

На правах рукописи

БАЛЕКА ЛИЛИЯ ЮРЬЕВНА

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ,
ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, УЧАСТНИКОВ
ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ
ДЕЙСТВИЙ**

14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель
доктор медицинских наук,
профессор

_____ ПУЗИН Сергей Никифорович

Москва-2014 г.

Содержание

Обозначения и сокращения.....	3
Введение.....	4
Глава I Медико-социальных аспектов заболеваемости, инвалидности и реабилитации участников ВОВ и участников боевых действий(обзор литературы).....	9
Глава II Методика исследования.....	16
Глава III Социально – гигиеническая характеристика инвалидов, участников ВОВ и участников боевых действий Ростовской области.....	19
Глава IV Психологические особенности инвалидов с последствиями боевых травм опорно-двигательной системы.....	30
Глава V Медико-социальная экспертиза при последствиях боевых травм опорно-двигательной системы.....	43
Глава VI Медико-социальная реабилитация инвалидов, участников ВОВ и участников боевых действий.....	57
6.1. Потребность инвалидов с последствиями боевых травм опорно-двигательной системы в различных видах медико-социальной реабилитации.....	59
6.2. Программы комплексной медико-социальной реабилитации при последствиях боевых травм опорно-двигательной системы.....	62
Заключение.....	92
Выводы.....	100
Практические рекомендации.....	103
Список использованных источников.....	104
Приложения.....	132

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ИОВ – инвалиды Отечественной войны;
УОВ – участники Отечественной войны;
ВОВ – Великая Отечественная война;
АСК -агрегатное состояние крови ;
ГВВ-госпиталь для ветеранов войн
ЭЭГ-электроэнцефалографии ;
ПТСР -посттравматические стрессовые расстройства ;
КТ -компьютерной томографии ;
МРТ-магнитно-резонансная томография;;
ЭЭГ-электроэнцефалография;
ЦНС – центральная нервная система;
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения;
ХАН – хроническая артериальная недостаточность;
НФС – недостаточность функций суставов;
МСЭ – медико-социальная экспертиза;
ЛФК - лечебная физкультура;
ДДП-дегенеративно-дистрофические поражения;
ЭМП – электромагнитные поля;
ПДУ- предельно допустимый уровень;

ВВЕДЕНИЕ

Приоритетными национальными задачами в области здравоохранения и социального развития на современном этапе являются укрепление здоровья населения , усиления профилактики заболеваемости и инвалидности , развитие реабилитации , внедрение современных высокоэффективных медицинских и здоровье сберегающих технологий (И.Ф.Герасименко , 1998; И.Н.Денисов, 1998-2002; Ю.П.Лисицин, 1999-2002; Р.А.Хальфин, 1999-2001; М.А.Пальцев, 2002; И.А.Щепин, 2003 ; Н.Ф.Измеров, 2004; В.Н.Стародубов, 2004; С.Н.Пузин, 2005).

Здоровье граждан , как социально-экономическая категория , является неотъемлемым фактором трудового потенциала общества и представляет собой основной элемент национального богатства страны.

Ценность здоровья, как важнейшего ресурса , необходимого для производства материальных и культурных благ , определяется современными тенденциями снижения воспроизводства населения , процесс его старения и , таким образом , уменьшением численности населения .

С 1990 по 2011годы в Российской Федерации существенно возросло число случаев заболеваний, приводящих к смерти . Число случаев заболеваний системы кровообращения возросло в 2 раза , случаев заболевания злокачественными новообразованиями – на 60,0 %. Число болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани , приводящих к инвалидности , возросло в 2 раза. В структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания (24,3%) и болезни системы кровообращения (14,2%).

Необходимость решения указанных задач в рамках модернизации системы здравоохранения обусловлено низким уровнем состояния популяционного здоровья, прогрессирующим демографическим кризисом , ухудшением положения социально уязвимых слоёв населения в связи с проводимыми социальными реформами , а так же нехваткой сил и средств для обеспечения

необходимого объёма и качества медицинской и социальной помощи возрастающему контингенту больных и инвалидов (А.И.Волков , 2002; Ю.П.Лисицин, Н.В.Полунина , 2002; Т.С.Алфёрова, 2003; В.З.Кучеренко , 2003; В.Ю.Семёнов, 2004; В.И. Стародубов , 2004; С.Н.Пузин, 2005).

Особое внимание привлекает здоровье и инвалидность участников различных боевых действий , в том числе ИОВ и УОВ ввиду огромного морального и экономического ущерба наносимого инвалидизацией этой категории лиц обществу (Ю.П.Лисицин, 1998 ; П.П.Гришина , 1999; А.Н.Осадчих , 2000; В.И.Стародубов, 2001; О.П.Щепин , 2001 ; С.Н.Пузин , 2002 ; Berthoud, 1998)

В последние годы появились работы посвященные медицинским и социальным аспектам инвалидности , медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с последствиями боевых травм опорно-двигательной системы (С.С.Меметов , 2001) , реабилитации больных с последствиями переломов нижних конечностей в Самарской области (Л.Ю. Ерастова ,2002) ,оказание им протезно-ортопедической помощи (О.П.Ритова, 2002) , реабилитации инвалидов вследствие травм нижних конечностей в Ростовской области (А.А.Домашенко, 2003).

Однако, до настоящего времени недостаточно изучены потребности инвалидов ВОВ , участников ВОВ и участников других военных конфликтов в различных мерах социальной поддержки , в реабилитационных мероприятиях , включая медицинскую , психологическую реабилитацию , обеспечение их техническими средствами реабилитации на региональном уровне.

Другой не менее важной задачей являются совершенствование системы оказания медицинской и социальной помощи , включая реабилитацию указанного контингента лиц.

На современном этапе развития реабилитации необходима так же разработка научно-обоснованных рекомендаций по формированию комплекс-

ных программ реабилитации инвалидов боевых действий , на основе определения структуры их социальных потребностей.

Все это обусловило необходимость проведения настоящего исследования и определило цель и задачи работы.

Цель исследования: Разработка научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию системы комплексной реабилитации инвалидов и участников ВОВ и участников боевых действий с учетом медико-социальных факторов и особенностей данного контингента.

Задачи исследования:

1. Изучить динамику инвалидности основного контингента ветеранов Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий и социально-гигиенический анализ среди участников боевых действий Ростовской области за период 2008г -2012г среди населения г.Ростова-на-Дону и Ростовской области;

2. Проанализировать клинико-функциональные и психологические особенности ветеранов Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий в аспекте решения медико-социальных проблем и реабилитации;

3. Изучить структуру потребностей контингентов по данным анкетирования;

4. Разработать мероприятия, направленные на улучшение состояния здоровья и социальной защиты изучаемых контингентов.

Научная новизна исследования:

- впервые, в результате комплексного медико-социального исследования среди инвалидов ВОВ и участников ВОВ, а так же участников боевых действий, на территории Ростовской области разработана и внедрена схема организации реабилитации инвалидов указанных групп, с вовлечением в процесс всех заинтересованных министерств и ведомств, в том числе общественных организаций ,что позволило устранить ведомственную разобщен-

ность и приблизить реабилитационные мероприятия к населению области, сократить сроки ожидания обеспечения техническими средствами реабилитации;

- изучено состояние нуждаемости инвалидов ВОВ и участников ВОВ, а так же участников боевых действий в освидетельствовании в службе медико-социальной экспертизы (МСЭ), как с целью определения группы инвалидности, так и с целью определения потребности освидетельствованных лиц в различных мерах социальной поддержки, включая реабилитацию;

- определена возрастно-половая характеристика и клинико-экспертная характеристика контингента;

- изучена структура потребностей инвалидов и участников ВОВ, а так же участников боевых действий в различных видах медицинской, профессиональной, психологической и социальной реабилитации, что позволяет учитывать и планировать финансовые средства на проведение комплексных реабилитационных мероприятий;

- усовершенствована модель освидетельствования инвалидов и участников ВОВ, в том числе имеющих группу инвалидности без срока переосвидетельствования в условиях стационара, когда инвалидам одновременно в период прохождения стационарного лечения определяется их потребность в реабилитационных мероприятиях и освидетельствовании в службе МСЭ, здесь же оформляется направление на МСЭ, организуется освидетельствование непосредственно в стационаре, составляется индивидуальная программа реабилитации и к реализации, указанных в ней мероприятий привлекаются специалисты других министерств и ведомств, что позволяет значительно сократить сроки освидетельствования указанного контингента, сроки обеспечения их техническими средствами реабилитации, приблизить реабилитационные мероприятия к инвалидам и участникам ВОВ, снизить социальную напряженность среди указанного контингента.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Алгоритм и принципы концептуального подхода к проведению реабилитационных мероприятий в отношении инвалидов ВОВ, участников ВОВ и участников боевых действий с учетом новых концепций к оказанию медицинской помощи.

2. Модель освидетельствования инвалидов и участников ВОВ, имеющих группу инвалидности без срока на предмет определения их потребностей в медицинской, психологической, профессиональной, социальной реабилитации, включая необходимый перечень технических средств реабилитации для обеспечения наиболее полной интеграции в общество.

3. Практические рекомендации по организации обеспечения системы взаимодействия различных ведомств, занимающихся проблемами реабилитации инвалидов ВОВ и участников ВОВ, а так же участников боевых действий в различных мерах медико-социальной реабилитации, включая обеспечение техническими средствами реабилитации для оказания им адресной социальной помощи.

ГЛАВА I .МЕДИКО СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, УЧАСТНИКОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

(Обзор литературы)

Актуальность проблемы изучения медико-социальных аспектов заболеваемости , инвалидности и реабилитации участников ВОВ и участников боевых действий особенно возрастает в последнее время в связи с необходимостью решения государственными органами и учреждениями экономических , социальных , культурных и духовных проблем , способствующих увеличению продолжительности качества их жизни , снижению преждевременной смертности , инвалидности и заболеваемости, достижения удовлетворенности жизнью и долголетия.

Приоритетным направлением в настоящее время является определение потребности инвалидов, ветеранов, участников боевых действий в комплексной реабилитации, позволяющей решать проблему интеграции указанного контингента лиц в общество .

С целью повышения эффективности реабилитационных мероприятий в отношении инвалидов и ветеранов-участников боевых действий необходимо создание единой базы указанных лиц с указанием их места жительства, статуса, диагноза (основного и сопутствующего) , потребности в реабилитаци-

онных мероприятиях , сроках и месте их проведения , ответственных исполнителей реабилитационных мероприятий.

Согласно статистическим данным по состоянию на 01.01.2012г численность ветеранов Великой Отечественной Войны в Российской Федерации составляла 3342520 человек , что на 135659 человек меньше чем на 01.01.2011 год. ,что свидетельствует , к сожалению, и естественной убыли указанного контингента лиц (таблица 1).В Ростовской области на 01.01.2012 года численность ветеранов ВОВ составляла 71176 человек , что составляет 2,1% от общей численности ветеранов ВОВ Российской Федерации (таблица 2).

Таблица 1 - Численность ветеранов ВОВ РФ

Категории ветеранов Великой Отечественной войны	По состоянию на 01.01.2011г., чел	По состоянию на 01.01.2012г., чел	Изменение (+/-)
Ветераны войны, в том числе:	1 081 692	965 544	-116148
участники Великой Отечественной войны, включая инвалидов войны и бывших несовершеннолетних узников фашизма	606 642	530 439	-76 202
граждане, награжденные знаком, «Жителю блокадного Ленинграда»	166 109	157914	-8195
лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на оборонных предприятиях	330	307	-23
вдовы погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и войны с Японией	308611	276 884	-31727
Труженики тыла, включая бывших несовершеннолетних узников нацистских концлагерей, тюрем и гетто	2 426 487	2 406 976	-19511
ВСЕГО	3 508 179	3 372 520	-135659

Следует отметить , что из общего числа инвалидов и участников ВОВ по состоянию на 01.01.2012г состояло:

-247976 человек в возрасте 85-90 лет

-58217 человек в возрасте 91-95 лет

-7009 человек в возрасте 96-100 лет

-503 человека в возрасте старше 100 лет.

Самому старшему участнику ВОВ -115 лет

Таблица 2 - Численность ветеранов ВОВ Ростовской области

Категории ветеранов Великой Отечественной войны	По состоянию на 01. 01.2011г., чел.	По состоянию на 01. 01. 2012г., чел.	Изменение (+/-)
Ветераны войны, в том числе:	24824	21383	-3441
участники Великой Отечественной войны, включая инвалидов войны и бывших несовершеннолетних узников фашизма	18509	13767	-4742
граждане, награжденные знаком, «Жителю блокадного Ленинграда»	258	107	-151
лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на оборонных предприятиях	0	0	0
вдовы погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и войны с Японией	8757	7509	-1248

По Федеральным округам численность инвалидов распределилась следующим образом :Приволжский - 43,7%, центральный- 23,0%, северо-западный -10,7%, южный -8,0%, сибирский – 6,4 % , уральский -3.8%,северо-кавказский - 2,7% ,дальневосточный -1,7% (таблица №3).

Все инвалиды и ветераны ВОВ ежегодно проходят углубленное медицинское обследование, нуждающиеся проходят стационарное лечение в соответствии с медицинскими показаниями.

В настоящее время в Российской Федерации функционирует 64 госпиталя ветеранов войн, общей мощностью 16,8 тысяч коек , которые в течении года обеспечивают обследование и лечение более 314,5 тысяч ветеранов.

Структура коечного фонда госпиталей соответствует структуре заболеваемости ветеранов войн , улучшается материально –техническая база госпиталей , что позволяет использовать современные методы диагностики , ле-

чения и реабилитации. В госпиталях работает около 3,8 тысяч врачей и более 9 тысяч среднего медицинского персонала, укомплектованность врачебными кадрами составляет 96,4%, средним медицинским персоналом -93%

Таблица 3 - Распределение численности ветеранов ВОВ по Федеральным округам из журнала

Распределение численности ветеранов войны по Федеральным округам	Российская	100,0%	из общего числа инвалидов и участников Великой Отечественной войны: 247 976 человек в возрасте 85-90 лет; 58 217 человек в возрасте 91-95 лет; 7 009 человек в возрасте 96-100 лет; 503 человека - в возрасте старше 100 лет
	Приволжский	43,7%	
	Центральный	23,0%	
	Северо-Западный	10,7%	
	Южный	8,0%	
	Сибирский	6,4%	
	Уральский	3,8%	
	Северо-Кавказский	2,7%	

По данным Т.А.Столковой, С.А.Пряникова, И.Г.Лещенко, ожидается что количество пожилых людей в развитых странах в течении ближайших 40 лет возрастает на 40%, следовательно возрастает и потребность пожилых людей в медицинской помощи.

Летальность среди пожилых пациентов в отделениях интенсивной терапии составляет 25% и даже выше при наличии тяжелой сопутствующей патологии. Martin GS (2006) описал непрерывно возрастающую летальность у пациентов 65 лет и рассказал о существовании значительной неопределенно-

сти в отношении взаимодействия различных факторов таких , как источник или тип инфекции , существующая патология и уровень пожилого возраста, что зачастую приводит к развитию пневмоний , являющейся одной из важных клинических проблем в гериатрической практике.

Среди назокомиальных инфекций пневмонии стоят на втором месте , после поражения мочевыделительного тракта.

В работах посвященных лечению пожилых людей , как правило, отличается полиорганная недостаточность, зачастую сопутствующая патология по тяжести течения конкурирует с основным заболеванием, что требует комплексного подхода к лечению данного контингента лиц. Так , например, анемия особенно часто наблюдается у пожилых людей , а ее сочетание с хронической болезнью почек (ХБН) лидирует по вкладу в структуру причин смерти этой категории пациентов. Анемия является частым осложнением хронической болезни почек главным образом из-за утраты почками способности секретировать достаточное количество эритропоэтина для стимуляции кроветворения.

По данным А.И.Лысенко с соавторами постарение населения является неотвратимым демографическим процессом. В настоящее время во всех странах мира , включая и Российскую Федерацию, происходят демографические изменения, свидетельствующие о стремительном росте относительного и абсолютного числа людей старших возрастных групп причём весьма характерной чертой постарения населения является рост популяции людей старше 80 лет(Медик В.А. , Юрьев В.К.,2003; Лазебник Л.Б. 2008) .

Старение характеризуется постепенным развитием функциональных и структурных изменений многих органов ,что также сочетается со снижением приспособительных механизмов регуляции.

Особое значение исследования системы агрегатного состояния крови (АСК) в гериатрической практике. В процессе старения происходит снижение и нарушение надёжности системы регуляции агрегатного состояния кро-

ви, которая , как правило , возникает к 50-60 годам жизни и усугубляется с каждым последующим десятилетием(Бар-каган З.С.,1996)

Агрегатное состояние крови -элемент гомеостаза (Гаврилов О.К., 1997).Оно может изменяться под воздействием различных факторов. Кровь способна формировать различные агрегаты из форменных элементов и белков крови, твердые фибриновые и смешанные тромбы и эмболы, которые препятствуют кровопотере в случае повреждения целостности сосуда или нарушают нормальный ток крови в условиях патологии (Гаврилов А.О., Сокольская Н.О., Гаврилов О.К., 2001, Захарова Н.О., 2009)

Методы исследования АСК включают определение многих признаков, характеризующих функционирование физиологической системы , обеспечивающей оптимальное жидкое фазное состояние крови и фазные переходы при изменении условий в системе кровообращения.

Выявление особенностей агрегатного состояния крови у пациентов при старении имеет большое значение для улучшения качества жизни и снижения смертности в пожилом и старческом возрасте.

При старении в артериях наблюдается снижение эластичности, растяжимости сосудистой стенки и развитие ее регидности. Это подтверждается наличием прямой взаимосвязи между возрастом и показателями жесткости сосудистой стенки : пульсоартериальным давлением, индексом артериальной жесткости , скоростью распространения пульсовой волны, сердечно-сосудистым индексом.

В старческом возрасте при физиологическом старении наблюдается разрежение капилляров сети. Установлено достоверное снижение показателя микроциркуляции ,резерва капиллярного кровотока , активности гладкомышечных клеток в стенке артериол и и прекапиллярных сфинктеров, эндотелиальной активности микрососудов и увеличение времени полувосстановления капиллярного кровотока у гериатрических больных по сравнению с пациентами среднего возраста. Установлена взаимосвязь между показателями микроциркуляции и центральной гемодинамики, диастолической функцией левого желудочка.

Таким образом, комплексная оценка агрегатного состояния крови и выявление особенностей взаимосвязи показателей центральной гемодинамики, жесткости сосудистой стенки, микроциркуляции у пациентов старческого возраста имеет важное клиническое значение.

Учитывая вышеизложенное можно сделать вывод, что реабилитационные мероприятия в отношении лиц пожилого и старческого возраста требуют комплексного подхода с учетом общих физиологических изменений происходящих в организме.

По данным Г.З.Демченковой (2012г) с 2011 года начата реализация 3-х уровневого принципа оказания восстановительного лечения и комплексной медико-социальной и психологической реабилитации ветеранам войн. Пациент направляется на амбулаторное обследование, при наличии показаний – в стационар для лечения и санаторно-курортное учреждение на реабилитацию.

На стационарном этапе предусмотрено создание и развитие на базе госпиталей ветеранов войн, центров медико-психологической реабилитации и оснащение их необходимым оборудованием.

Вместе с тем, следует отметить, что среди контингента больных, проходящих лечение в госпиталях в последние годы значительно возросло число лиц, получивших различные ранения, участвуя в боевых действиях в «горячих точках». По данным С. И.Исаенко, М. М.Немировской, А.Г.Жилина (2012г) растет численность нового контингента- участников боевых действий в Чеченской республике и других «горячих точках», растет уровень их инвалидизации и дезинтеграции.

ГЛАВА II. МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящая работа является комплексным социально-гигиеническим, клинико-экспертным, социально-психологическим и экспертно-реабилитационным исследованием.

В соответствии с задачами исследования определены следующие этапы работы:

Первый этап посвящен изучению социально-гигиенических особенностей инвалидов и участников ВОВ, а так же участников других военных конфликтов.

Исследование сплошное.

База исследования ГБУ РО «Госпиталь для ветеранов войн», филиал ГБУ РО ГВВ в г. Гуково и отделения для ветеранов войн в городах и районах Ростовской области.

Объект исследования – медицинские карты стационарных больных, амбулаторные карты больных, индивидуальные программы реабилитации инвалидов учетно-отчетная форма 14,30 (форма годового отчета)

Единица наблюдения- лица, находящиеся на стационарном лечении в ГБУ РО ГВВ.

Период наблюдения -2008-2012 гг

На базах исследования отработаны документы 16063 больных , прошедших стационарное лечение в госпитале , из которых

ИОВ-3371 человек

УОВ-9423 человека

Участников других военных конфликтов-3269 человек

Необходимые сведения выкопированы в специально разработанную карту. На данном этапе использованы социально-гигиенический, документальный, экспертный, аналитический, статистические методы исследования.

Второй этап –клинико-экспертный и социально-психологический- посвящен оценке состояния центральной нервной системы , опорно-двигательной системы , других органов и систем организма, а так же психологических особенностей участников войны и боевых действий.

