базе кардиологического реабилитационного

отделения многопрофильного санатория. Все инвалиды были в возрасте старше 40 лет и имели заболевание системы кровообращения: 74,0% – ишемическую болезнь сердца, 26,0% – гипертоническую болезнь. Среди инвалидов преобладали мужчины (81,0%), что объясняется более высоким уровнем заболеваемости сердечно-сосудистой системы у мужчин этого возраста. Все инвалиды были направлены в санатории сразу после стационарного лечения без предварительного проведения мероприятий поликлинического или стационарного этапа медицинской реабилитации.

Анализ результативности реабилитационных мероприятий в реабилитационном отделении санатория показал зависимость полноты восстановления нарушенных функций пациентов от содержания их реабилитационных программ (табл. 1).

В учрежденные программы реабилитации включались мероприятия, направленные на восстановление нарушенных функций сердечно-сосудистой системы: медикаментозная терапия, ароматерапия, массаж, лечебная физкультура, иглорефлексотерапия, сухие углекислые ванны, электросон, гидромассаж, терренкур, однако отсутствовали мероприятия по психокоррекции, направленные на устранение имеющихся личностных нарушений инвалида.

У инвалидов с ишемической болезнью сердца при прочих равных условиях более высокий темп снижения тяжести нарушения кардиореспираторной функции составил 14,9% при сочетании в программе медикаментозной терапии, ароматерапии, массажа, сухих углекислых ванн, лечебной физкультуры и терренкура (2-й вариант программы). Отсутствие массажа в 3-м варианте программы снизило эффективность проводимых мероприятий до 11,4%, еще больше снизило эффективность отсутствие в перечне мероприятий 1-го варианта программы сухих углекислых ванн (до 9,7%). У инвалидов с гипертонической болезнью больший темп снижения нарушения кардиореспираторной функции отмечался в программе с включением медикаментозной терапии, ароматерапии, лечебной физкультуры, сухих углекислых ванн снижает эффективность реабилитационных мероприятий до 12,1%, а отсутствие медикаментозной терапии с проведением массажа и иглорефлексотерапии в 1-м варианте – до 10,2%.

Для успешной реализации программ реабилитации инвалидов необходима непрерывность и последовательность восстановительных мероприятий в течение дня, что обеспечивается формированием ра-

Для корреспонденции:

Соколова Ирина Александровна – канд. мед. наук, доц. каф. мед. экспертизы фак. повышения квалификации врачей Института последипломного образования; 603000, Нижний Новгород, ул. Грузинская, д. 24/22; e-mail: gruzinsk24@mail.ru.

Таблица 1

Показатели эффективности восстановительных мероприятий у больных с различными формами заболеваний в зависимости от структуры внутриучрежденческой программы реабилитации

Нозологическая форма заболевания	Вариант реабилитационной программы	Виды реабилитационных мероприятий, %									Темп снижения тяжести функциональных нарушений, %
		медикаментозная терапия	ароматерапия	массаж	лечебная физкультура	игло-рефлексотерапия	сухие углекислые ванны	электросон	гидромассаж	терренкур	
Ишемическая болезнь сердца	1	16,1	9,7	6,5	35,5	8,5	–	–	–	23,7	9,7
	2	16,3	8,7	6,5	34,8	–	9,8	–	–	23,9	14,9
	3	12,0	12,7	–	29,8	–	7,6	10,1	–	27,8	11,4
Гипертоническая болезнь	1	–	11,1	7,4	42,3	–	7,4	9,9	–	21,7	10,2
	2	10,4	11,7	–	42,8	–	–	–	6,5	28,6	12,1
	3	15,0	12,9	–	37,1	–	8,6	–	–	26,4	13,7

Таблица 2

Влияние последовательности проведения восстановительных мероприятий на темп снижения степени тяжести функциональных нарушений у инвалидов III группы, страдающих ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью

Вариант	Схема реабилитационного маршрута	Удельный вес больных, %	Темп снижения тяжести функциональных нарушений, %
Для инвалидов с ишемической болезнью сердца			
1	Зал лечебной физкультуры → Кабинет ароматерапии → Терренкур → Кабинет массажа → Кабинет ИРТ → Процедурный кабинет	25,6	9,7
2	Зал лечебной физкультуры → Кабинет ароматерапии → Кабинет массажа → Сухие углекислые ванны → Терренкур → Процедурный кабинет	31,9	14,9
3	Зал лечебной физкультуры → Кабинет ароматерапии → Электросон → Сухие углекислые ванны → Терренкур → Процедурный кабинет	42,5	11,4
Для инвалидов с гипертонической болезнью			
1	Зал лечебной физкультуры → Кабинет массажа → Сухие углекислые ванны → Электросон → Терренкур → Кабинет ароматерапии	30,9	10,2
2	Зал лечебной физкультуры → Кабинет ароматерапии → Гидромассаж → Процедурный кабинет → Терренкур	43,3	12,1
3	Зал лечебной физкультуры → Сухие углекислые ванны → Кабинет ароматерапии → Терренкур → Процедурный кабинет	25,8	13,7

циональных внутриучрежденческих реабилитационных маршрутов (табл. 2).

В 1-й схеме маршрута инвалидов с ишемической болезнью сердца была нарушена последовательность реабилитационных мероприятий, в частности не обеспечивалась постепенная подготовка больного к физическим нагрузкам, что привело к снижению темпа уменьшения степени тяжести функциональных нарушений на 9,7%. Во 2-й и 3-й схемах маршрутов медикаментозные процедуры проводились после завершения реабилитационных мероприятий, однако проведение массажа во 2-й схеме привело к повышению темпа снижения тяжести функциональных нарушений с 9,7 до 14,9% ($p < 0,05$).

При формировании внутриучрежденческих реабилитационных маршрутов для инвалидов с гипертонической болезнью выявлены те же недостатки, что и при формировании реабилитационных маршрутов

для инвалидов с ишемической болезнью сердца.

Таким образом, отмечены следующие дефекты проведения санаторного этапа реабилитации кардиологических больных:

1. Отсутствие в учрежденческих программах реабилитации социально-психологических воздействий.
2. Недостаточная полнота охвата инвалидов всеми необходимыми реабилитационными воздействиями.
3. Дефекты организации реабилитационного процесса, проявляющиеся в нерациональной последовательности реабилитационных мероприятий при формировании внутриучрежденческих реабилитационных маршрутов движения больного, что приводит к снижению эффективности реабилитационных воздействий (от 9,7% у инвалидов с ишемической болезнью сердца, до 10,2% у инвалидов с гипертонической болезнью).

Поступила 09.12.11