Исследование выборочное.

Объем исследования определялся по формуле Меркова и составил 270 человек.

Период наблюдения -2008-2012гг

При проведении экспертно-реабилитационной диагностики использовались клинические, биохимические, функциональные (РВГ,РЭГ,ЭЭГ, доплерография и др.),рентгенологические(рентгенография ,компьютерная томография ,магнитно-резонансная томография) методы исследования.

Для оценки психологических особенностей использовались: методика изучения самооценки по Дембо-Рубенштейну, таблицы Шульце, классификация карточек по цвету и форме, установление аналогий , простая и сложная шифровки, патопсихологические методики.

Третий этап –экспертно-реабилитационный, посвящен изучению ограничений жизнедеятельности у исследуемого контингента, определению потребности их в различных видах реабилитации, включая обеспечение техническими средствами реабилитации, определению показаний для направления на медико –социальную экспертизу, как с целью определения группы инвалидности, так и с целью составления индивидуальной программы реабилитации инвалида.

База исследования –ГБУ РО ГВВ, филиал ГБУ РО ГВВ в г. Гуково, отделения для ветеранов в городах и районах Ростовской области.

Объект исследования –медицинские карты стационарных больных, амбулаторные карты больных, индивидуальные программы реабилитации инвалидов, акты освидетельствования.

Единица наблюдения -участник войны или боевых действий.

Объем исследования- 270 больных и инвалидов.

Период наблюдения -2008-2012гг

Методы исследования: клинико-функциональные, документальный, экспертных оценок, аналитический, статистический.

На этом этапе проводилось так же изучение потребности 623 инвалидов-участников боевых действий в различных видах медико-социальной помощи с использованием документального метода , методов интервью, экспертных оценок, аналитического и статистического методов исследований.

Таким образом, приведенные в данной главе материалы свидетельствуют о многоплановости настоящего исследования , использования для решения поставленных задач современного комплекса социально-гигиенических , клинико-функциональных методов экспертно-реабилитационной диагностики и психологических методик , которые позволяют с позиций системного анализа изучить проблемы потребностей участников войны и боевых действий в различных видах реабилитации , включая обеспечение их техническими средствами реабилитации.

ГЛАВА III. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЛИДОВ, УЧАСТНИКОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ

ВОЙНЫ И УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Изучение социально – гигиенических характеристик инвалидов и участников ВОВ, а так же участников боевых действий , проживающих в г.Ростове-на-Дону и Ростовской области показало, что за последние 5 лет(2008-2012 гг.) количество инвалидов Отечественной войны постоянно снижается с 6000 человек в 2008 году до 2964 человек в 2012 году, т.е. на 3036 человека или на 49,4 %.

Количество участников ВОВ за тот же период уменьшилось с 15128 чел. до 7743 человек т.е. на 7385 человек или на 51,2%.

Количество участников боевых действий (других военных конфликтов) напротив увеличилось с 6796 человек в 2008 году до 17811 человек в 2012 году, т.е. на 11015 человек или на 61,8% (таблица №1).

Значительный рост количества участников боевых действий в 2012 году по сравнению с 2011 годом с 7174 человека до 17811 человек, т. е. На 10673 человека или на 59,9% связана с проведенной в 2012 году сверки различных баз данных указанного контингента, что позволило выявить лиц из числа участников военных конфликтов, которые ранее не были учены в единой базе данных.

Что касается общего количества участников различных военных конфликтов, вычитая инвалидов и участников ВОВ, то оно за период с 2008 года по 2011 год так же имело тенденцию к снижению с 27924 человек в 2008 году до 19778 человек в 2011 году, т.е. на 8.146 человек или на 29,2%. Причем следует отметить, что снижение общего количества участников происходило в основном за счет инвалидов и участников ВОВ в результате их естественной убыли. В 2012 году отмечен значительный рост количества участников военных конфликтов, которые происходят в основном за счет лиц относительно молодого возраста и составил 28518 человек, что на 8740 человек или

на 30,6% больше чем в 2011 году, несмотря на продолжающуюся естественную убыль среди инвалидов и участников ВОВ.

Как уже было сказано выше, увеличением общего количества участников боевых действий произошло за счет упорядочивания системы их учета при формировании единой базы данных.

В 2008 среди общего количества участников боевых действий (27924 чел.) -15632 человека или 55,9% составляет городское население, а 12292 человека или 44,1% сельское население, в 2009 году общее количество составляет 25006 человек из них 14033 человека или 56% городского населения, а 10973 человека или 44% сельского населения; в 2010 году общее количество 21941 человека из них 12421 человека или 56,6%- городское население, а 9520 человек или 43,4%- сельское население.

В 2011 году общее количество составит 19778 человек, из них 11008 человек или 55,6% городского населения, а 8770 человек или 44,4% сельского населения.

В 2012 году, отмечен рост общего количества, участников боевых действий, несмотря на снижение количества инвалидов и участников ВОВ, он составит 29518 человек, из них 12268 человек или 43% городского населения, и 16250 человек или 57%-сельского населения. Таким образом из вышеуказанного следует, что в период с 2008 года по 2011 год среди участников боевых действий преобладали лица городского населения (как правило более 55%), а в 2012 году среди участников боевых действий которой 57% составили жители сельской местности, а 43%-городское население (рисунок 1).

В 2008 году количество пролеченных участников боевых действий в стационаре составило 13619 человек или 51,3% от общего количества участников. Следует отметить что это наиболее высокий процент охвата стационарным лечением за весь период наблюдения. В последующем количество пролеченных участников постепенно снижалось с 9850 человек (39,4%) в 2009 году, затем 9728 человек (47,3%) в 2010 году, до 9135 человека (46,2%) в 2011 году. Несмотря на то, что количество пролеченных больных из года в

год уменьшалось, процент охвата стационарным лечением за этот же период увеличивается с 39,4% в 2009 году до 46,2% в 2011 году. Это связано в первую очередь с тем, что уменьшалось и общее количество участников боевых действий за тот же период с 27924 человека в 2008 году до 19778 человек в 2011 году. Уменьшение общего количества контингента за указанный период связано с естественной убылью инвалидов и участников ВОВ. А наибольшее количество пролеченных больных из числа контингента (13619 чел.) и наибольший процент охвата их стационарной помощи в 2008 году (51,3%), свидетельствует о том, что в общем контингенте участников боевых действий в 2008 году было наибольшее количество инвалидов и участников ВОВ, а это, как правило, лица преклонного возраста, имеющие различные заболевания и нуждающиеся в стационарном лечении. В последующие годы их количество постепенно уменьшалось, а в связи с этим уменьшалось и количество пролеченных больных, т. к. участники других боевых действий — это лица более молодого возраста и нуждаемость их в стационарном лечении значительно меньше (рисунок 2).

Показатели общей заболеваемости по Ростовской области за исследуемый период имели тенденции к увеличению в 2009 году по сравнению с 2008 на 1,16%. В 2010 году общая заболеваемость снизилась по сравнению с 2009 годом на 0,97%, в 2011 году на 0,3 % по сравнению с 2010 годом, а в 2012 году увеличилась на 0,5% по сравнению с 2011 годом.

Показатель первичной заболеваемости по Ростовской области в 2009 году увеличился по сравнению с 2008 годом на 2,3 %, в 2010 году снизился на 3,1% по сравнению с 2009 годом, в 2011 году увеличился на 2,9 % по сравнению с 2010 годом, а в 2012 году снизился на 1,4 % по сравнению с 2011 годом.

Количество участников боевых действий (городское и сельское население)

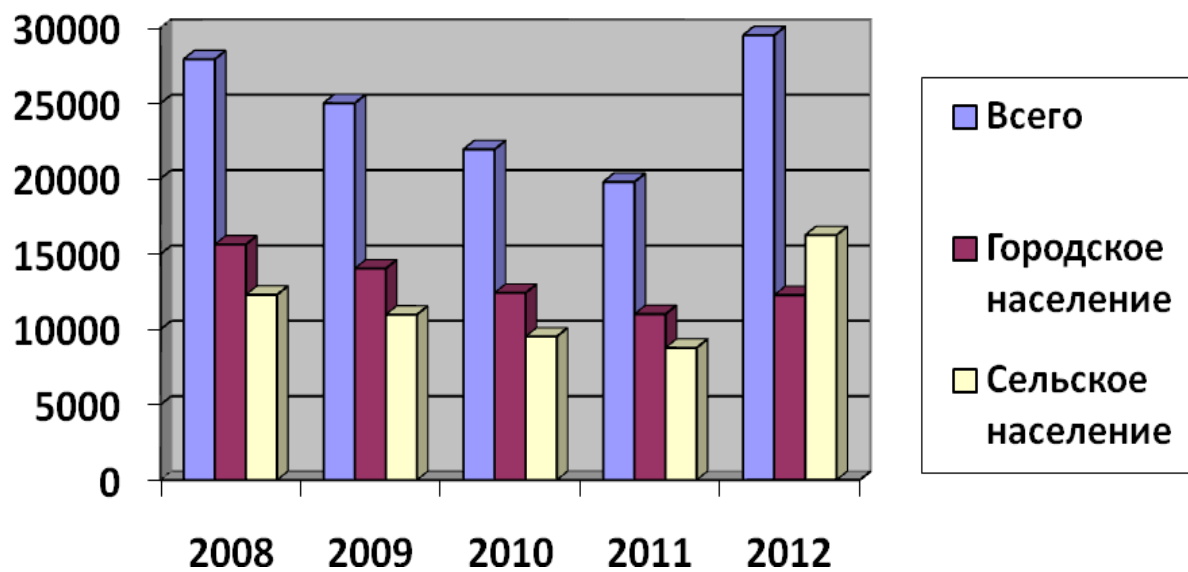


Рисунок 1

Количество пролеченных участников боевых действий в госпитале и других стационарах

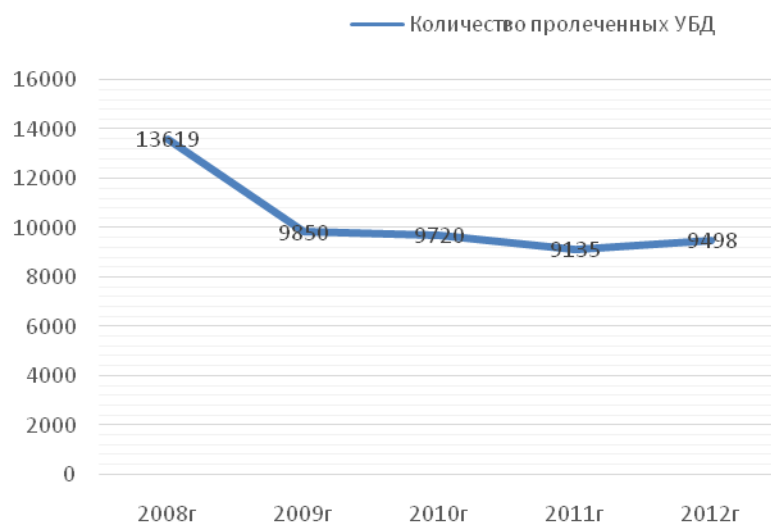


Рисунок 2

Среди городского населения Ростовской области показатель общей заболеваемости за исследуемый период имел тенденцию к снижению, так в 2009 году общая заболеваемость снизилась на 1,9% по отношению к 2008 году, в 2010 году на 0,21% по отношению к 2008 году, в 2011 году на 1,1%, а в 2012 году на 2,6% по отношению к 2008г..

Первичная заболеваемость среди городского населения за исследуемый период так же имела тенденции к снижению по сравнению с 2008 годом на 1,% в 2009г.; на 2,7% - в 2010г.; на 0,3% - в 2011 г.и на 1,1% в 2012г..

Среди сельского населения Ростовской области показатель общей заболеваемости за исследуемый период имел тенденцию к увеличению по сравнению с 2008 годом на 3,9% - в 2009г.; на 2,25% - в 2010г.; на 4,7% - в 2011г. и на 7,8% - в 2012г..

Показатель первичной заболеваемости сельского населения за исследуемый период имела так же четкую тенденцию к повышению вплоть до 2011 года, так в 2009 году он увеличился на 3,3% по сравнению с 2008 годом, в 2010 году на 2,6%, а в 2011 году на 5,5% по сравнению с 2008 годом. Лишь в 2012 году наметилась тенденция к снижению первичной заболеваемости среди сельского населения. Она снизилась на 1,4% по сравнению с 2008 годом (таблица 4).

Таким образом, можно сказать, что как общая, так и первичная заболеваемость по Ростовской области за исследуемый период имела тенденции к увеличению, в основном за счет сельского населения, несмотря на некоторое снижение среди городского населения.

Таблица 4 - Заболеваемость взрослого населения Ростовской области

		2008	2009	2010	2011	2012
Об- ласть	Общая заболе- ваемость	1477,6	1494,8	1480,2	1475,0	1481,8
	Первичная за- болеваемость	599,6	613,4	594,5	612,3	604,0
Город	Общая заболе- ваемость	1572,5	1542, 7	1570,9	1554,3	1531,9
	Первичная за- болеваемость	626,9	620,2	609,5	624,9	619,9
Рай- оны (село)	Общая заболе- ваемость	1226,0	1274, 4	1253,6	1284,0	1321,8
	Первичная за- болеваемость	534,5	552,2	548,9	563,9	526,8

Как показано на рисунке 3, первое ранговое место в структуре общей заболеваемости во все эти годы занимали болезни органов дыхания (от 175,3 в 2008 году до 200,6 на 1000 населения в 2012 году), с увеличением на 14,4%. Второе ранговое место занимали болезни системы кровообращения (от 147,0 – в 2008 году, до 202,5 на 1000 населения в 2012 году) с ростом на 37,7%. Третье ранговое место занимали болезни нервной системы (от 145,5 в 2008 году до 156,9 на 1000 населения в 2012 году) с увеличением на 7,8%. Четвертое ранговое место занимали болезни органов пищеварения (от 115,7 в 2008 году до 110,7 – на 1000 населения в 2012 году) с тенденцией к снижению на 4,3%; пятое ранговое место занимали болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (82,1 в 2008 году до 113,2 на 1000 населения в 2012 году) с увеличением на 37,8%.

За период с 2008-2012 годы произошло увеличение показателей общей заболеваемости при большинстве классов болезней: болезнях системы кровообращения на 37,7%; болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани – на 37,8%; болезни глаза и его придаточного аппарата – на 26,6%; психические расстройства – 24,6%; новообразования - на 19,6%; болезнях органов дыхания – на 14,4% при травмах и отравлениях – 5,0 %

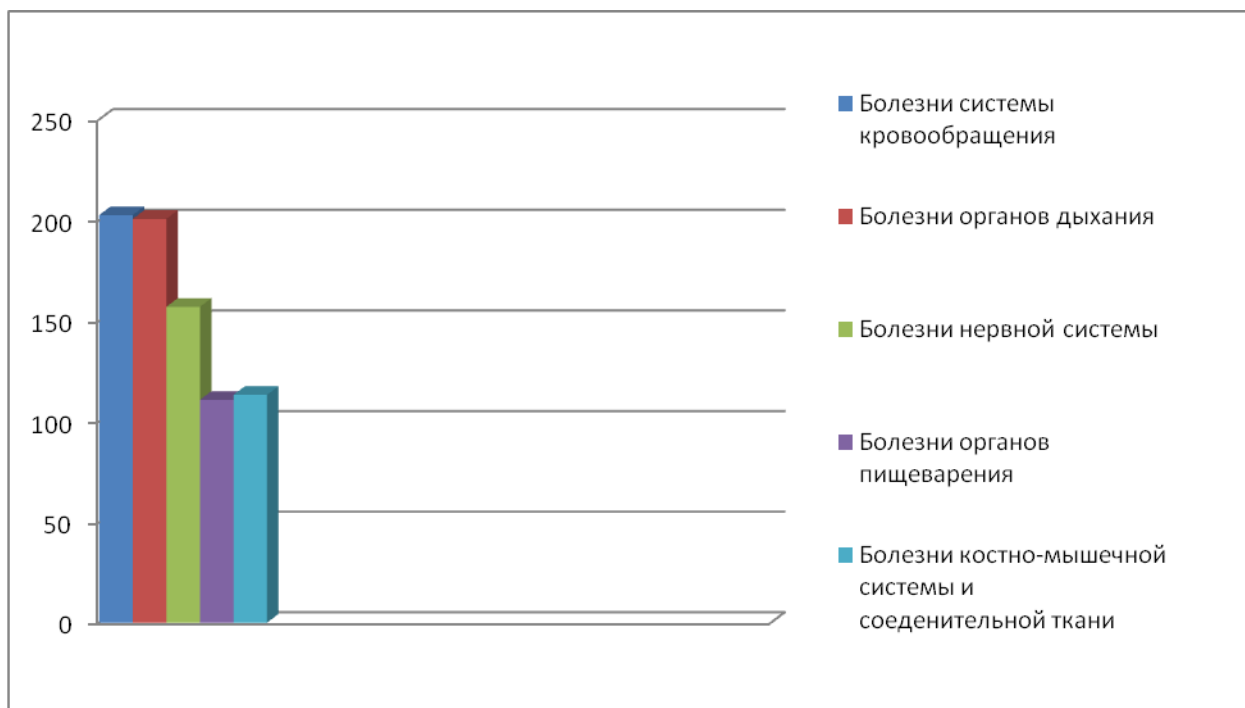


Рисунок 3 Ранговые места в структуре общей заболеваемости в 2012 году

Количество участников ВОВ в период с 2008 года по 2012 год уменьшилось с 15128 до 7743 человека (или 51,2%). Количество инвалидов ВОВ за тот же период уменьшилось с 6000 в 2008 году до 2964 человека в 2012 году (на 49,4%). А количество участников других военных контингентов за тот же период значительно увеличилось с 6796 человек в 2008 году до 17811 человек в 2012 году или (26,2%). Следует отметить, что такой значительный рост этой категории лиц связана в том числе с упорядочиванием системы учета и

формирования на территории области единой базы данных лиц — участников боевых действий (Таблица 1).

Распределение по группам инвалидности у исследуемого контингента выглядит следующим образом: У инвалидов ВОВ в 2008 году из общего количества (6000 чел.) - 276 человек (4,6%) имели I группу инвалидности; 5530 человек (92,2%) имели II группу инвалидности и 194 человека (3,2%) имели III группу инвалидности. В 2009 году из общего количества 5058(чел) — 237 (4,7%) имели первую группу инвалидности, 4611 человек (91,2%) имели вторую группу инвалидности и 210 человек (4,1%) имели третью группу инвалидности. В 2010 году из общего количества 4195 человек — 248 человек (5,9%) имели первую группу инвалидности; 3860 человек (92%) имели вторую группу инвалидности и 87 человек (2,1%) имели третью группу инвалидности. В 2011 году из общего количества инвалидов ВОВ (3472 чел.) 227 человека (6,5%) имели первую группу инвалидности; 3190 человек (91,9%) имели вторую группу инвалидности и 75 человек (1,6%) имели третью группу инвалидности и наконец в 2012 году из общего количества (2964 чел.) 190 человек (5,7%) имели первую группу инвалидности; 2724 человека (91,9%) имели вторую группу инвалидности и 50 человек (2,4%) имели третью группу инвалидности.

Из приведенного выше следует, что наибольшее количество инвалидов ВОВ за весь период наблюдения имеет вторую группу инвалидности (от 91,2% в 2009 году, до 92% в 2010 году), количество инвалидов первой группы колебалось от 4,6% до 6,5%, и наименьшее количество от 1,6% до 4,1% имели третью группу инвалидности. На наш взгляд, и мы проводим целенаправленную работу в этом направлении, среди инвалидов ВОВ с учетом их возраста и имеющихся у них заболеваний, не должно быть инвалидов III группы. Как показывает наша практика, инвалиды III группы среди инвалидов ВОВ — это, как правило лица, получившие III группу инвалидности без срока переосвидетельствования более 15-20 лет назад, а в последующем, при проведении ежегодных диспансерных осмотров, медицинскими работниками не уделяется должным вниманием этому факту. Безусловно, выявляются ка-

кие-то новые заболевания, которые с годами прогрессируют, больше лечатся, но социальный фактор, медицинскими работниками в этом случае не учитывается. Многие лица из этой категории не только нуждаются в мерах социальной поддержки, но и в обеспечении техническими средствами реабилитации, а значит подлежат направлению на медико-социальной экспертизы как с целью утяжеления группы инвалидности, так и с целью составления индивидуальной программы реабилитации.

У участников ВОВ в 2008 году из общего количества 15128 чел.- 384 чел.(2,5%) имели первую группу инвалидности; 14046 чел.(92,8%) имеют вторую группу инвалидности 238 человек (1,6%) имели третью группу инвалидности и 460 человек (3,1%) не имели группу инвалидности вообще. В 2009 году из общего количества УОВ- (13008 чел.) 293 чел.(2,2%) имели первую группу инвалидности; 11901 (91,5%) имели вторую группу инвалидности; 369 (2,8%) имели третью группу инвалидности; 445 человек (3,5%) не имели группу инвалидности.

В 2010 году из общего количества УОВ (10668 чел.) имели первую группу инвалидности 264 человека (2,5%); вторую группу инвалидности имели 9982 человека (93,6%); третью группу инвалидности имели 289 человека (2,7%); не имели группу инвалидности 133 человека (1,2%).

в 2011 году из общего количества УОВ (9132 человека) имели первую группу инвалидности-247 человека (2,7%); вторую группу инвалидности-8683 человека (95,1%); третью группу инвалидности 154 человека (1,7%) и 48 человек (0,5%) не имели группу инвалидности.

В 2012 году из общего количества УОВ (7743 чел.) имели первую группу инвалидности-216чел. (2,8%); вторую группу инвалидности-7332 человека (94,7%); третью группу инвалидности 158 человека (2%) и 37 человек (0,5%) не имели группу инвалидности.

Из изложенного следует, что среди УОВ наибольшее количество (от 91,5% до 95,1%) имели вторую группу инвалидности, первую группу инвалидности имели (от 2,2% до 2,8%); третью группу инвалидности имеет (от

1,6% до 2,8%) и наконец, не имели группу инвалидности (от 0,5% до 3,5%). Из указанной группы лиц, конечно же заслуживают внимания участники ВОВ, в первую очередь, не имеющие группу инвалидности, и имеющие третью группу инвалидности. Нами целенаправленно выявляется данная группа лиц, которая затем направляется на стационарное обследование, при котором, как правило, выявляются выраженные стойкие нарушения функций организма, приведение к ограничению жизнедеятельности и необходимости осуществления мер социальной поддержки. Всем им оформляется направление на медико-социальную экспертизу, которая проводится непосредственно в стационаре и гражданам определяется первая или вторая группа инвалидности, в зависимости от тяжести заболевания и составляются индивидуальные программы реабилитации, включающие в себя, в том числе, обеспечение техническими средствами реабилитации.

И, наконец, третья группа лиц нашего контингента — это участники других военных конфликтов, как на территории Российской Федерации и за ее пределами. Отличительной особенностью этого контингента лиц, в первую очередь является возраст, они конечно же значительно моложе ИОВ и УОВ, но у них отмечается значительный разброс, так если взять два наиболее незначительных контингента — участники войны в Афганистане, то их возраст колеблется в среднем 45-65 лет, а у участников контртеррорестической операции в Чечне, возраст колеблется от 25 до 55 лет, что в свою очередь сказывается и на группах инвалидности.

Так, например, из общего числа участников военных конфликтов в 2000 году -6796 человек, первую группу инвалидности имели 19 человек (0,2%); вторую группу инвалидности имели 491 человек (7,2%); третью группу инвалидности имеет 252 человека (3,7%); 6034 (80,0%) не имели группу инвалидности. В 2009 году из общего количества участников- 6940 человек имели I группу инвалидности 10 человек(0,3%); вторую группу инвалидности имели 535 человек (7,7%); третью группу инвалидности имели 374 человека (5,4%), не имели группу инвалидности 6013 человек (86,6%).

В 2010 году из общего количества участников 7070 человек первую группу инвалидности имеет 41 человек (0,6%); вторую группу инвалидности имеет 523 человека (7,4%); третью группу инвалидности имеет 211 человек (2,9%), не имели группу инвалидности 6303 человека (89,1%).

В 2011 году из общего контингента лиц 7174 человека первую группу инвалидности имеет 24 человека (0,3%); вторую группу инвалидности имеет 605 человек (8,4%); третью группу инвалидности имеет 310 человек (4,3%), не имели группу инвалидности 6235 человек (87%).

И, наконец, в 2012 году из общего количества контингента 17811 человек, первую группу инвалидности имели 46 человек (0,2%); вторую группу инвалидности имели 674 человека (3,8%); третью группу инвалидности имеет 548 человек (3%), не имели группу инвалидности 16543 человека (93%).

Из вышеизложенного следует, что среди участников других военных конфликтов на сегодняшний день основная масса (от 81,6% до 93%) не имеет группу инвалидности.

Количество инвалидов первой группы колеблется от 0,2% до 0,6%; второй группы от 3,8% до 8,4%; третьей группы инвалидности от 2,9% до 5,4%.

Но следует отметить, что в абсолютных цифрах отличается тенденция к увеличению количества инвалидов всех групп за исследуемый период. Так количество инвалидов первой группы увеличилось с 19 человек в 2008 году до 46 человек в 2012 год, инвалидов второй группы с 491 человека в 2008 году до 674 человека в 2012 году (+183 чел.); инвалидов третьей группы с 252 человек в 2008 году до 548 человек в 2012 году (+296 чел.). На первый взгляд рост количества инвалидов среди этого контингента лиц за исследуемый период незначительный, но тенденция сохраняется. Следовательно, необходимо больше внимания лицам, не имеющим инвалидности и проводить среди них различные профилактические мероприятия, направленные на сохранения их здоровья.

ГЛАВА IV. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНВАЛИДОВ, УЧАСТНИКОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Для исследования инвалидов и участников боевых действий на индивидуально-психологическом уровне был использован следующий методический арсенал: методика изучения самооценки по Демо-Рубинштейн, тест Розенцвейга для определения толерантности к фрустрационным ситуациям, 16-фактор личностный опросник Кеттела, позволяющий осознать картину жизненного пути, американский опросник PTSD, направленный на выявление посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), тест «Рисунок фантастического животного», тест «Кто я?», цветовой тест Люшера. При решении экспертных вопросов, проводилось традиционное пато-психологическое исследование оценки умственной работоспособности.

Психологическое обследование с использованием вышеперечисленных методик проведено 214 инвалидам и участникам боевых действий.

В ходе исследования прежде всего осуществлялось выяснение самооценки и ее динамики (до и после участия в военных действиях). Оценивая себя по такому качеству как доброта, лишь 39% опрошенных считают себя в настоящее время «добрыми», в то время как в допризывный период ретроспективно оценивали себя как «добрых» 68% респондентов. Доля «злых» (по их собственному мнению) в сравнении с допризывным периодом увеличилась с 1% до 19%.

Еще более велико расхождение актуальной и ретроспективной оценок по шкале «уравновешенность – вспыльчивость». Уравновешенными в допризывный период считали себя 74% опрошенных, вспыльчивыми – 10%. В момент опроса уравновешенными себя считали лишь 16% респондентов, вспыльчивыми – 68%. Изменения произошли и в оценке такого качества, как «общительность – замкнутость». Более половины опрошенных (58%) считали себя общительными до призыва в Армию и лишь 42% считают себя таковыми в настоящее время. Замкнутыми ранее себя считали 11% в момент опроса – 28%. Эти данные свиде-

тельствуют, что самооценка по качествам, крайне важным для межличностной коммуникации, претерпела негативные изменения.

Давая общую оценку изучаемого контингента лиц по социально-психологическим параметрам, можно отметить, что по внешним формальным критериям обследуемые достигли определенного уровня социальной адаптации, так как многие из них имели работу, активно участвовали в работе неформальных общественных организаций. Однако по внутренним, субъективным критериям уровень их социальной адаптации значительно ниже.

Индивидуальное психологическое обследование позволило выявить внутренние, собственно психологические аспекты: уровень психической напряженности, самооценку и самоотношение, отношение к внешнему миру.

При этом были выявлены не только очевидные, но и более глубинные, неосознанные самими обследуемыми особенности их психики.

В ходе исследования у трети обследованных лиц (35%) определялась выраженная неустойчивость эмоционально-волевой сферы. Об этом свидетельствовали жалобы на расстройство сна (трудности засыпания, ночные кошмары), крайняя обеспокоенность самих инвалидов повышенной возбудимостью, раздражительностью, взрывчатостью. Многие отмечали также подавленность, напряженность и тревогу. Иногда обнаруживалось отсутствие эмоциональных переживаний, ощущение монотонности и «серости» жизни.

В отношениях с окружающими они недоверчивы, подозрительны. В то же время чувство неудовлетворенности приводит к повышенной внешней активности. Эта двойственность побуждений (с одной стороны, противопоставление себя внешнему миру, с другой – активность, направленная вовне) приводит как к внешней, так и внутренней конфликтности, к повышению тревожности. Причем повышенная тревожность проявляется не только как «привычка тревожиться» в конкретных ситуациях, но и становится в ряде случаев базовой чертой личности.

Непосредственное участие в регуляции поведения и деятельности человека принимают его самооценка и самоотношение. Более чем у половины об-

следованных (64%) выявлена противоречивость, конфликтность самооценки. Их общая самооценка высока, причем собственное «я» воспринимается энергичное и угрожающее. Но за этим кроется страх, неуверенность в себе, зависимость от мнения окружающих. Можно предположить, что присущая им направленность на самоутверждение, удовлетворение собственных высоких притязаний носит преимущественно защитный характер. Отметим, что такой способ психологической защиты носит активный, направленный на окружающую действительность характер и может быть расценен как достаточно позитивный, то есть не ведущий к углублению внутреннего психологического конфликта.

Одной из характерных и крайне неблагоприятных психологических особенностей этого контингента лиц является отсутствие у них жизненной перспективы. Это проявляется в особенности самооценки: реальная и идеальная (желаемая) самооценка во многих случаях совпадают. Это может быть связано как с заниженным уровнем притязаний (неверием в свою способность что-либо изменить), так и с завышенной самооценкой (полной удовлетворенностью собой). Причем завышение актуальной самооценки может носить характер психологической защиты (нежелание осознать собственные недостатки). Неопределенность жизненной перспективы проявлялась также в отказе от оценки своего будущего. Вопрос «Чего можно достичь?» у многих вызывал затруднение. Настойчивость психолога приводила в ряде случаев к негативным эмоциональным реакциям обследуемых. Это также может быть следствием психологической защиты личности-перспективы кажутся столь мрачными, что не допускаются до сознания.

Вообще же у бывших участников военных действий сильно выражена ретроспективная направленность. Служба в рядах Вооруженных Сил оценивается ими как один из наиболее значительных и ярких жизненных периодов. Причем в мирной жизни ветераны предпочитают ориентироваться на те ценности и нормы, которые сложились у них в ходе боевых действий к объеди-

нению , так как в среде «себе подобных» они чувствуют себя наиболее комфортно.

Описанный выше феномен преимущественно ретроспективной направленности у людей молодого возраста серьезно затрудняют социальную адаптацию.

Непосредственными проявлениями нарушений социальной адаптации у обследованных лиц являлись сложности в межличностных контактах. Подавляющее большинство их выражало серьезное беспокойство по поводу собственной конфликтности , несдержанности в общении. Собственное «я» воспринималось ими как угрожающее , как источник агрессии. Правда, использование объективных психологических методик показало , что эта агрессия – преимущественно вербальная .Нарушения межличностных контактов проявлялись также в недоверии к окружающим, подозрительности, иногда – в равнодушии , отсутствии эмоционально значимых контактов.

Другим ярким свидетельством нарушения межличностных контактов у этого контингента лиц были их семейные отношения. Формально 62% обследованных состояли в браке. Но лишь 35% из них удовлетворены своими семейными отношениями.

Необходимо отметить , что фактор удовлетворенности семейной жизнью оказывается чрезвычайно важным для адаптации в обществе инвалидов, бывших участников боевых действий. Те из них, кто сумел построить нормальную семью , имели большую эмоциональную устойчивость и выше оценивали свои жизненные перспективы.

В ходе обследования познавательной сферы выявлялись колебания общего темпа психических процессов от одиночных колебаний до умеренно выраженного снижения темпа в длительном действии. Реже встречалась инертность психических процессов.

У трети обследованных лиц обнаруживались нарушения по типу лабильности мышления : неравномерность уровня достижений, чередование обоб-

щенных и конкретно-ситуационных решений, образование одновременных групп в методике «классификация».

Указанные нарушения динамики мышления не приводили к грубым нарушениям строения мышления, носили проходящий характер и указывали на неустойчивость уровня умственной работоспособности.

В исследовании объективно подтверждались жалобы на ослабление функции внимания, оно выявлено у 61% обследованных. В наибольшей степени страдал объем внимания, но и были затруднены также распределение и переключение внимания. У многих из них выявлялись изменения в устойчивости внимания.

Что касается мнестической деятельности, то, как правило, продуктивность непосредственного запоминания снижена значительно или не страдает вообще, но динамика мнестических процессов несколько нарушена: кривая непосредственного запоминания имела «плато» или «провалы», более чем у половины из них (52%) наблюдались ложные припоминания. Среди обследованных выявлена группа лиц, перенесших, перенесших контузию головного мозга, у которых продуктивность опосредованного запоминания ниже, чем непосредственного. Такая особенность мнестических процессов обусловлена ослаблением функций внимания.

Изучение умственной работоспособности показало, что они обусловлены в первую очередь истощаемостью психических процессов и проявлялись в колебаниях внимания, нарушениях динамики мнестической деятельности, неустойчивости динамики мыслительных процессов вплоть до непоследовательности суждений.

Нарушение умственной работоспособности и эмоционально-волевой сферы, отмеченные у 68% обследованных, необходимо учитывать при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий у данного контингента.

Важно учитывать эти особенности и при профориентации. При выраженных нарушениях умственной работоспособности и эмоционально-волевой

сферы требуется индивидуальная работа по профориентации, с учетом возможности компенсации этих нарушений.

Адекватность профессионального самоопределения для лиц молодого возраста является одним из существенных факторов, влияющих на уровень социально – психологической адаптации.

Изучение особенностей социально-психологической дезадаптации инвалидов и участников боевых действий показало, что значительная часть обследованных имеет стойкие формы социально – психологической адаптации.

Дополнительным фактором, усиливающим дезадаптацию, стали социально-экономические проблемы, стоящие сейчас и перед другими категориями населения страны. Это тяжелое материальное положение, несовершенство медицинского и социального обслуживания, а так же крайне медленное решение проблемы улучшения жилищных условий, особенно остро стоящей перед бывшими участниками боевых действий.

Указанные факторы являются внешними, объективными. Были выделены также внутренние, психологические факторы дезадаптации:

- повышенный уровень психической напряженности, эмоционально-волевая неустойчивость.;
- неустойчивость и противоречивость самооценки;
- ретроспективная направленность, неопределенность (или отсутствие) перспектив будущего;
- трудности в межличностном общении, связанные как с неспособностью контролировать аффект, так и с изменением отношения к людям (и к обществу в целом);
- изменение иерархии ценностей, ориентация на ценности и нормы, сложившиеся в условиях боевых действий;
- выработка в ходе спонтанной социально-психологической адаптации наряду с адекватными также неадекватных способов психологической защиты (таких, например, как вытеснение из сознания неприятных переживаний).

Вся совокупность выделенных выше факторов – как внешних социально-экономических, так и внутренних психологических – привела к социально-психологической адаптации.

Для коррекции этих психологических нарушений необходима организация психокоррекционной работы. Особенности психологической симптоматики позволили выделить следующие основные направления психокоррекционной работы с этим контингентом лиц:

- обучение техники релаксации, снятие психического напряжения;
- преодоление неадекватных и обучение адекватным стереотипам реагирования (поведенческий тренинг);
- работа по преодолению межличностных конфликтов (обучение конструктивным способам разрешения конфликтов);
- работа по коррекции внутриличностных изменений (изменение иерархии ценностей, деформация «я»-образа, инверсия временной направленности, преодоление неадекватных механизмов психологической защиты).

Для отработки программ по психокоррекционной помощи этому контингенту лиц необходимо проводить как индивидуальную, так и групповую психотерапию с использованием различных приемов.

Изучение уровня социально-психологической адаптации инвалидов и участников боевых действий показало, что значительная часть (около 58%) имеет признаки низкой адаптированности, а 12% - признаки полной социальной дезадаптации с выраженной негативной реакцией на ситуации, неприемлемым отношением ко всему окружающему, выраженными протестными реакциями.

Низкий уровень адаптации этой категории инвалидов обусловлен рядом факторов как объективного, так и субъективного характера. К объективным факторам можно отнести социально-экономические показатели, характеризующие качество жизни данного контингента, состояния здоровья, тяжесть инвалидности. Однако напрямую зависимость между этими показателями и состоянием адаптации не всегда удастся проследить. Это объясня-

ется субъективными – психологическими характеристиками инвалидов военной травмы.

Структура психологических особенностей изучаемого контингента сложна, т.к. обусловлена причинами различного порядка.

На первое место по значимости выделяются причины, связанные с обстоятельствами получения инвалидизирующего нарушения здоровья – экстремальные ситуации (боевые действия, реальная опасность быть убитым или раненым, каротины гибели своих товарищей, техногенные катастрофы и т.п.). Нарушения психики, связанные с экстремальностью, могут быть острыми, латентными, хроническими. Они могут возникать через несколько лет после воздействия экстремальности в связи с возникновением новых стрессовых обстоятельств. Они необратимы, изменяют структуру личности человека. Ремиссии возможны лишь при усилиях различных специалистов и при создании благоприятных условий жизни.

Другая группа причин связана с травмой и как следствием этого – инвалидностью. Биологическая природа этих причин обуславливает изменения познавательной и эмоционально-волевой сферы.

Третья группа причин связана с изменением социального статуса бывшего военнослужащего, вынужденного перестраиваться к условиям гражданской жизни. При этом часто у человека меняется не только социальный и профессиональный статус, но и семейный.

Весь комплекс причин формирует у инвалидов с последствиями боевых травм психологическое неблагополучие, в основе которого лежит фрустрированная потребность в самореализации, в уважении их социальной роли, которую они играли, находясь на военной службе и ощущение приниженности их социального престижа. Психологическое неблагополучие способствует формированию неудовлетворительной субъективной оценки качества своей жизни, чувства приниженности качества своей жизни, чувства приниженности его социального престижа и мнения о том, что государство недоста-

точно помогает инвалидам участникам боевых действий вследствие военной травмы.

Психологические последствия травмы возникающей в результате воздействия на человека экстремальных, выходящих за рамки обычного человеческого опыта травматических событий, могут сохраняться длительное время и при неблагоприятных обстоятельствах могут вызывать социально-психологическую дезадаптацию или приводить к постепенной ассимиляции травмирующего опыта.

Столь тяжелые нарушения психики, возникающие у бывших военнослужащих и являющихся деструктивными в процессе их реализации и адаптации к условиям мирной жизни, требуют к себе особого внимания.

С учетом социально-психологических особенностей участников боевых действий приобретает особое значение становление и развитие социально-психологической поддержки этого контингента лиц.

Выделяют три основных аспекта работы при социально-психологической поддержке участников боевых действий:

- влияние на состояние «социально-психологической ситуации» общества;
- мониторинговые замеры психологического состояния инвалидов военной травмы, разработка и реализация по их результатам соответствующих мер воздействия;
- создание психологических и конфликтологических служб.

Психологическая помощь участникам боевых действий, имеющих социально-психологические проблемы должна быть обязательной и реабилитационной по своей сути.

Оказание психологической помощи участникам боевых действий должно быть организовано в форме как осуществления долговременной реабилитационной программы, которая включает психотерапевтические мероприятия по коррекции процесса общения, семейную психиатрию, снятие зависимости от алкоголя или наркотиков, так и в форме «Горячей линии» или снятия острых состояний проявления посттравматических стрессовых расстройств.

Длительные программы по психологической и социально-психологической реабилитации должны проводиться в рамках комплексной программы (или отдельно) в стационарных учреждениях(реабилитационных центрах, клиниках, санаториях и др.) при участии специалистов ,которых необходимо специально готовить для работы с данным контингентом.

Для оказания экстренной психологической помощи необходима организация специальных кабинетов , отделений при военных структурах , т.к. бывшие военнослужащие чаще обращаются в эти учреждения. Можно использовать «телефон доверия» или «горячую линию».Но более оптимальной является организация кабинетов ,куда должен быть свободный доступ в любое время суток. Непосредственный контакт, конфиденциальность ,быстрота и своевременность оказания психологической поддержки являются основой для более эффективной социально-психологической помощи инвалидам.

Информационно-просветительское направление, с позиции социальной психологии, так же важно для изменения на уровне общественного сознания стереотипного отношения к инвалидам- участникам боевых действий не так к «маргинальной», а как к социально- значимой группе, остро нуждающейся в понимании своих проблем и эффективных способах их решения.

Целевое значение данного направления заключается в расширении открытости для человека информационно- правового поля, касающегося всех вопросов, связанных с болезнью и инвалидностью, формирование положительного, «позитивного» образа инвалида, включенного в социальные взаимодействия посредством доступных социально-средовых и социально-психологических реабилитационных мероприятий на всех этапах инвалидизирующего заболевания. Так же большое значение имеет налаживание нижеведомственного в взаимодействия с учреждениями социальной защиты населения, государственной служебной занятости, фондом социального страхования, пенсионным фондом, для того, что бы после оценке потребностей в реабилитационных мероприятиях специалисты могли персонально, адресно направлять больных в реабилитационные учреждения, способные оказать им

необходимую психологическую помощь. Данные направления носят принципиальное идеологическое значение, является актуальными и перспективными, полностью отвечая требованиям времени .

Для реализации и воплощении в жизнь всех перечисленных направлений требуется определенная управленческая инициатива, свежие идеи для организации новых форм психосоциальной работы в русле ресурсоразвивающих психотехнологий, что значительно обогатит социальную инфраструктуру и создает доступность в получении психосоциальной помощи.

Основой создания новой организационной формы психосоциальной работы с лицами, остро нуждающимися в различных видах информации, психологической поддержке, обучении, нахождении различных форм самореализации и формирования новых адаптивных людей поведения в целом, может стать конвенция обучения как таковая.

Идея психосоциальной реабилитации посредством обучения, психологической коррекции, формирование адаптивных к заболеванию людей поведения давно и успешно используется в реабилитации различных заболеваний через положительно зарекомендовавших себя «Школы» (Школа диабета, школа больных лучевой болезнью и др.)

Подобная форма оказания реабилитационных услуг может быть успешно применена и для других категорий лиц, в частности в отношении участников боевых действий, находящихся в различных кризисных ситуациях. Принципиально реабилитационное пространство, организованное по типу «Школы», подразумевает все виды психосоциальной реабилитации (информационно-просветительские обучающие лекции и семинары, различные формы психотерапии, психологического консультирования, спортивно-оздоровительных и социокультурных мероприятий).

С учетом актуальности вышеизложенной проблемы на базе ГБУ РО ГВВ организована работа по психосоциальному сопровождению инвалидов и участников боевых действий, содействию их адаптации и интеграции в общество на основе концепции «Школа социальной жизни».

Основной идеей данной концепции является возможность развития, формирования, поддержание потенциальных способностей лиц с ограниченными возможностями здоровья в реализации всех социальных аспектов жизни через психологическую коррекцию, обучение, информирование и консультирование больных.

Организованная на базе госпиталя комплексная экспертная, реабилитационная диагностика (психологическая, социально-бытовая, социально-средовая, профессиональная) отвечает современным принципам организации и осуществления реабилитационных мероприятий.

По результатам экспертно-реабилитационной диагностики, проводимой специалистами госпиталя, при необходимости с привлечением специалистов бюро медико-социальной экспертизы, определяется реабилитация потенциал и реабилитационный прогноз, а так же нуждаемость инвалида в различных видах реабилитационных мероприятий с целью социально-психологической, социально-бытовой, социально-средовой, социокультурной адаптации, многие из которых оказываются пациентам во время нахождения их на стационарном лечении в госпитале и , при необходимости, продолжают в амбулаторно-поликлинических условиях по месту жительства.

Психологически значимыми для больных и инвалидов являются консультации, оказываемые специалистами госпиталя, а так же специалистами органов соцзащиты, фондом социального страхования, государственной службы занятости, пенсионного фонда по следующим актуальным вопросам в области:

- нормативно-правовых норм оказания реабилитационных услуг, различных вопросов обучения и трудоустройства и т.д.
- социально бытовой, социально-средовой, социокультурной, профессиональной и социально-психологической реабилитации
- назначение и обеспечения технических средств реабилитации
- информирование по вопросам получения новой специальности;
- консультированием по выбору профессии;

Немаловажными являются психологические консультации и беседы с больными, а так же с инвалидами в результате боевых травм. Данные виды консультирования и психотерапевтической коррекции требуют большого личного участия специалистов, профессионального такта и высокого уровня подготовки в области современных реабилитационных технологий (мотивационного консультирования, работа с психотравмой (ПТСР) психоаналитическая и семейная терапия). Цель подобного консультирования направлена на снятие у больных нервно-психического напряжения, повышение уверенности в завтрашнем дне , фокусировке больного на социально-активном образе жизни за счет формирования адаптивных установок , коррекции и профилактики иждивенческих форм поведения .

Успешная коррекция психологического статуса больного и инвалида позволяет значительно улучшить результаты медикаментозной терапии , достичь положительных результатов гораздо более ранние сроки и, самое главное, вселить уверенность больного в завтрашнем дне.

ГЛАВА V. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ БОЕВЫХ ТРАВМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Пятая глава посвящена разработке современных подходов к проведению экспертно-реабилитационной диагностики указанного контингента лиц и определению его потребности в различных видах реабилитации, включая обеспечение техническими средствами реабилитации.

Для решения указанных задач было проведено клиничко-экспертное обследование 184 больных и инвалидов, проходящих стационарное лечение в условиях госпиталя.

При определении степени нарушения функций организма использовался комплекс взаимодополняющих методов исследований, в том числе лабораторных данных. Следует отметить, что широко использовались данные компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), электроэнцефалографии (ЭЭГ), данные ультразвукового, эндоскопического исследований, а так же клиничко-лабораторные данные. Объем необходимых исследований в каждом конкретном случае определялся индивидуально в зависимости от выраженности клинических проявлений основного заболевания. Необходимо отметить, что общей характерной особенностью исследуемого контингента, особенно у лиц старше 70 лет, является наличие полиорганной недостаточности и зачастую сопутствующая патология по тяжести течения конкурирует с основной патологией, что в свою очередь требует более длительного и углубленного обследования больных и инвалидов и грамотной корректировки лечебных мероприятий.

Первое место занимает заболевания центральной нервной системы, как правило различного рода энцефалопатии как атеросклеротического генеза, так и посттравматического генеза (52%) (рисунок 4).

На втором месте заболевания опорно-двигательного аппарата - распространенные остеохондрозы позвоночника, деформирующие артрозы с различной степенью нарушений функций (32,4%).

На третьем месте — облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей (15,6%).

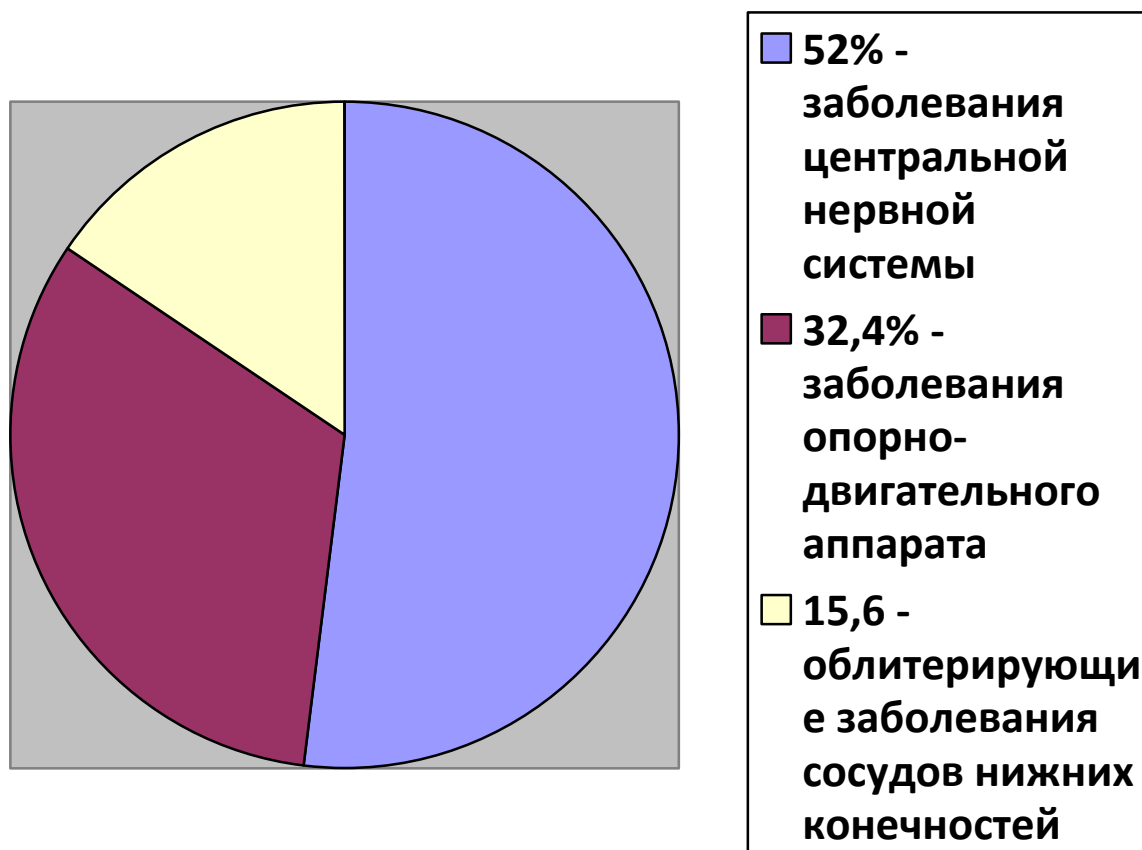


Рисунок 4. Распределение количества больных по заболеваниям прошедших стационарное лечение в госпитале за исследуемый период

Нарушение функций со стороны центральной нервной системы определяется у 52% больных и инвалидов. При умеренном нарушении со стороны центральной нервной системы по данным реоэнцефалографии отмечаются следующие изменения : проба « подбородок вверх» вызывает уменьшение пульсового кровотока с заинтересованной стороны на 20,9% ; проба « поворот головы влево» вызывает уменьшение пульсового кровотока слева на 31,3% и увеличение справа на 25%; проба « поворот головы вправо » вызывает увеличение пульсового кровотока слева на 27,8% и уменьшение справа на 27,8%. Периферическое сосудистое сопротивление незначительно повышено , венозный отток незначительно затруднён .Цифры увеличения и

уменьшения пульсового кровенаполнения при умеренных нарушениях функции головного мозга колеблются в вышеуказанных пределах (+- 1,1-1,5%).

На электроэнцефалографии при умеренных нарушениях в фоновой записи доминирует дезорганизованный, плохо сформированный в веретене альфа-ритм, который преобладает во всех отделах полушария. частотой 9-9,5 Гц, амплитудой до 53-63 мкВ. медленная активность представлена единичными тета-волнами в передних отделах полушарий низкой амплитуды, бета – активность сниженного индекса, низкой амплитуды, без определённой локализации.

На компьютерных томограммах при умеренном нарушении функций, как правило, патологических изменений плотности мозга не выявляются, средние структуры не смещены. Вместе с тем, отмечается асимметрия боковых желудочков, умеренное расширение цистерн головного мозга, силвиевой щели. В некоторых случаях отмечается расширение субарахноидальных пространств головного мозга.

При выраженном нарушении функций со стороны центральной нервной системы при проведении реоэнцефалографии, в частности проб «поворот головы влево» вызванного уменьшением кровенаполнения слева на 35% до 36,8%, и увеличением пульсового кровенаполнения слева примерно 35,7% и уменьшением справа примерно на 29,5%.

На электроэнцефалографии при выраженных изменениях в фоновой записи доминирует дезорганизованная, нерегулярная полиморфная альфа-активность преобладающая во всех отделах полушарий частотой 9,5-10,5 Гц, амплитудой до 57-65 мкВ. Амплитудные модуляции выражены хорошо, зональные различия сглажены. Медленная активность представлена группами тета-волн в передних отделах полушарий. Бета – активность сниженного индекса, низкой амплитуды без определённой локализации. Реакция активности четкая.

На компьютерных томограммах при выраженном нарушении функций, возможно наличие кист диаметром от 0,2 см до 0,8 см различной локализа-

ции, возможны смещения средних структур, расширение цистерн головного мозга, расширение субарахноидальных пространств головного мозга.

Нарушение функций опорно-двигательного аппарата у 32,4% больных и инвалидов. При умеренном нарушении функций со стороны позвоночника на рентгенограммах и по данным магнитно-резонансных томографий отмечается снижение высоты межпозвонковых дисков, мр-сигнал их гипоинтенсивен, как правило, задние контуры их, выступают в просвет спинномозгового канала на 3,0 – 3,8 мм на различных уровнях (чаще от L1 – S1 позвонков). Отмечается так же деформация дурального мешка.

При выраженных нарушениях функций со стороны позвоночника по данным магнитно-резонансных томографий отмечается значительное снижение высоты дисков, задние их контуры как правило циркулярного и бифораминального выступают в спинномозговой канал более чем на 4 мм, сужая корешковую воронку и компрессируя нервные корешки. Иногда отмечается секвестрирование межпозвонковых дисков с выпадением их в спинномозговой канал и сдавлением спинного мозга. Дуральный мешок значительно деформирован.

При умеренном нарушении функции тазобедренного сустава при коксартрозах по данным ЭМГ отмечалось повышение амплитуды биоэлектрической активности в *m.tensor fascia latae* и *m.gluteus medius* при ходьбе в фазе покоя мышц до 350 мкВ, при ходьбе – увеличение амплитуды биоэлектрической активности *m.rectus femoris* и *m.biceps femoris* в фазе напряжения 300 мкВ, регистрировался непостоянный тремор и нарушение координационных отношений мышц, характеризующиеся укорочением фазы физиологического покоя.

По результатам биохимических исследований при умеренном нарушении статико-динамической функции тазобедренного сустава распределение весовой нагрузки на опорные поверхности стопы нижней конечностей в % к весу тела составило 40,7% на пораженной поверхности и 59,3% на здоровой,

умеренный опордефицит на пораженной нижней конечности и опоропреобладание на здоровой.

Из числа лиц исследуемого контингента 64 человека (34,8%) не имели группу инвалидности вообще, хотя имели стойкие, выраженные изменения со стороны органов и систем, приводящие к стойкому нарушению функций организма и ограничению жизнедеятельности. Все они были направлены на освидетельствование в службу медико-социальной экспертизы и по ее результатам 58 больным (90,6%) определены 2 группа инвалидности с причиной «общее заболевание» и 6 больным (9,4%) определена 1 группа инвалидности с причиной «общее заболевание» 73 инвалида (39,7%) имели группу инвалидности со сроком, дата очередного освидетельствования совпадала с периодом пребывания их в госпитале, в связи с чем указанным лицам по решению врачебной комиссии, были оформлены направления для прохождения очередного освидетельствования.

По результатам освидетельствования 55 больным (75,3%) определена II группа инвалидности, а 18 больным (24,7%) - III группу инвалидности.

В санаторно-курортном лечении - как этапе реабилитации, из числа исследуемого контингента нуждалось 37 человек (20,1%). Всем им выдавалось заключение о нуждаемости в санаторно-курортном лечении с предписанием графика, кратности, срока и сезона рекомендуемого лечения.

И, наконец, наибольшее количество граждан из числа исследуемого контингента 91 человек (49,5%) нуждались в обеспечении техническими средствами реабилитации, причем следует отметить 72 человека (79,1%) из них – это инвалиды и участники ВОВ, имеющие группу инвалидности бессрочно, которым она была определена в 70-80 годы прошлого столетия. В последующие годы и освидетельствование в службу медико-социальной экспертизы их никто не направлял. В отношении этих лиц, в период их планового лечения в условиях стационара проводилась углубленная экспертно-реабилитационная диагностика и определялась потребность в различных технических средствах реабилитации. Здесь же, в стационаре им оформля-

лось направление на медико–социальную экспертизу проводилось освидетельствование специалистами бюро непосредственно в стационаре и составлялись индивидуальные программы реабилитации инвалида .

Из числа освидетельствованных лиц 87 (95,6%) нуждались в костылях и опорных тростях;52 (57,1%) в ортопедической обуви; 47(51,6%) – корсетах, бандажах , накоплениях, 12 (13,2%) в слуховых аппаратах, 13(3,3%) в протезах нижних конечностей ,2 (2,2%)- в комнатных кресло-колясках,3 (3,3%)- в глазном протезировании, 2 (2,2%) – в медицинских термометрах и медицинских тонометрах с речевым выходом.

Обеспечение же рекомендованными техническими средствами реабилитации осуществлялось сотрудниками фонда социального страхования по месту жительства инвалида и находилось под контролем органов социальной защиты населения.

Изложенные методические приемы определения потребности указанного контингента лиц в различных видах реабилитации положены в основу решения различных медико-социальных проблем участников войн.

Клинические проявления заболеваний центральной нервной системы ,опорно-двигательного аппарата и облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей складывались из нарушений функций центральной нервной системы ,двигательной и опорной функции ,чувствительности.

Степень выраженности указанных функций оценивалась в соответствии с принятыми в экспертной практике методиками.

Комплексное клинико-физиологическое обследование больных и инвалидов с последствиями заболеваний центральной нервной системы в зависимости от выраженности изменений позволило выделить четыре степени нарушений функций : значительно выраженную, выраженную ,умеренную, и незначительную.

К значительному выраженному нарушению функций центральной нервной системы приводят:

1. Последствия открытых черепно-мозговых ранений с повреждением головного мозга:

- посттравматические энцефалопатии II, III степени, с нарушением психических функций с тетрапарезами,

- ушибы головного мозга тяжелой степени, с выраженным дискоординаторным синдромом и психоорганическим синдромом

- посттравматические арахноидиты с выраженной симптоматикой

2. Последствия повторных обширных геморрагических инсультов.

3. Последствия повторных острых нарушений мозгового кровообращения

К выраженному нарушению функций центральной нервной системы приводят:

1. Последствия тяжелых закрытых черепно-мозговых травм:

- ушибы головного мозга с внутричерепными гематомами.

- сотрясение головного мозга тяжелой степени с внутричерепными гематомами.

- посттравматические энцефалопатии II ст. с выраженным дискоординаторным синдромом.

2. Последствия геморрагического инсульта с деструкцией вещества головного мозга с парезами и параличами.

3. Последствия острых нарушений мозгового кровообращения с выраженной неврологической симптоматикой в виде дискоординаторного, мнестического синдромом, умеренно выраженными парезами одной или двух конечностей. К умеренному нарушению функций центральной нервной системы приводят:

1. Последствия закрытых черепно-мозговых травм:

- ушибы головного мозга;

- сотрясение головного мозга средней степени;

- посттравматические энцефалопатии II ст. с умеренно выраженными парезами одной или двух конечностей, с умеренным дискоординаторным синдромом.

2. Последствия геморрагического и ишемического инсультов без повреждения вещества головного мозга с умеренной неврологической симптоматикой.

3. Последствия проходящих нарушений мозговых функций с умеренно-выраженной неврологической симптоматикой.

К незначительным нарушениям функций центральной нервной системы приводят:

1. Последствия закрытых черепно-мозговых травм:

- сотрясение головного мозга;

-- посттравматические энцефалопатии I ст. с рассеянной неврологической микросимптоматикой;

- ушибы мягких тканей головы.

2. Последствия геморрагического и ишемического инсультов в виде рассеянной неврологической микросимптоматики.

3. Последствия проходящего нарушения мозгового кровообращения в виде рассеянной неврологической микросимптоматики.

Экспертный клинико-функциональный диагноз при последствиях травм и заболеваний центральной нервной системы должен отражать характер травмы и диагноз заболевания, осложнение, которое привело к повреждению центральной нервной системы, клинические проявления ее последствий, характер и степень выраженности нарушений функций, характер течения и уровень поражения, осложнения.

Как указывалось выше, все больные, в зависимости от выраженности ведущих заболеваний были разделены на три группы.

Из 184 больных и инвалидов, находящихся на стационарном лечении в госпитале, заболевание центральной нервной системы имело место у 52% больных, причем посттравматические повреждения встречались несколько чаще и составили 60,8%, а последствия различных заболеваний составили 39,2%. При этом следует отметить, что у лиц относительно молодого возраста до 60 лет, последствия травм головного мозга преобладали значительно и

составляли 85,2% от всех заболеваний центральной нервной системы, тогда как у лиц более старшего возраста 60 лет и выше ,превалировали различные осложнения со стороны центральной нервной системы различных заболеваний (последствия инсультов, ОНМК, сахарного диабета и др.) 81,2%.

Как видно из таблицы 5 последствия тяжелой черепно-мозговой травмы у лиц моложе 60 лет составил 20,7% ,а у лиц старше 60 лет 3,4%. Последствия легкой черепно- мозговой травмы у лиц моложе 60 лет составил 24,1 % ,а у лиц старше 60 лет 10,3 %. Тогда как последствия острого нарушения мозгового кровообращения у лиц моложе 60 лет составили 3,4% , а старше 60 лет -20,4% ,а последствия геморрагического инсульта ,у лиц моложе 60 лет -3,4%, а у лиц старше 60 лет -20,7%.

Проведенное комплексное клинико-функциональное обследование больных и инвалидов с последствиями заболеваний опорно –двигательного аппарата и облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей (15,6%) в зависимости от выраженности изменений позволило выделять четыре степени нарушений функций конечности: значительно выраженные (6%), выраженные (10,2%), умеренные (61,3%) и незначительные (22,5%).

В соответствии с современной концепцией инвалидности при проведении медико-социальной экспертизы бывших участников военных действий с последствиями заболеваний опорно-двигательной системы и заболеваний сосудов нижних конечностей учитывались нарушения , ограничивающие те или иные виды жизнедеятельности: передвижение ,обучение ,трудовая деятельность ,самообслуживание. Эти нарушения , обусловленные последствиями вышеуказанных заболеваний могут быть подразделены на 3 степени.

Таблица 5 - Последствия повреждения ЦНС при травмах и заболеваниях в зависимости от возраста больного

Последствия повреждений	Возраст	
	До 60 лет	60 лет и старше
Последствия тяжелых черепно-мозговых травм	6	1
Последствия легких черепно-мозговых травм	7	3
Последствия ОНМК	1	5
Последствия геморрагических инсультов	1	6
Всего	15	15

Преимущественно к ограничению передвижения приводят последствия травм опорно- двигательной системы и заболеваний сосудов нижних конечностей с умеренными , выраженными и значительно выраженными нарушениями функций.

Первая степень ограничения передвижения характеризуется трудностями в самостоятельном передвижении и отмечается у больных с умеренно выраженными двигательными нарушениями (хроническая артериальная недостаточность (ХАН) II степени , деформирующий артроз II-III степени)

Вторая степень ограничения передвижения наблюдалась у больных с выраженными двигательными нарушениями , передвижение которых возможно только при использовании вспомогательных средств или частичной помощи других лиц (ХАН –II-III степени, деформирующий артроз крупных суставов 3-4 ст, алкилоз тазобедренного ,коленного и голеностопного сустава в функционально неподвижном положении ,ложный сустав нижней конечностей, неправильно сросшиеся переломы с нарушением оси кости и укороче-

нием одной нижней конечности более чем на 7 см , а так же деформирующий артроз крупного сустава 3 степени на другой нижней конечности и др.)

Третья степень ограничения передвижения имела место у больных со значительно выраженными нарушениями функций ,неспособности к самостоятельному передвижению и полной зависимости от других лиц (ХАН IV степени, деформирующий артроз IV степени, непротезируемые культы верхней трети обоих бедер и др.)

Нарушение способности к самообслуживанию проявлялись с у обследованных больных с нарушениями способности справляться с основными физиологическими потребностями ,выполнять повседневные бытовые задачи ,пользоваться обычными жилищно-бытовыми предметами.

Первая степень ограничения способности к самообслуживанию наблюдалась у больных с выраженными нарушениями стато-динамических функций ,которые приводят к затруднению самообслуживания , более длительной затрате времени и использованию вспомогательных средств(отсутствие пальцев кисти руки, деформирующий артроз суставов верхних и нижних конечностей IV степени и др.).

Выявленные ограничения трудовой деятельности характеризовались снижением или утратой способности осуществлять полноценную трудовую деятельность.

Первая степень ограничения способности к труду возникла у больных с умеренными нарушениями и затруднениями выполнения трудовой деятельности в полном объеме, что определяло необходимость уменьшения объема производственной деятельности или снижения квалификации, невозможность выполнения работы по своей профессии (ХАН I,I-II степени, деформирующий артроз крупных суставов II степени и др.).

Вторая степень ограничения способности к труду имела место при выраженных двигательных нарушениях, когда трудовая деятельность возможна в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств и (или) специально оборудованного рабочего стола, при помощи по-

сторонних лиц (ХАН II-III степени, деформирующий артроз крупных суставов III-IV степени и др.).

Третья степень ограничения способности к труду наблюдалась у больных со значительно выраженными двигательными нарушениями, при которых трудовая деятельность невозможна (ХАН-IV степени одной нижней конечности и ампутационная культя другой конечности, отсутствие верхних конечностей или верхней и нижней конечности, деформирующий артроз крупных суставов III-IV степени, анкилозы крупных суставов верхних конечностей в функционально невыгодном положении и др.).

Выявленные у обследованного контингента больных ограничения способности к обученным подразделялись в зависимости от выраженности на III степени.

Первая степень ограничения отличалась у больных с умеренными нарушениями статодинамических функций, позволяющих им обучаться в учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса и (или) использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц (кроме обучаемого персонала.) например, при отсутствии всех пальцев кисти руки, деформирующем артрозе крупных суставов верхних и нижних конечностей III-степени, и др.)

Вторая степень ограничения способности к обучению наблюдалась у больных с выраженными нарушениями статодинамических функций, при которых обучение возможно только в специальных учебных заведениях или по специальным программам в домашних условиях (ХАН II-III степени) анкилоз крупных суставов нижних конечностей в функционально невыгодном положении и др.).

Третья степень ограничения способности к обучению имело место у больных со значительно выраженными нарушениями статодинамических функций, при которых обучение не возможно (болезнь Бехтерева, недостаточность функции суставов (НФС) III-IV степени, активность II-III степени и др.).

Изложенные методические приемы определения ограничения того или иного объема жизнедеятельности у инвалидов, участников ВОВ и бывших участников боевых действий с последствиями заболеваний центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата и облитерирующих заболеваний сосудов и конечностей были положены в основу определения инвалидности, а так же определения их потребности в различных мест реабилитации, включая обеспечение техническими средствами реабилитации.

Критериями установления I группы инвалидности являются значительно выраженные нарушения функции ходьбы и стояния обеих нижних конечностей, обусловленные последствиями сочетанных повреждений центральной нервной системы. Опорно-двигательного аппарата и сосудов нижних конечностей и приводящие к III степени ограничения передвижения, к необходимости постоянной помощи или ухода.

Критериями установления II группы инвалидности являются значительно выраженные нарушения функции ходьбы и состояния отдела нежней конечности или выраженные нарушения обеих конечностей, обусловленных последствиями заболеваний и травм центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата и заболеваний сосудов и конечностей, приводящих к II степени ограничения передвижения и самообслуживания, к полной утрате трудоспособности или возможности выполнения работы лишь в специально созданных условиях.

Критериями установления III группы инвалидности являются: выраженные нарушения функции ходьбы и стояния, приводящие к I степени ограничения передвижения и самообслуживания, к необходимости перевода на другую работу, более низкой квалификации, незначительному сужению объема производственной деятельности, а так же при значительном ограничении возможностей трудового устройства у лиц малой квалификации или ранее не работающих.

Таким образом медико-социальная экспертиза и определение их потребности в различных реабилитационных мероприятиях вышеуказанного

контингента лиц, основывалось на комплексной клинико-полифункциональной оценке морфологических изменений со стороны центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата и облитерирующих заболеваний нижних конечностей, как наиболее часто встречающихся заболеваемости у изучаемого контингента лиц, приводящих к различной степени функциональных нарушений со стороны различных органов и систем и комплексной оценке состояния компенсаторно-адаптационных механизмов. Последнее особенно важно для лиц молодого возраста для определения медицинских показателей для профессионального обучения с целью приобретения профессии с последующим рациональным трудоустройством, и практически не актуально для инвалидов и участников ВОВ, так же их преклонный возраст и состояние компенсаторных возможностей организма ставит меру специалистами в области реабилитации несколько иные цели, а именно улучшение качества жизни за счет обеспечения их техническими средствами реабилитации и решения ряда социальных проблем.

ГЛАВА VI. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ, УЧАСТНИКОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Проблема медико-социальной реабилитации участников боевых действий становится всё более актуальной и сложной. С одной стороны, несмотря на уменьшение общего количества инвалидов и участников ВОВ, потребность их в проведении лечебно и реабилитационных мероприятиях растёт из года в год с учетом прогрессирования основного заболевания и развития различных осложнений. С другой стороны увеличивается общее количество участников других военных конфликтов, нуждающихся в различных реабилитационных мероприятиях с целью снижения показателей заболеваемости и инвалидности у данного контингента лиц.

Основной целью медико-социальной реабилитации является не только восстановление здоровья, а восстановление личностного, профессионального, социального статуса граждан и инвалида, достижение им материальной независимости и социальной адаптации.

Основными задачами медико-социальной реабилитации участников боевых действий является определение структуры их потребности в различных видах медико-социальной реабилитации, разработка индивидуальных программ реабилитации и осуществление комплексных мероприятий по медицинским, профессиональным и социальным аспектам реабилитации.

Исходя из социальной значимости проблемы оказания участникам боевых действий различных видов медико-социальной помощи было проведено изучение структуры потребности 564 больных и инвалидов, проходивших стационарное лечение в ГБИ РО ГВВ в 2012 году.

Изучение потребности данного контингента больных и инвалидов показало, что все они нуждаются в проведении медицинских, социальных и профессиональных мер реабилитации (таблица 6).

Потребность инвалидов с последствиями боевых травм опорно-двигательной системы в различных видах медико-социальной реабилитации

Таблица 6 - Потребность участников боевых действий в различных видах медико-социальной помощи

№ п /п	Виды реабилитации средств и услуг	Количество человек			
		1 группа, %	2 группа, %	3 группа, %	Всего, %
1	2	3	4	5	6
1	Медицинская реабилитация				
	1. восстановительная терапия	3,7	55,5	26,0	85,2
	- диспансерное наблюдение	3,7	55,5	26,0	85,2
	- амбулаторное восстановительное лечение	3,7	38,9	26,0	72,2
	- санаторно-курортное лечение	-	20,4	11,1	31,5
	- физические методы реабилитации, в том числе массаж	-	20,4	3,7	24,1
	- механические методы реабилитации				
	- психотерапия	-	20,2	34,5	23,6
	2. Реконструктивная хирургия.	-	22,1	17,4	39,5
	3. Протезирование	-	5,6	-	5,6
		-	4,8	3,2	8,0
2	Профессиональная реабилитация				
	1. Профорентация	-	5,6	1,9	7,5
	2. Профессиональное обучение	-	5,6	7,4	13,0
	3. Профессионально-производственная адаптация	-	7,4	11,1	18,5
	4. Рациональное трудоустройство	-	7,4	15,6	23,0
3	Социальная реабилитация				
	1. Социально-бытовая адаптация	3,7	11,1	-	14,8
	- постоянный посторонний уход	3,7	-	-	3,7
	- периодический посторонний уход	-	11,1	-	11,1
	- вспомогательные технические средства для быта	3,7	7,1	-	10,8
	- приспособление и устройства для адаптации социальной инфраструктуры	26,2	12,0	-	38,2
	- устройства и приспособления для адаптации жилища	23,0	10,6	-	33,6
	2 Социально- бытовое обслуживание				
	- надомное обслуживание	1,9	11,1	-	13
	- пребывание в центре социального обслуживания	1,9	7,4	-	9,3
	3. Социально-психологическая адаптация	-	3,7	-	3,7
	4. Организация досуга	-	24,1	5,6	29,7
	5. Социальная помощь	-	11,1	-	11,1
	- улучшение жилищно- бытовых условий	1,9	13,0	-	14,9
	- натуральная помощь	1,9	11,1	1,9	14,9
	- материальная помощь	1,9	13,0	-	14,9
	6. Социально - правовая помощь	1,9	13,0	-	14,9
	- юридические консультации	-	13,0	1,9	14,9
	- доступ к информации	-	9,3	-	9,3
	- оказания помощи в реализации прав и льгот	1,9	9,3	-	11,2

В общей системе медико-социальной помощи меры реабилитации, направленные на предупреждение развития тяжелых осложнений последствий заболеваний и травм и восстановление нарушенных функций организма у бывших участников боевых действий занимает существенное место.

Среди обследованных лиц определялась высокая потребность в медицинской реабилитации, что обусловлено нестабильностью клинического течения патологического процесса у большинства участников боевых действий и неясностью клинического и реабилитационного прогноза. В силу чего, эти лица нуждаются в динамическом контроле за их состоянием и активном восстановительном лечении, с учетом наличия у значительной части обследованных полиморфизма и сочетаемого характера патологии.

Как свидетельствуют данные проведенного исследования, 85,2% лиц, нуждаются в стационарном восстановительном лечении и диспансерном наблюдении, 72,2% в амбулаторном восстановительном лечении, 39,5% - в психотерапевтических мерах, 31,5% - в санаторно-курортном лечении, 8% - в протезировании и 5,6 % - в реконструктивной хирургии.

Что касается профессиональной реабилитации, то следует отметить, что этот вид реабилитации наиболее актуален для лиц молодого возраста, имеющих достаточный общеобразовательный уровень и позитивную трудовую установку.

Она заключается не только в том, чтобы обеспечить молодому человеку возможность активно участвовать в общественно полезном труде и быть экономически независимым, но и в том, что бы осознавать себя равноправным членом общества.

Профессиональная реабилитация предусматривает четыре последовательных этапа: профориентацию, профессиональное обучение, профессионально-производственную адаптацию и трудовое устройство.

Согласно полученным данным в ходе исследования участники боевых действий нуждались в тех или иных мерах профессиональной реабилитации. Потребность в профориентации в общем составило 7,5% , среди инвалидов

II-группы она равнялась 5,6%, III группы — 1,9%. Такая потребность в профориентации у бывших участников боевых действий обусловлена их психологическими особенностями, когда весьма затруднён выбор профессионального пути ввиду завышенной или наоборот заниженной самооценки.

Другим важным этапом профессиональной реабилитации является профобучение или переобучение, которое позволяет приобрести профессию, не противопоказанную по состоянию здоровья и конкурентоспособную на рынке труда.

Наибольшая потребность в профессиональном обучении отличалась у инвалидов III группы (7,4%) и инвалидов II группы (5,6%) .

Профессиональная реабилитация предусматривает как приобретение новой профессии путем обучения и переобучения, так и рациональное трудоустройство с учетом профессиональных знаний и квалификации.

Анализ потребности данного контингента в трудовом устройстве показал, что она у инвалидов III группы — 15,6%, у инвалидов II группы — 7,4% .

Однако изучение реального положения дел с трудоустройством бывших участников боевых действий выявило несовпадение в большом числе случаев (92%) желаний самих участников с предоставлением им рабочими местами. В силу этих причин среди инвалидов II группы инвалидности оказались трудоустроенными только 1%, а среди инвалидов III группы — 56%. При этом более половины трудоустроенных инвалидов в течении трех лет поменяли место работы от одного до трех раз. Свыше 30% оказались трудоустроены не рационально.

Все вышеизложенное определяет необходимость поиска оптимальных форм и видов профессиональной реабилитации участников военных конфликтов.

В ходе исследования изучена также потребность данной категории лиц в различных видах социальной помощи, вспомогательных технических средствах.

Общая потребность данной категории лиц в социально — бытовой адаптации составляло 14,8%, в такой форме социальной помощи как посторонний уход составляло 14,8% .

ввиду специфики боевых травм и ранений, а так же возрастных особенностей контингента инвалидов и участников ВОВ, большое значение для этого контингента лиц имели архитектурно-планировочные устройства и приспособления среды, делающей ее доступной.

Потребность в специальных приспособлениях и устройствах для адаптации инфраструктуры составляло в общем 38,2%, для инвалидов II группы она равнялась 26,2%, для инвалидов III группы — 12%.

Потребность в адаптации квартиры, особенно необходимой для инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата, пользующихся колясками составило 33,6%.

Адаптация жилища заключалась в расширении дверных проемов, установке пандусов, поручней, расширение площади кухни, подсобных помещений, установки специальных приспособлений в ванной и туалетной комнатах, обеспечивающих такому инвалиду самостоятельное пользование ими.

Важное значение в адаптации инвалида к внешней среде играет возможность использовать различные вспомогательные технические средства. При анализе многообразных средств, облегчающих жизнедеятельность инвалидов, наибольшая потребность отличалась в средствах и приспособлениях для быта, предназначенных для ухода, личной гигиены, для приема пищи, для самообслуживания и других целей. Эта потребность составляла 10,8%, для инвалидов I группы — 3,7%, II группа — 7,1%.

В результате проведенного исследования было выявлено, что потребность в надомном обслуживании для инвалидов I группы составило 1,9%, инвалидов II группы — 11,6%.

По видам надомного обслуживания инвалиды имели наиболее высокую потребность в доставке продуктов (83,2%), в покупке промышленных това-

ров (81,3%), в получении услуг прачечной, химчистки, обувной мастерской (64,8%), в доставке медикаментов (52,6%) и ремонте жилья (51,2%).

Особое значение среди мер социальной реабилитации у участников боевых действий имеют меры по социально-психологической адаптации (32,3%).

Следует отметить, что в психологической реабилитации нуждались не только сами участники боевых действий, но и ближайшие родственники, друзья, микросоциум в котором они пребывали.

Большое внимание было так же уделено анализу потребности в таких вещах социальной помощи, как улучшение жилищно- бытовых условий, предоставление натуральной и материальной помощи.

Потребность в улучшении жилищно-бытовых условий составило в общем 14,9%, в материальной помощи — 14,9%, в натуральной помощи — 14,9%.

потребность в различных мерах социально-правовой помощи у исследуемого контингента оказалась достаточно дифференцированной.

Так потребность в юридических консультациях у инвалидов II группы 13%, а у инвалидов III группы — 1,9%.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что участники боевых действий, и в первую очередь инвалиды из этой категории лиц, имеют дифференцированную потребность в различных видах реабилитации, знание которых необходимо для разработки индивидуальных программ реабилитации и оказания адресной социальной помощи данной категории лиц.

ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Для совершенствования работы специалистов медико-социальной экспертизы нами была разработана типовая индивидуальная программа реабилитации инвалида с последствиями боевых травм опорно-двигательной системы.

С учетом современных концептуальных подходов к реабилитации индивидуальная программа реабилитации включала следующие разделы:

1. Общие сведения об инвалиде (паспортные данные, образование, профессия, место работы).
2. Экспертно-реабилитационная диагностика (клинико-функциональная, профессиональная, социально-средовая характеристика, развернутый клинико-функциональный диагноз).
3. Экспертно-реабилитационное заключение (степень выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности, наличие инвалидности с указанием группы и причины, потребность в иных видах реабилитации).
4. Перечень конкретных реабилитационных мероприятий (подбор наиболее адекватных для данного инвалида мер и видов реабилитации).
5. Сроки проведения реабилитационных мероприятий (по каждому мероприятию отдельно).
6. Исполнители индивидуальной программы реабилитации (по каждому мероприятию).
7. Источники и объемы финансирования мероприятий индивидуальной программы реабилитации.
8. Общая стоимость индивидуальной программы реабилитации.
9. Этапный эпикриз (результаты реализации индивидуальной программы реабилитации, ее эффективность и конкретная итоговая стоимость).

С учетом целевой установки исследования предлагается результаты реализации индивидуальной программы реабилитации оценивать в зависимости от достигнутого уровня интеграции (полная, частичная, отсутствие), а эффективность проведенных реабилитационных мероприятий оценивать как высокую, умеренно выраженную и низкую.

Для совершенствования деятельности специалистов в области медико-социальной экспертизы и повышения эффективности реабилитации данного контингента инвалидов разработаны подходы к формированию комплексных программ реабилитации инвалидов и сами программы при отдельных последствиях боевых травм опорно-двигательной системы, приводящих к инвалидности.

Эти программы включали мероприятия по медицинским, профессиональным и социальным аспектам реабилитации.

Программа медицинской реабилитации осуществлялась на трех этапах: стационарного восстановительного лечения, амбулаторного восстановительного лечения, санаторно-курортного лечения.

Восстановительное лечение включало лекарственную терапию, физиотерапию, грязелечение, лечебную физкультуру, массаж, оперативное лечение по показаниям, технические средства медицинского назначения, функциональную трудотерапию, психотерапевтические мероприятия наряду с восстановительной терапией. По показаниям проводилась реконструктивная хирургия, протезирование.

Программа профессиональной реабилитации включала показанные условия труда, рекомендуемые виды трудовой деятельности для рационального трудового устройства данной категории инвалидов.

Программа социальной реабилитации включала обеспечение техническими средствами реабилитации, облегчающими быт и труд данной категории инвалидов, архитектурно-планировочные устройства и приспособления для адаптации среды и жилища инвалида, меры психологической реабилитации.

Внедрение комплексных программ реабилитации при данной патологии в практику работы специалистов бюро МСЭ и реабилитационных учреждений будет способствовать повышению качества и эффективности проводимых реабилитационных мероприятий и наиболее полной социальной интеграции инвалидов с боевыми травмами опорно-двигательной системы.

Для иллюстрации вышеизложенного приведем некоторые комплексные программы реабилитации.

Программы комплексной при коксартрозах

Стационарно-восстановительное лечение. Показано инвалидам со стойким болевым синдромом различной степени выраженности и направлен на улучшение функции пораженного сустава и замедление прогрессирования. Лекарственная терапия имеет три направления:

Противовоспалительное и анальгезирующее: пирозолоновые препараты (бутадион, реопирин) до 3-х таблеток в сутки, индометацин (метиндол) до 0,15 г в сутки, волтарен (ортофен) до 0,15 г в сутки, напросин (напроксен) до 0,75 г в сутки. При упорном синовите и отсутствии положительной динамики от применения нестероидных противовоспалительных препаратов показано внутрисуставное введение гидрокортизона (в крупные суставы - 50-100 мг, в средние - 25 мг, в мелкие - 5-10 мг от 2-х до 5 введений через 7-10 дней) или кеналогоа из расчета 40 мг в крупные суставы, 10-20 мг в средние и мелкие суставы.

Хондропротекторы назначаются больным для улучшения регенерации покровного хряща и улучшения метаболизма в нем. К препаратам этой группы относятся румалон для инъекций, структум для внутреннего применения, для наружного употребления применяется мазь хондроксид.

Препараты, стимулирующие общий метаболизм: алоэ, стекловидное тело по 1,0 мл внутримышечно на курс 20-25 инъекций.

Препараты, улучшающие местное кровообращение: но-шпа до 0,2 г в сутки, никошпан до 3-х таблеток в сутки.

Физиотерапия занимает особое место в системе лечения ДДП. Для активизации метаболизма и микроциркуляции в тканях пораженных суставов, стимуляции обменных процессов в организме вообще больным с ДДП суставов могут быть назначены электромагнитные поля различных частот, импульсные токи низкой частоты, ультразвуковая терапия, лазерная терапия, а также бальнео- и теплолечение.

Лечебная физкультура и массаж являются обязательными мышечных контрактур, растяжение мышц конечностей, разработку ослабленных мышц. На стационарном этапе ЛФК имеет щадящий режим и производится в основном в положении больного лежа или сидя. Чередуются активные и пассивные движения с изометрическим сокращением мышц. При этом объем движений в пораженном суставе следует увеличивать постепенно.

Массаж также должен быть щадящим. Суставы при наличии синовита не массируются. В условиях стационара массаж направлен на улучшение функционального состояния мышц, их расслабление при контрактурах и наклонности к спазмам, на укрепление эластичности тканей, а также на релаксацию больного.

Оперативное лечение (тотальное эндопротезирование) показано больным и инвалидам с третьей и четвертой стадией ДДП, при наличии стойкого болевого синдрома, наличии выраженных контрактур в функционально невыгодном положении, при двухстороннем поражении крупных суставов. Характер и объем оперативного вмешательства определяется после проведения дополнительных инструментальных методов обследования, включающих денситометрию, доплерографию, реовазографию и другие методы.

Технические средства медицинской реабилитации включают на госпитальном этапе ортезы различной конструкции, использование которых направлено на разгрузку пораженного сустава, уменьшение болевого синдрома, снятие воспалительных явлений в области пораженного сустава, а также тотальные эндопротезы различной конструкции.

Санаторно-курортное лечение показано больным и инвалидам с первой и второй стадией ДДП после проведения стационарного или поликлинического этапов лечения, без признаков синовита при возможном самообслуживании: Евпатория, Карачи, Краинка, Липецк, Нальчик, Одесса, Саки, Светлогорск, Сестрорецк, Усолье, Красноусольск, Пятигорск, Сергиевские Минводы, Белокураха, Хмельник, Цхалтубо.

Трудотерапия включается в программу реабилитации инвалида и направлена на восстановление функциональных нарушений органов опоры и движения, стимуляцию часто сниженной физической и психической активности.

Амбулаторно-восстановительное лечение. Для своевременного и качественного оказания медицинской помощи больным и инвалидам с коксартрозами на поликлиническом этапе они выделяются в три группы планового диспансерного наблюдения. В первую и вторую группу относят больных и инвалидов с коксартрозами первой и второй стадии, требующих консервативных методов лечения по схеме, аналогичной стационарному лечению, в третью группу относят больных и инвалидов с тяжелой степенью поражения суставов для решения вопроса об эндопротезировании или при невозможности последнего для проведения операции артрореза сустава. Эта диспансерная группа также нуждается в консервативном лечении для снятия болевого синдрома, явлений синовита и т.д.

Программа профессиональной реабилитации

Правильное рациональное трудоустройство играет очень важную роль в дальнейшей судьбе инвалида и безусловно сказывается на течении дегенеративно-дистрофического поражения.

Инвалидам противопоказаны все виды физического труда с пребыванием на ногах, вынужденная рабочая поза, частые наклоны туловища, общая вибрация, условия высоких и низких температур.

Показанные условия труда. Работа с незначительным физическим напряжением, в свободной удобной позе, преимущественно сидя, в благо-

приятных производственных условиях. Стереотипные рабочие движения до 20 000 за смену. Все виды умственного труда 1,2 и 3.1 классов условий труда по напряженности.

Показанные профессии. Контролер деревообрабатывающего производства, распределитель работ, нарядчик, учетчик, табельщик, дежурный бюро пропусков, медрегистратор, медстатистик, сестра-хозяйка, кастелянша, сборщик игрушек, конструктор, инженер-лаборант, секретарь-машинистка, делопроизводитель, кассир, счетовод, экономист, бухгалтер и др.

Программа социальной реабилитации

Обеспечение техническими средствами. *Бытовые приспособления для самообслуживания:* устройства в туалет званную комнату; вспомогательные средства для надевания носков; рожки для обуви и приспособления для снятия ботинок; массажный коврик; приспособление для та, поднятия с пола различных предметов; прямая трость с набором наконечников; противоскользкие устройства для обуви; пояснично-крестцовые ортезы; трости для ходьбы, трости с одной ножкой и рукояткой; костыли локтевые; мебель для хранения инструмента и рабочих лей, в том числе блочные ящики, шкафы для документов; ручные инструменты.

Для активного и пассивного передвижения: автомобиль, мотоколяска с ручным управлением (в соответствии с действующим законодательством), кресло-коляска с электроприводом и ручным управлением (агрегаты привода, батареи и зарядные устройства), кресло-коляски с немеханизированным приводом.

Комплексные программы медико-социальной реабилитации инвалидов при травмах нижних конечностей

В связи с тем, что в контингенте больше всего инвалидов вследствие травм нижних конечностей была разработана Комплексная программа медико-социальной реабилитации данной категории инвалидов, которая включает

мероприятия по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

Медицинская реабилитация включает методы консервативного и оперативного восстановительного лечения.

Стационарное восстановительное лечение показано инвалидам со стойким болевым синдромом различной степени выраженности и направлена на улучшение функции пораженных суставов нижних конечностей и замедление прогрессирования процесса прежде всего артропатий и посттравматических артрозов.

Консервативное лечение заключается в параллельно проводимых инвазивных и неинвазивных способах, методиках и лечебных воздействиях местного и общего действия на организм больного с использованием максимального количества различных приемов и способов, дающих возможность, воздействовать на все звенья порочного патологического круга, включение которого характерно для последствий травм нижних конечностей.

В консервативном лечении используется местное введение лекарственных препаратов – внутрисуставное, параартикулярное, параневральное, субфасциальное, в зоны нейроостеофиброза, по триггерным точкам (вводятся как стероидные противовоспалительные препараты – дексаметазон, дипроспан и др., введение которых производится, преимущественно, параартикулярно, так и анальгетики – лидокаин, препараты группы бупивокаинов с пролонгированным сроком действия, препараты, стимулирующие местный метаболизм – цианкобаламин, оксикобаламин, внутритканевая оксигенотерапия. Особое место занимает внутрисуставное введение лекарственных препаратов обобщенных под названием хондопротекторов, к которым относятся и различные составы на основе гиалуроновой кислоты (Hyalgan.Hyalart.Synvisc.Ostenil), которые применяются при II и III ст. посттравматического артроза с 3-5 кратным введением, позволяющим умень-

шить болевой синдром и замедлить течение дегенеративного – диспластических процессов в суставе. К этой группе также относятся препараты типа Zeel, TraumeI, использование которых более целесообразно при наличии синовита, тогда как применение препаратов гиалуроновой кислоты противопоказано при экссудативном внутрисуставном компоненте. В исключительных случаях при наличии стойкого некупируемого синовита производится внутрисуставное введение цитостатиков (циклофосфан и др.).

Широко используется аллопатическая медикаментозная терапия с использованием различных групп лекарственных препаратов и путей введения лекарственных средств, в частности, применяются все виды нестероидных противовоспалительных препаратов – индометацин, диклофенак, препараты кетопрофенового ряда и т.п., алфлутоп, различные виды противовоспалительных и анальгезирующих мазей. Также применяются лекарственные средства, улучшающие микроциркуляцию, венозный и лимфатический дренаж, спазмолитики (трентал, детролекс, компаламин и др.).

Несмотря на разнообразие лекарственных средств и способов их применения, лекарственная терапия может рассматриваться как их применения, как паллиативный способ лечения для инвалидов с последствиями травм нижних конечностей, либо как дополнительный метод реабилитации после адекватного проведенного оперативного лечения, которое является наиболее эффективным способом медицинской реабилитации для данной группы пациентов.

В зависимости от того, какие последствия травмы нижней конечности явились причиной инвалидности из всего многообразия возможностей современной ортопедии и травматологии выбирается адекватная методика лечения, что часто позволяет уменьшить нарушения функций конечности и степень ограничения передвижения и в конечном результате снизить группу инвалидности или добиться извлечения пациента. Например, проведенный стабильный реостеосинтез, у 10,2% инвалидов с ложными суставами бедрен-

ной и большеберцовой костей позволил добиться консолидации перелома. В случаях ложных суставов большеберцовой кости в качестве метода оперативного лечения в 12,6% случаев использован метод внеочагового остеосинтеза по Илизарову, что позволило добиться консолидации перелома у 87% оперированных больных. В отдельных случаях у 9% инвалидов с ложными суставами бедренной кости и большеберцовой кости были выполнены операции остеосинтеза в сочетании со свободной и васкуляризированной костной пластикой трансплантатами малоберцовой кости коллатеральной конечности и гребня подвздошной кости, что позволило в 90% случаев добиться консолидации кости. Качественно и по показаниям выполнение адекватные виды реостеосинтеза и костных пластик позволили добиться восстановления опороспособности конечности в 92% случаев.

У инвалидов, страдающих остеомиелитом костей нижней конечности вследствие травмы, хирургическое лечение заключалось в выполнении фистулонеэктомии в сочетании с внеочаговой фиксацией аппаратом Илизарова и длительной антибактериальной и поддерживающей терапией. Добиться стихания воспалительного процесса, закрытия свищей, снятия болевого синдрома и восстановления опороспособности конечности удалось только у 30% инвалидов, прошедших лечение.

К одним из наиболее тяжелых травматических поражений нижней конечности относится повреждение суставообразующих концов нижней конечности, приводящие к нарушению конгруэнтности суставных поверхностей, повреждению связочно-капсульного аппарата сустава, нарушению биомеханики – имеющими исход в тяжелый посттравматический артроз сустава.

При высоких степенях артроза пораженного сустава, неэффективности консервативного лечения, развитии или угрозе развития контрактур сустава, стойком болевом синдроме показано оперативное лечение, которое часто оказывается спасением для больного. Артродез голеностопного сустава из-за посттравматического деформирующего артроза выполнен у 8% инвалидов,

что позволило избавить их от стойких болей. Артродез коленного сустава выполнен у 10,0% инвалидов, что также позволило оперированным пациентам избавиться от боли и восстановить опороспособность конечности, но с утратой подвижности в коленном суставе. Ряду больных (5%) была выполнена операция эндопротезирования коленного сустава эндопротезами импортного производства по поводу посттравматического гонартроза III-IV ст. у всех больных отмечено снижение болевого синдрома, восстановление опороспособности конечности, у большинства из них достигнут объем движения от 90 до 110 градусов. Двум больным после переосвидетельствования в бюро МСЭ в течение года понижена группа инвалидности.

Отдельным инвалидам (4%) вследствие посттравматического поражения тазобедренного сустава выполнены операции эндопротезирования эндопротезами отечественного и импортного производства с цементной фиксацией. Из них в 4 случаях имелись гнойно-воспалительные осложнения и у 2 больных отмечена нестабильность компонентов эндопротеза отечественного производства. У остальных больных восстановлена опороспособность конечности, уменьшились или исчезли боли, они перешли с костылей на трость или отказались от дополнительной опоры. По экспертной оценке специалистов бюро МСЭ у 2 инвалидов была понижена группа инвалидности (со II на III группу).

Приведенные данные свидетельствуют об эффективности адекватного оперативного лечения инвалидов вследствие травм нижних конечностей, в результате которого решаются проблемы не только медицинской, но и социальной, психологической и профессиональной реабилитации этой категории инвалидов. Однако, данный вид лечения не всегда доступен, так как требует высокой квалификации специализированного лечебного учреждения и дорогостоящих расходных материалов – эндопротезов суставов, что пока не обеспечено социальными программами и не всегда доступно инвалиду.

При отсутствии показаний и возможностей, наличии противопоказаний к оперативному лечению травматических повреждений нижней конечности большое значение в программе медицинской реабилитации имеет физиотерапевтическое лечение. Физиотерапия занимает особое место в системе восстановительного лечения дегенеративно-дистрофических поражений (ДДП). Для активизации метаболизма и микроциркуляции в тканях пораженных суставов, стимуляции обменных процессов в организме вообще больным с ДДП суставов могут быть назначены электромагнитные поля (ЭМП) различных частот, импульсные токи низкой частоты, ультразвуковая терапия, лазерная терапия, а также бальнео-и теплолечение, грязелечение.

Магнитотерапия оказывает на артикулярные и периартикулярные ткани выраженное тепловое воздействие, увеличивает приток крови к тканям сустава, усиливает лимфоток, улучшает процессы диффузии и проницаемость, что приводит к улучшению питания хряща. СВЧ и КВЧ-терапия назначаются курсами по 10-14 процедур через день или 4 раза в неделю. Эта терапия показана больным артрозом без признаков синовита. Она противопоказана больным пожилого и старческого возраста при наличии ИБС, нарушениях сердечного ритма, выраженном церебральном склерозе, фиброме и аденоме предстательной железы.

СВЧ-терапия включает 12-16 процедур, проводимых ежедневно или через день. Этот вид лечения назначают только при отсутствии признаков синовита. Ультразвук назначается больным с первой по третью стадию ДДП при отсутствии признаков синовита и других противопоказаний курсом 10-12 процедур, проводимых через день. Ультразвук уменьшает болевой синдром, снимает рефлекторный спазм мышц, стимулирует микроциркуляцию и метаболизм.

Импульсные токи низкой частоты оказывают выраженный обезболивающий эффект, благоприятно воздействуют на гемодинамику и обменные процессы. Импульсные токи назначают больным с первой по третью стадию

ДДП, после оперативных вмешательств, при наличии мышечных контрактур, курсом 8-12 воздействий через день.

Электрофорез с лекарственными средствами: анальгина, салицилата натрия, новокаина, цинка, серы, лития. Продолжительность процедуры 1-30 мин., курс лечения 12-18 процедур, проводимых ежедневно или через день.

Магнитотерапия проводится курсом 12-18 процедур при времени воздействия 15-20 мин. на область пораженного сустава и при отсутствии противопоказаний к физиолечению.

Лечебная физкультура и массаж. На стационарном и амбулаторном этапах медицинской реабилитации больных с последствиями травм нижних конечностей нужно обязательно включать ЛФК и массаж в общий лечебный комплекс восстановительного лечения. Они направлены на снятие мышечных контрактур, растяжение мышц рук, ног, разработку ослабленных мышц. На стационарном этапе реабилитации используется щадящая методика ЛФК, которая проводилась в основном в положении больного лежа или сидя, с использованием специальных аппаратов-УГУЛ, РУП и др. Чередуются активные и пассивные движения с изометрическим сокращением мышц. Больных с контрактурами и периартритами обучают методике расслабления мышц. Объем движений в пораженном суставе следует увеличивать постепенно: при этом активные и пассивные движения не должны быть интенсивными и вызывать сильную боль.

На стационарном этапе реабилитации массаж также должен быть щадящим. Суставы при наличии синовита не массируются. В условиях стационара у больных с последствиями травм нижних конечностей массаж направлен на улучшение функционального состояния мышц, их расслабление при контрактурах и склонности к спазмам, на укрепление эластичности тканей, а также на релаксацию (физическую и психическую) больного.

Лечебная гимнастика в бассейне (физические упражнения в воде и плавание). При лечебной гимнастике в водном бассейне облегчается восстановление навыков ходьбы, создаются условия для нагрузки суставов и позвоночника, отмечается болеутоляющий эффект, наступает релаксация мышц, становятся свободнее движения.

Целесообразно сочетание различных форм ЛФК в комплексном восстановительном лечении последствий травм нижних конечностей: на первом этапе лечения применяют лечебную гимнастику в зале и массаж, на втором этапе подключается лечебная гимнастика в бассейне с пресной водой.

Физические методы реабилитации. На стационарном и санаторном этапе реабилитации инвалидов и больных с последствиями травм нижних конечностей благоприятное воздействие на обменные процессы, метаболизм хряща, периферическую гемодинамику и микроциркуляцию оказывает бальнеотерапия – сероводородные, радоновые, йодо-бромные, хлоридные натриевые, скипидарные ванны.

Радоновые ванны (1,5-3,0 кБк/л) показаны больным и инвалидам с посттравматическим остеоартрозом I,II,III стадий с остаточными явлениями синовита, выраженным болевым синдромом и без него, мышечными спазмами и контрактурами, нарушением локомоторной функции суставов. Сероводородные (50-100 мг/л), хлоридные натриевые (20-60г/л) и скипидарные ванны показаны больным посттравматическим остеоартрозом I и II стадий без явлений вторичного синовита, с нарушением локомоторной функции. Йодо-бромные ванны назначаются больным травматическим остеоартрозом без явлений синовита, с сопутствующими функциональными изменениями центральной нервной системы, атеросклеротическими поражениями сосудов и др.

Аппликации иловой или торфяной грязи температурой 38-42⁰С, парафина и озокерита температурой 50-55⁰С назначают в количестве 10-15 про-

цедур на пораженный сустав или на часть тела, включающую пораженные суставы. Аппликация грязи, озокерита и парафина показаны больным посттравматическим остеоартрозом I и II стадий, без синовита или с небольшими его проявлениями, при выраженном болевом синдроме, проферативных явлениях, рефлекторных мышечных изменениях.

На санаторно-курортное лечение направляются инвалиды и больные с посттравматическим остеоартрозом I и II стадий без синовита и при его нерезком обострении.

Трудотерапия. На санаторном этапе реабилитации в комплекс восстановительного лечения следует включать трудотерапию. У этой категории больных трудотерапия направлена на восстановление функциональных нарушений органов опоры и движения, стимуляцию часто сниженной физической и психической активности. Используют три основные формы трудотерапии: функциональную, общеукрепляющую и производственную.

Функциональная (восстановительная) трудовая терапия у больных с последствиями травм нижних конечностей направлена на развитие временно утраченных функций конечностей, при стойких нарушениях – на развитие компенсаторных возможностей органов опоры и движения. В соответствии с имеющимися нарушениями и деформациями подбирают трудовые операции, которые способствуют восстановлению объема движений в пораженном суставе, восстанавливают сниженную силу мышц, улучшают нарушенную координацию движений. При одновременном поражении суставов верхних конечностей функциональная трудотерапия включает такие трудовые операции, как швейные работы, вязание, макраме, некоторые слесарные и столярные работы на ножной швейной машинке, отделочные столярные работы и др.

Общеукрепляющая трудотерапия проводится с инвалидами вследствие травм нижних конечностей в группах. Групповые занятия вызывают положи-

тельные эмоции, повышают жизненный тонус, улучшают адаптацию к различным условиям и ситуациям.

Производственная терапия направлена на разработку новых трудовых навыков, способствующих переориентации инвалида с последствиями травм нижних конечностей адекватную состоянию опорно-двигательного аппарата.

Психологическая реабилитация. Одним из элементов реабилитационного комплекса больных и инвалидов с последствиями травм нижних конечностей является психологическая реабилитация, которая направлена на улучшение психоэмоционального состояния, адаптацию к жизненным ситуациям.

Для этой категории больных и инвалидов характерны в основном изменения эмоциональной сферы. Пессимизм, астено-депрессивные состояния в той или иной степени характерны для многих больных и инвалидов. Наиболее часто применяется рациональная и суггестивная психотерапия. Благоприятное эмоциональное воздействие оказывают групповые занятия ЛФК, музыкотерапией, танцами, трудотерапией, а также использование отдельных видов спорта (плавание, шахматы и др.). фармакологические психотропные средства (транквилизаторы) назначают только при показаниях (депрессия, невротизация и др.).

Программа профессиональной реабилитации.

Правильное рациональное трудоустройство играет очень важную роль в дальнейшей судьбе инвалида и безусловно сказывается на течении дегенеративно-дистрофического поражения.

Инвалидам противопоказаны все виды физического труда с пребыванием на ногах, вынужденная рабочая поза, частые наклоны туловища, общая вибрация, условия высоких и низких температур.

Показанные условия труда. Работа с незначительным физическим напряжением, в свободной позе, преимущественно сидя, в благоприятных производственных условиях. Стереотипные рабочие движения до 20000 за смену. Все виды умственного труда 1,2 и 3,1 классов условий труда по напряженности.

По напряженности. При двигательных нарушениях со стороны нижних конечностей оптимальны и допустимы работы с незначительной (1 класс), умеренной (2 класс) интеллектуальной, сенсорной, эмоциональной нагрузкой, включающей выполнение простых действий по индивидуальному плану, получение информации (световые, звуковые сигналы, сообщения) низкой плотности (до 75 за 1 час работы) с разборчивостью слов и сигналов от 100 до 90%, с обработкой информации без ее коррекции, выполнение задания с длительностью сосредоточенного наблюдения до 25% времени смены с числом важных объектов одновременного наблюдения не более 5, с низкой степенью монотонности и продолжительности выполнения простого задания или повторяющихся операций (более 100 сек.), без принятия решения, без риска для собственной жизни и ответственности за безопасность других лиц.

По тяжести. Оптимальна и допустима работа с незначительной (1 класс) или умеренной (2 класс) физической нагрузкой. При легких работах (1 класс): подъем и перенос тяжестей постоянно в течение рабочей смены до 3-х кг (женщины) и до 5 кг – мужчины, либо периодически при чередовании с другой работой (до 2-х раз в час) до 5 кг женщины и до 15 кг мужчины, динамическая физическая нагрузка низкая (до 500 кгм за смену у женщин и до 2500 кгм у мужчин), стереотипные рабочие движения с участием кистей рук и пальцев рук редкие (до 20000 за смену), преимущественно с участием мышц рук и плечевого пояса – до 10000 за смену, статическая нагрузка за смену при удержании груза, приложений усилий одной рукой до 18000 кгс, двумя руками до 36000 кгс, на 40% соответственно ниже у женщин, рабочая поза свободная, удобная, смена позы « сидя-стоя » по усмотрению работни-

ка, наклоны корпуса и переходы, обусловленные технологическим процессом, отсутствуют. Доступна работа умеренной физической (2 класс) нагрузкой: подъем и перенос тяжестей периодические (до 2 раз в час) до 10 кг у женщин, до 30 кг у мужчин, физическая динамическая нагрузка средняя- 3000 кгм у женщин, 5000 кгм у мужчин, стереотипные движения кистей и пальцев рук средней частоты до 40000 за смену, преимущественно с участием мышц рук и плечевого пояса – 20000 за смену, статическая нагрузка при удержании груза, приложении усилий одной рукой до 30000 кгс, двумя руками до 70000 кгс, у женщин соответственно на 40% ниже.

Перечень доступных профессий включает следующие: контролер деревообрабатывающего производства, распределитель работ, нарядчик, учетчик, табельщик, дежурный бюро пропусков, медрегистратор, медстатистик, сестра-хозяйка, кастелянша, фельдшер, фармацевт, провизор, врач, дезинфектор, окрасчик игрушек, экономист, бухгалтер, паспортист, переплетчик, стенографист, налоговый инспектор, аудитор-эксперт, библиограф, библиотекарь, смотритель музея, фонотекарь, руководитель кружка, режиссер, музыковед, музыкальный критик, лаборант, научный работник, нотариус, юрисконсульт, учитель, преподаватель, логопед, психолог, оператор ЭВМ, программист, оператор банка, упаковщик, оформитель готовой продукции, часовщик, художник росписи по дереву и эмали, социальный работник.

Архитектурно-планировочные требования. Объемно-планировочные и конструктивные решения производственных помещений, использующих труд инвалидов с последствиями травм нижних конечностей, производятся с учетом требований СН-245-71 «Санитарные нормы проектирования», обеспечивающих доступность подхода, отсутствие загромождений, заклинивающих дверей, запоров и т.п. Безопасность рабочего места: отсутствие острых выступов, углов, ранимых поверхностей, выступающих крепежных деталей, регуляторов и выключателей. Соответствие рабочей зоны нормативам и тре-

бованиям в помещениях, цехах и участках, предназначенных для труда инвалидов и дополнительно двигательными нарушениями нижних конечностей:

- размещение рабочих мест в небольших помещениях, мастерских, участках, обеспечение возможности визуального наблюдения и контроля за работающими инвалидами;
- обеспечение аварийными сигнализирующими устройствами, радиофикация рабочих мест;
- ограждение движущихся механизмов, лестничных пролетов и других опасных зон;
- остекление окон небьющимися стеклами;
- эстетический дизайн помещения (окраска спокойными тонами);
- для инвалидов с двигательными нарушениями нижних конечностей производственные помещения должны проектироваться без строительных препятствий (перепадов пола, бордюрных камней, лестниц, тамбуров, дверных проемов, порогов) преимущественно на 1 или 2 этаже;
- при необходимости (в зданиях с 2 этажами и более) оборудовать пассажирский лифт;
- специальные типы дверей (откатные, с автоматическим открыванием и др.), устранение дверных порогов;
- применение поручней и других опорных приспособлений.

Оборудование учебного места для инвалидов с последствиями травм нижних конечностей техническими средствами реабилитации. Обеспечение аварийными сигнализирующими устройствами, радиофикация учебных мест; ограждение движущихся механизмов, лестничных пролетов и других опасных зон; остекление окон небьющимися стеклами; эстетический дизайн помещения (окраска спокойными тонами). Помещения для обучения должны

проектироваться без строительных препятствий (перепады пола, бордюрные камни, лестницы, тамбуры, дверные проемы, пороги) преимущественно на 1 или 2 этаже; при необходимости (в зданиях с 2 этажами и более) оборудовать пассажирский лифт; специальные типы дверей (откатные с автоматическим открыванием и др.), устранение дверных порогов; применение поручней и других опорных приспособлений.

Программа социальной реабилитации

Программа социальной реабилитации инвалидов с последствиями травм нижних конечностей включает социально-бытовую адаптацию, социально-средовую ориентацию.

В программу социально-бытовой адаптации должны входить следующие мероприятия, услуги и технические средства:

- информирование и консультирование по вопросам социально-бытовой реабилитации инвалида;
- обучение инвалида самообслуживанию, включая информирование о технических средствах реабилитации, обучение технике и методическим приемам для самообслуживания, обучение правилам личной гигиены, пользования одеждой, приема пищи и др.

В программу социально-средовой ориентации входит: психотерапия, психологическая коррекция, психологическое консультирование, обучение персональной сохранности (пользование газом, электричеством, туалетом, ванной, транспортом, лекарствами и др.), обучение социальным навыкам (приготовление пищи, уборка помещения, стирка белья, посещение магазина и др.), обучение социальному общению, обучение социальной независимости (самостоятельное проживание, пользование гражданскими правами, участие в общественной деятельности и др.), оказание помощи в решении личных проблем, консультирование по правовым вопросам.

Комплексные программы медико-социальной реабилитации инвалидов при черепно-мозговых травмах

Основными видами программы реабилитации инвалидов являются: медицинская, профессиональная и социальная.

Программа медицинской реабилитации направлена на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных функций организма.

Медицинская реабилитация инвалидов с последствиями внутричерепной травмы включает восстановительную терапию. Консервативная терапия должна быть патогенетической и направлена на дегидратацию, коррекцию водно-электролитного баланса, устранение артериальной гипертензии, ацидоза, нарушений микроциркуляции; применение противосудорожных средств; витаминотерапии.

Восстановительная терапия предусматривает использование ЛФК, механотерапия, физиотерапии, и кинезотерапии, психотерапии, массажа, игло-рефлексотерапии, грязе- и бальнеотерапии, трудотерапии, предоставление логопедической помощи и др.

В программу медицинской реабилитации входят обеспечение инвалидов техническими средствами медицинской реабилитации (тренажеры простые, полифункциональные, биомеханические и др.).

По мере восстановления элементарных двигательных функций тренируются более сложные двигательные акты путем овладения трудовыми действиями, требующими выполнения тонких кистевых, пальцевых операций при помощи специальных аппаратов, имитирующих швейные, столярные, слесарные и другие операции, создаются облегченные условия для включения паретических конечностей в трудовой процесс.

В программе реабилитации инвалидов с последствиями травматических повреждений головного мозга предусматриваются различные виды пси-

хологической коррекции (восстановление речи и других нарушений высших корковых функций), психотерапии (индивидуальная, коллективная беседы с больными, аутогенные тренировки, приемы самовнушения на фоне психологической релаксации), решение межличностных проблем, формирование адекватного отношения к своему заболеванию, к статусу инвалида, активизации установки больного на труд.

Программа профессиональной реабилитации направлена на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных профессиональных навыков, знаний и умений инвалидов.

Профессиональная реабилитация инвалидов включает следующие мероприятия: профессиональную ориентацию, психологическую коррекцию, обучение (переобучение), создание специального рабочего места, содействие в трудоустройстве, профессионально-производственную адаптацию.

Профессиональная ориентация. Включает профинформацию и профконсультацию по выбору или перемене профессии, перспектив трудоустройства с учетом медицинских ограничений и рекомендаций.

Больным с последствиями черепно-мозговой травмы (гипертензионно-ликворные, вегетативно-сосудистые нарушения) противопоказана работа с выраженной, умеренной физической и нервно-психической нагрузкой, предписанным темпом, в условиях вибрации, воздействия токсических веществ; длительной ходьбой, стоянием(при гемипарезе). При вестибулярных нарушениях, эпилептиформных, синкопальных пароксизмах противопоказана также работа на высоте, у огня, воды, движущихся механизмов, с несением караульной и наблюдательной служб; с материальной ответственностью (при эпилептиформных, синкопальных пароксизмах, диэнцифальной эпилепсии).

Больным с нарушением психических функций (мнестикоинтеллектуальное снижение и др.) противопоказана работа с выраженной и умеренной нервно-психической нагрузкой, длительной концентрацией внимания, пред-

писанным темпом, высокий точностью психомоторных реакций; контакт с большим коллективом людей; с расстройствами речи (дизартрия, афазия) противопоказано также выполнение административных обязанностей, преподавательской деятельности.

Профессиональное обучение. Для инвалидов с нарушениями статодинамических функций конечностей (гемипарез) соблюдаются требования к организации учебного процесса: специальные учебные письменные, чертежные, рисовальные столы; фиксированные ручки, приспособления для письма и черчения; системы фиксированных расположений предметов (магниты, фиксаторы); приборы для описания чертежей, таблиц, в том числе с программным управлением для инвалидов с затруднением удержания чертежных инструментов (при выраженных парезах; приспособления для выполнения машинописных, вычислительных работ; настольные калькуляторы с электронно-механическим управлением; машинописные и канцелярские компьютерные системы; трости, костыли, кресло-коляски).

Рациональное трудовое устройство. Предусматривает организацию рабочего места с соответствующими условиями и характером их труда, адекватных клинико-функциональным и психофизиологическим особенностям, показанным по состоянию здоровья.

Санитарно-гигиенические условия производственного помещения оптимальны и доступны в классах 1 и 2 по физическим, биологическим и химическим факторам.

Температура, влажность, скорость движения воздуха, тепловое излучение рабочей зоны производственных помещений устанавливаются в соответствии с санитарными нормами (1,2 класс условий труда по вредностям); шум не выше предельно допустимого уровня (ПДУ). Отсутствуют: воздействие общей и локальной вибрации; инфразвука (воздушный, контактный); постоянного поля промышленной частоты (50 Гц); электромагнитного излучения

радиочастотного диапазона; лазерного излучения (для хронического воздействия); вредных веществ; канцерогенов; аллергенов; металлов; оксидов металлов; микроорганизмов-продуцентов; препаратов, содержащих живые клетки и споры микроорганизмов.

По напряженности труда оптимальны работы с незначительной (1 класс) интеллектуальной, сенсорной (нагрузка на органы чувств), и эмоциональной нагрузкой, включающей выполнение простых действий по индивидуальному плану, получение информации (световые, звуковые сигналы, сообщения) низкой плотности (до 75 за 1 час работы) с разборчивостью слов и сигналов от 100 до 90% с обработкой информации без ее коррекции, выполнение задания с длительностью сосредоточенного наблюдения до 25% времени смены с числом важных объектов одновременного наблюдения не более 5, с низкой степенью монотонности и продолжительности выполнения простого задания или повторяющихся операций (более 100 сек.), без принятия решений; без риска для собственной жизни и ответственности за безопасность других лиц; допустимы работы с умеренной (2 класс) интеллектуальной, сенсорной и эмоциональной нагрузкой с выполнением простых альтернативных задач по установленному графику с возможностью его коррекции, с получением информации средней плотности (75-175 за 1 час работы) световых, звуковых сигналов, сообщений, с разборчивостью слов и сигналов от 90-70%, с обработкой, выполнением заданий и его проверкой, последующей коррекцией действий и операций, с длительностью сосредоточенного наблюдения 26-50% времени смены, одновременным наблюдением 6-10 объектов; средней степенью монотонности нагрузки и продолжительности выполнения простого задания или повторяющихся операций (100-25 секунд) с исключением риска для собственной жизни и ответственности за безопасность других лиц.

По тяжести труда доступна работа с незначительной (1 класс) или умеренной (2 класс) физической и динамической нагрузкой.

При легких работах (1 класс): подъем и перенос (разовое) тяжестей постоянно в течение рабочей смены до 3 кг- женщины и до 5 кг- мужчины, либо периодически при чередовании с другой работой (до 2 раза в час) до 5 кг женщины и до 15 кг мужчины; динамическая физическая нагрузка низкая (до 1500 кгм за смену у женщин, до 2500 кгм у мужчин); стереотипные рабочие движения с участием кистей рук редкие (до 20000 за смену), преимущественно с участием мышц рук и плечевого пояса – до 10 000 за смену; статическая нагрузка за смену при удержании груза, приложений усилий одной рукой до 18 000 кгс, двумя руками до 36 000 кгс, с участием мышц корпуса и ног до 43 000 – мужчины, на 40% соответственно ниже у женщин; рабочая поза свободная, удобная, смена позы «сидя-стоя» по усмотрению работника; наклоны корпуса отсутствуют либо 50 раз в смену; переходы, обусловленные технологическим процессом отсутствуют (при двигательных нарушениях нижних конечностей), либо – до 4 км в течение смены.

Доступна работа с умеренной физической (2 класс) нагрузкой: подъем и перенос тяжестей в течение рабочей смены до 7 кг – женщины и до 15 кг – мужчины, либо периодически (до 2 раз в час) до 10 кг – женщины, до 30 кг – мужчины; физическая динамическая нагрузка средняя – до 3 000 кгм у женщин; 5 000 кгм – у мужчин; стереотипные рабочие движения с участием кистей и пальцев рук средней частоты (до 40 000 за смену) преимущественно с участием мышц рук и плечевого пояса – до 20 000 за смену; статическая нагрузка за смену при удержании груза, приложение усилий одной рукой до 30 000 кгс, двумя руками до 70 000 кгс с участием мышц корпуса и ног – 100 000 гкс у мужчин; на 40% ниже у женщин (соответственно); периодически (до 25% времени смены работа выполняется в неудобной фиксированной позе, с вынужденными наклонами под углом 39 град.(51 – 100 раз за смену), ходьба – до 10 км в течении смены.

Доступно выполнение различных зрительных работ с различением объектов размером более 5 мм (1 класс), 5 – 1,1 мм более 50% (2 класс) времени

смены (расстояние от глаз до объекта различения не более 0,5); работа с оптическими приборами 25% (1 класс), 26 – 50% (2 класс) времени смены, с наблюдением за экранами видеотерминалов до 2 часов (1 класс), 2 – 3 часа (2 класс) смену.

Создание специального рабочего места. При профессиональной реабилитации большую помощь в устранении затруднений при работе, обусловленных двигательными нарушениями конечностей оказывают специальные рабочие приспособления, которые можно разделить на три основные группы: приспособление для поврежденной конечности, позволяющие инвалиду пользоваться ею для выполнения работы; специальные станки или приспособления, значительно облегчающие или делающие доступным выполнение работы; рационально организованные рабочие места, сиденье и т.п. При поражении верхней конечности со значительным нарушением функции схвата и удержания предметов используются при работе специальные рукоятки, перчатки, металлические пластины, одеваемые на руку с помощью манжеты. К приспособлениям, ходящим во вторую группу, относятся приспособления к рабочему месту, к обычным станкам, а также специальные станки, прессы, верстаки, конструкторы – приспособления для мелких сборочных работ, различные конструкции приспособлений к слесарным станкам, обеспечивающие быстрое закрепление в них деталей при помощи ножной педали; различные конструкции с педальными устройствами для замазки клеем деталей и т.п.

Для профессиональной реабилитации инвалидов с умеренными двигательными нарушениями верхних конечностей включаются следующее вспомогательные технические средства:

- облегчающие движения при выполнении работы (специальные станки, приспособления для мелких сборочных работ, приспособления к станкам обычного типа);

- приспособления, рационализирующие рабочую позу инвалида и организацию его рабочего места (специально оборудованные столы, верстаки, сиденья, различные транспортеры, подъемники и другие приспособления малой механизации).

Для профессиональной реабилитации инвалидов с выраженным и значительным нарушением двигательной функции верхних конечностей используются технические средства:

- облегчающие движения при выполнении работ (комплексы специального оборудования для трудовой деятельности, приспособления для работы одной рукой, удлинители ручек, фиксирующие устройства, для выполнения мелких работ – конструкторы и др.);

- для компенсации недостаточной функции схватывания и удержания предметов (специальные рукоятки, насадки, перчатки, металлические пластины, одеваемые с помощью манжеток на паретичную руку для выполнения действий во время работы);

- специальные приспособления к станкам, рабочему месту, делающими доступным выполнение работы (различные конструкции приспособлений к обычным станкам для выполнения работы одной рукой и при помощи ножной педали).

Для профессиональной реабилитации контингента инвалидов с двигательными нарушениями нижних конечностей используются вспомогательные технические средства, облегчающие движения при выполнении работы путем переноса нагрузки с больной ноги на здоровую (приспособления, обеспечивающие перенос педали прессы с электроприводом в сторону здоровой левой ноги у больного с парезом правой нижней конечности); различные приспособления типа прижимов для удержания сшиваемых деталей одежды или прижим для головных уборов, обеспечивающий (также с помощью пружинного зажима ножной педали) их фиксацию при операциях отделки; для

поддержания рабочего положения, опоры для ноги (подставки неподвижные или подвижные, на колесиках) с регулировкой высоты и угла наклона опорной поверхности; приспособления для транспортировки грузов (электрокары, тягачи, тележки с подъемными платформами, автокары и др.); приспособления для доставки и забора продукции на рабочем месте (лентовые, роликовые, колесные транспортеры); специальная тара (ящики, емкости и др.) для заготовок, изделий.

При умеренно выраженной степени двигательных нарушений нижней конечности затруднение передвижения компенсируется техническими средствами, улучшающими опорность (трости, ортопедическая обувь), облегчающие движения (поручни).

При выраженном нарушении функции передвижения, кроме перечисленных, необходимы дополнительные технические средства, улучшающие устойчивость («ходилки»), разгружающие (костыли), для улучшения мобильности (кресло-коляска, мотоколяска); специальная адаптация рабочего места с предоставлением вспомогательных технических средств для поддержания рабочей позы, опоры для ноги (подставки), для транспортировки грузов, производства погрузочно-разгрузочных работ (тягачи, электротягачи и др.), для складирования грузов, приспособления для доставки и забора продукции на рабочем месте, предоставление специальной тары для изделий и др. Объёмно-планировочные и конструктивные решения производственных помещений, использующих труд инвалидов, производится с учетом требований СН-245-71 «Санитарные нормы проектирования». Доступность подхода (свободные проходы, запасные выходы и проходы, отсутствие загромождений, заклинивающихся дверей и запоров и т.п.)

Безопасность рабочего места: отсутствие острых выступов, углов, ранимых поверхностей выступающих крепежных деталей, регуляторов и выключателей. Соответствие рабочей зоны нормативам и требованиям в помещениях, цехах и участках, предназначенных для труда инвалидов и дополнительно:

- размещение рабочих мест в небольших помещениях, мастерских, участках, обеспечение возможности визуального наблюдения и контроля за работающими;
- обеспечение аварийными сигнализирующими устройствами, радиофикация рабочих мест;
- ограждение движущихся механизмов, лестничных проемов и других опасных зон; остекление окон небьющимися стеклами;
- эстетический дизайн помещения (окраска спокойными тонами);
- для инвалидов с двигательными нарушениями нижних конечностей производственные помещения должны проектироваться без строительных препятствий (перепады пола, бордюрные камни, лестниц, тамбуров, дверных проемов, пороги), преимущественно на 1 или 2 этаже; при необходимости в зданиях с двумя и более этажами оборудовать пассажирский лифт, специальные типы дверей (откатные с автоматическим открыванием и др.), устранение дверных порогов; применение поручней и других опорных приспособлений.

Программа социальной реабилитации должна предусматривать восстановление способностей инвалидов к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

Программа социальной реабилитации включает:

- социально-бытовую адаптацию;
- социально-средовую ориентацию.

Социально-бытовая адаптация должна обеспечивать определение режимов общественной и семейно-бытовой деятельности инвалидов в конкретных социально-средовых условиях и приспособление к ним инвалидов.

В программу социально-бытовой адаптации должны входить следующие мероприятия, услуги и технические средства;

- информирование и консультирование по вопросам социально-бытовой реабилитации инвалида;

- обучение инвалида самообслуживанию, включая информирование о технических средствах реабилитации, обучение технике и методическим приемам для самообслуживания, обучение правилам личной гигиены, использованием одежды, приема пищи и др.;
- обеспечение инвалида техническими средствами реабилитации, включая подбор технического средства в соответствии с медико-социальными показателями, доставку технического средства, его сервисное обслуживание;
- обеспечение специальными транспортными средствами текущий и капитальный ремонт, оплату расходов на горючесмазочные материалы;
- обучение инвалида пользованию техническими средствами реабилитации;
- организация жизни инвалида в быту, включая архитектурно-планировочное решение проблемы адаптации жилого помещения к потребностям больного, оснащение техническими средствами реабилитации, перепланировку жилых помещений.

Обучение самообслуживанию и бытовым навыкам инвалидов с выраженными нарушениями двигательной функции конечностей, вестибулярно-мозжечковыми расстройствами осуществляется в блоке социально-бытовой реабилитации, представленном жилой комнатой и кухней, с использованием стола-стенда и настольного стенда с набором бытовых приспособлений, с применением специализированного набора мебели-устройств, позволяющего инвалидам с нарушением статодинамических функций под руководством трудинструктора воспроизводить стереотипы повседневной жизни, что способствует восстановлению самостоятельности инвалидов в быту. Инвалидов с незначительными и умеренными нарушениями двигательной функции, у которых самообслуживание существенно не нарушено, необходимо направлять в блок социально-бытовой реабилитации для отработки координации движений и изолированных двигательных актов на стендах и бытовых приборах.

В рамках программы социальной реабилитации инвалидов с нарушением двигательной функции конечностей используются различные

технические средства и устройства для осуществления бытовой независимости, средства, компенсирующие утраченные (нарушенные) функции, вспомогательные устройства для занятий трудом, а также облегчающие бытовое обслуживание инвалидов, мобильность.

Используются средства бытовой механизации, облегчающие движения конечностей в быту и самообслуживание – приспособления для удержания бытовых предметов, различные насадки, приспособления для пользования кухонной утварью, столовыми предметами, комплекты для приспособлений для приёма пищи, питья и др.; технические средства, компенсирующие значительно выраженные или выраженные нарушения двигательной функции (специальные насадки на паретичные верхние конечности) для выполнения бытовых действий, крепежка бытовых приборов на кисть или предплечье; технические средства- приспособления для выполнения санитарно-гигиенических процедур (для умывания, расчесывания волос, для ванн и др.); для одевания и раздевания одежды, обуви и др.; для передвижения - костыли, комнатная, прогулочная кресло-коляски с ручным управлением (в соответствии с действующим законодательством), адаптация жилища - расширение дверных проемов для инвалидов, пользующихся кресло-коляской, приспособления санузла: сиденья для унитаза, ванны; кресло-стульчаки с колесиками; приспособление санузла, ванной, душа для инвалидов, пользующихся кресло-коляской; подъемные устройства; поддерживающие устройства; перепланировка электророзеток, электровыключателей в жилой комнате, санузле, кухне; приспособления для открывания окон; поручни в жилой комнате, санузле, кухне; устройство пандусов (для инвалидов, пользующихся прогулочными кресло-колясками).

В программу социально-средовой ориентации должны входить:

- психотерапия;
- психологическая коррекция;
- психологическое консультирование;

- обучение персональной сохранности (пользование газом, электричеством, туалетом, ванной, транспортом, лекарствами и др.);
- обучение социальным навыкам (приготовление пищи, уборка помещения, стирка белья, посещение магазина и др.);
- обучение социальному общению;
- обучение социальной независимости (самостоятельное проживание, пользование гражданскими правами, участие в общественной деятельности и др.);
- оказание помощи в решении личных проблем 9 половое воспитание , контроль за рождаемостью и др.);
- консультирование по правовым вопросам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приоритетными направлениями в отчасти охраны здоровья и социальной защиты участников и инвалидов боевых действий, в том числе и инвалидов ВОВ, являются предупреждение и снижение заболеваемости и инвалидности, совершенствование и поведенческие эффективность реабилитации в отношении данного контингента лиц.

В соответствии с этими задачами было проведено изучение социально-гигиенических особенностей инвалидов-участников различных боевых действий, проживающих на территории Ростовской области (16463 человека), из которых 3371 чел. (20,5%) являлись инвалидами ВОВ 9423 чел. (59,5%) являлись участниками ВОВ 3269 чел.(20,0%) участники других военных контингентов.

Изучение динамики пролеченных больных в госпитале за исследуемый период показал, что в 2009 году по сравнению с 2008 г. отличается снижение количества пролеченного контингента на 1,5%, последующие три года по сравнению с 2009 годом наблюдалось увеличение *** контингента в 2010 г. на 2,5%, в 2011 года, на 2,5%, в 2012 году на 7,4%.

увеличение количества лиц, проходящих реабилитацию в госпитале определялось как среди городского, так же и среди сельского населения Ростовской области.

Количество контингента среди городского населения имели текущую к уменьшению с 2009 г. на 2,1% и росту в последующие два года соответственно в 2010 году на 1,8%, в 2011 г. на 6,2% и в 2012 году на 6,1% по сравнению с 2004 годом.

Среди сельского населения Ростовской области отмечалось увеличение численности контингента по сравнению с 2008 годом., в 2009 году на 0,2%, в 2010 году — на 4,4%, в 2011 году на 17,9% и в 2012 г. на 10,7%.

Изучение образовательного статуса изучаемого контингента показал, что он был достаточным для овладения новыми профессиями путем обучения и переобучение.

Количество лиц имеющих начальное, среднее, незаконченное высшее и высшее профессиональное образование колебалось от 38% в 2009 году до 58,8% в 2011 году . Число лиц, имеющих среднее общее образование варьировало от 11,2% в 2011 году до 27,2% в 2010 году.

Исследование профессиональной занятости участников боевых действий показало, что более четверти из них выполняли физический труд 1-4 категории тяжести от 7,9% обследованных в 2009 году до 25,9% в 2012 г. были заняты в профессиях умственного труда. Достаточно большая часть не работали вообще (от 38,8% в 2011 году до 68,1% в 2008 году).

Основными причинами незанятости в 78% случаев являлись неудовлетворительным состоянием здоровья, в 10,9% - отсутствие работы, соответствующей интересам, в 11,1% затруднена в трудоустройстве.

Следует отметить, что за исследуемый период (2000-2012 г.г.) количество инвалидов ВОВ постоянно снижается с 6000 чел. В 2000 г. до 2964 чел. В 2012 г., т. е. На 3036 чел. Или на 49,4%.

количество участников ВОВ за тот же период уменьшилось с 15128 чел. До 7743 чел., т. е. На 7385 чел. или на 51,2%.

Количество участников других военных конфликтов напротив увеличилось с 6796 чел в 2008 году до 17811 чел. В 2012 году, т.е. на 11015 чел. или на 61,8%.

Значительный рост количества участников других военных конфликтов в 2012 году по сравнению с 2011 годом с 7174 чел. до 17811 чел, т. е. на 10673 чел или на 59,9% связан с проведенной в 2011 г. сверки различных баз данных данного контингента, что позволило выявить лиц из числа участни-

ков военных конфликтов, которые ранее не были учтены в данной базе данных.

Проведенное психологическое исследование позволили выявить у них формирование специфических психологических качеств:

неустойчивость эмоционально-волевой сферы (повышенная возбудимость, раздражительность, вспыльчивость, взрывчатость, тревожность, расстройство сна); негативные изменения самооценки (противоречивость, конфликтность, страх, неуверенность в себе); неопределенность жизненной перспективы; изменение иерархии ценностей (ориентация на нормы и ценности, сложившиеся в условиях боевых действий); сложность в межличностных контактах (затруднение общения с окружающими, в трудовом коллективе, в семье); нарушение познавательной и мнестической деятельности, снижение умственной работоспособности.

Выявленные психологические особенности участников боевых действий усиливает психологическую дезадаптацию этой категории лиц и определяют основные формы психокоррекционной работы:

- обучение технике релаксации, снятие психического напряжения;
- преодоление неадекватных и обучение адекватным стереотипам реагирования (поведенческий тренинг);
- работа по преодолению межличностных конфликтов (обучение конструктивным способам разрешения конфликтов);
- работа по коррекции внутриличностных изменений (изменение иерархии ценностей, деформация «я»-образа, инверсия временной направленности, преодоление неадекватных механизмов психологической защиты).

Изучение уровня социально-психологической адаптации данного контингента лиц показало, что более половины из них (58%) имеют признаки низкой адаптированности, 12% обследованных лиц обнаруживали признаки

полной социальной дезадаптации с выраженной негативной реакцией на ситуации, непримиримым отношением ко всему окружающему, выраженными протестными реакциями.

Изучение психологических особенностей участников военных конфликтов, стереотипов их поведение в обществе, коллективе, семье, факторов, способствующих их дезадаптации в условиях мирной жизни, позволило сформулировать основные направления работы по социально-психологической поддержке:

- влияние на состояние « социально-психологической ситуации » общества;
- формирование способности устанавливать и поддерживать глубокие социальные связи с другими членами общества;
- формирование активных установок, способствующих самореализации их как личности в разных сферах (общественной, профессиональной и др.) заболеваемости;
- формирование четких жизненных планов, перспектив на будущее и составление конкретных планов достижение целей.

При определении степени выраженности нарушения функций организма использовался комплекс взаимодополняющих методов исследования, в том числе лабораторных данных. Следует отметить, что широко использовались данные компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), электроэнцефалографии (ЭЭГ), данные ультразвукового, эндоскопического исследования. Объем необходимых исследований в каждом конкретном случае определяется индивидуально, в зависимости от выраженности клинических проявлений основного заболевания и выраженности нарушения функций организма.

Среди изучаемого контингента первое место занимают заболевания центрально нервной системы, как правило различного рода энцефалопатии (атеросклеротического, травматического, диабетического генеза)(52%).

На втором месте — заболевания опорно-двигательного аппарата – распространенные остеохондрозы позвоночника , деформирующие артрозы с различной степенью нарушения функций, в том числе посттравматического генеза (32,4%) .

На третьем месте – облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей (15,6%).

Из числа исследуемого контингента 64 человека (34,8%) не имели группу инвалидности вообще , хотя имели стойкие , выраженные изменения со стороны органов и систем , приводящие к стойким нарушениям функций организма и ограничения жизнедеятельности. Все они были направлены на освидетельствование в службу медико-социальной экспертизы и по её результатам 58 больным (90,6%) определена II группа инвалидности с причиной « общее заболевание» и 6 больным (9,4%) определена I группа инвалидности с причиной «общее заболевание» 73 инвалида (39,7%) имели группу инвалидности со сроком, дата очередного освидетельствования совпадала с периодом пребывания их в госпитале , в связи с чем указанным лицам по решению врачебной комиссии , были оформлены направления для прохождения очередного освидетельствования.

По результатам освидетельствования 55 больным (75,3%) определена II группа инвалидности , а 18 больным (24,7%) III группа инвалидности .

Следует отметить , что наибольшее количество граждан из числа исследуемого контингента 91 (49,5%) нуждались в обеспечении техническими средствами реабилитации , причём 72 из них (79,1%) – это инвалиды и участники ВОВ , имеющих группу инвалидности бессрочно , которым она была определена в 70-80 годы прошлого столетия. В последующие годы на освидетельствование в службу медико-социальной

экспертизы их никто не направлял . В отношении этих лиц , в период их планового лечения в условиях стационара проводилась углубленная экспертно-реабилитационная диагностика и определялась потребность в различных технических средствах реабилитации . Здесь же, в стационаре им оформлялось направление на медико-социальную экспертизу , проводилось освидетельствование специалистами бюро МСЭ непосредственно в стационаре и составлялись индивидуальные программы реабилитации инвалида .

Из числа освидетельствованных лиц 87 (95,6%) нуждались в костылях и опорных тростях; 52 (57,1%) , в ортопедической обуви ; 47 (51,6%) –корсеты, бандажи , наколенники ; 12 (13,2%) – в слуховых аппаратах ; 3 (3,3%) – в протезах нижних конечностей ; 2 (2,2%) – в комнатных кресло-колясках; 3(3,3%) - в глазном протезировании; 2 (2,2%) – в медицинских термометрах и медицинских тонометрах с речевым выходом.

Сведения об этих потребностях необходимы для формирования индивидуальных программ реабилитации и оказания адресной социальной помощи.

С учётом современных концептуальных подходов к реабилитации участников боевых действий были разработаны типовые комплексные программы реабилитации при наиболее распространенных заболеваниях .

Эти программы включают конкретные мероприятия по медицинским , профессиональным и социальным аспектам.

Программа медицинской реабилитации осуществлялась на трёх этапах : стационарное восстановительное лечение , амбулаторное восстановительное лечение, санаторно-курортное лечение.

Восстановительное лечение включало лекарственную терапию . физиотерапию, грязелечения , лечебную физкультуру, массаж, оперативное лечение по показаниям , технические средства медицинского назначения , функциональную трудотерапию , психотерапевтические мероприятия наряду

с восстановительной медициной . По показаниям проводилась реконструктивная хирургия , протезирование.

Программа профессиональной реабилитации включала показанные условия труда , рекомендуемые виды трудовой деятельности для рационального трудового устройства данной категории лиц.

Программа социальной реабилитации включала обеспечение техническими средствами реабилитации , облегчающими быт и труд данной категории лиц, архитектурно-планируемые устройства и приспособления для адаптации среды и жилища инвалида, меры психологической реабилитации.

Внедрение комплексных программ в практику работы госпиталей и других лечебных учреждений , оказывающих медицинскую и реабилитационную помощь участникам боевых действий , а так же в практику работы специалистов бюро МСЭ и реабилитационных учреждений будет способствовать повышению качества и эффективности проводимых реабилитационных мероприятий и наиболее полной социальной интеграции участников различных военных конфликтов.

Изучение потребности инвалидов ,участников ВОВ и участников боевых действий в различных реабилитационных мероприятиях и их влияние на показатели здоровья указанного контингента (заболеваемости ,инвалидности ,смертности) в Ростовской области позволило определить приоритетные направления совершенствования системы профилактики, заболеваемости и инвалидности, реабилитации инвалидов для повышения их эффективности в современных социально-экономических условиях.

Проведение комплекса мероприятий в отношении изучаемого контингента возможно лишь при последовательном решении организационных, технических, медицинских и социальных задач. В связи с чем разработана схема организации реабилитации в Ростовской области инвалидов, участников ВОВ и участников боевых действий, представленная на рисунке 5.

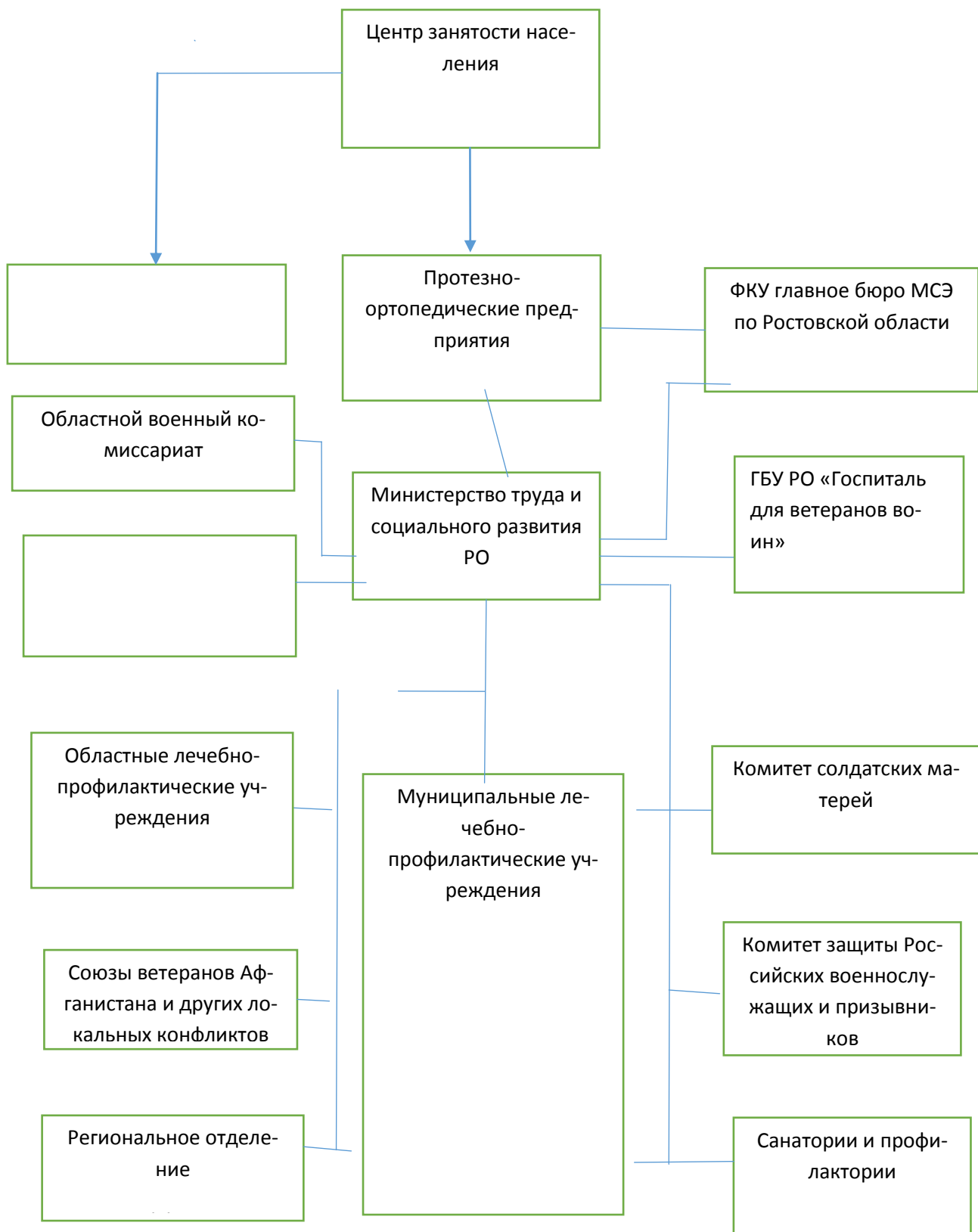


Рисунок 5.Схема организации реабилитации в Ростовской области инвалидов, участников ВОВ и участников боевых действий

Выводы:

1. По данным ГБУ РО ГВВ численность основного контингента инвалидов и участников ВОВ и участников боевых действий в г. Ростове и Ростовской области в период с 2008 года по 2011 год имело тенденцию к снижению, в основном за счет инвалидов и участников ВОВ, а в 2012 г увеличилось по сравнению с 2008 г за счет участников боевых действий. В период с 2008 г по 2011 г среди изучаемого контингента преобладали лица городского населения, а в 2012 г большинство составили жители сельской местности, то есть увеличение общего контингента произошло за счет жителей сельской местности.

2. Изучение клинико-функциональных особенностей, включающих характеристику состояния центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата и сосудов нижних конечностей (нарушение памяти, ограничение движения в позвоночнике и суставах, наличие гипотрофии мышц), характера и степени нарушения статодинамической функции (умеренные, выраженные, значительно-выраженные), показало, что у 52% больных и инвалидов преобладали заболевания центральной нервной системы, у 32,4% - заболевания опорно-двигательного аппарата, у 15,6% - облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей.

Нарушение психологического статуса у участников боевых действий зависело от возраста, характера полученной травмы, длительности участия в военных конфликтах, степени выраженности нарушений функций организма, эффективности восстановительного лечения, от типа реакций и отношения человека к полученной травме. У 59,8% инвалидов определялись нарушения эмоциональной и волевой сферы, у 40,2% - признаки астенического состояния и астено-депрессивной синдром

3. Усовершенствованные в соответствии с современной концепцией инвалидности и реабилитации подходы к определению потребностей исследуемого контингента в различных мерах социальной поддержки ,позволили определить потребность в медицинской реабилитации в 80,4 случаях, в стационарном и восстановительном лечении в 88,1 случаях,в санаторно-курортном лечении в 79,9 случаях, в психотерапевтических мерах в 52,6 случаях, в технических средствах реабилитации в 49,5 случаях (на 100 инвалидов)

4. Усовершенствованная и внедренная модель освидетельствования инвалидов и участников ВОВ , в том числе имеющих группу инвалидности без срока переосвидетельствования , в период прохождения стационарного лечения , с одновременным определением их потребности , в различных реабилитационных мероприятиях и привлечением к решению этих проблем соответствующих министерств и ведомств (по принципу «одного окна») позволило сократить сроки и повысить эффективность реабилитационных мероприятий,приблизить реабилитационные мероприятия к инвалидам и участникам ВОВ ,снизить социальную напряженность среди указанного контингента.Тогда как, действовавшая ранее модель освидетельствования по месту жительства , предполагала значительно более длительный период прохождения этой процедуры, в том числе инвалид вынужден был обращаться в различные министерства и ведомства , порой находящиеся вне места его проживания , что значительно удлиняло сроки получения реабилитационных мероприятий , а порой делало их недоступными.Таким образом ,внедренная усовершенствованная модель освидетельствования развернуло лицом к инвалиду деятельность министерств и ведомств, занимающихся реабилитационными мероприятиями и подключить к этому сложному механизму общественные организации инвалидов.

1. Сведения о потребности участников и инвалидов боевых действий Ростовской области в различных реабилитационных мероприятиях целесообразно изложить при разработке комплексных программ профилактики инвалидности и социальной защиты данной категории инвалидов.

2. Социально-гигиенические характеристики контингента инвалидов в следствии боевых травм являются информационной базой для разработки региональных комплексных программ реабилитации, планирования сил и средств, необходимых для реализации различных мероприятий.

3. Разработанные клиничко-функциональные критерии оценки ограниченной жизнедеятельности и потребности исследуемого контингента в различных реабилитационных мероприятиях, следует шире внедрять в практику работы госпиталей аналогичного профиля и при проведении ежегодных диспансерных осмотров этой категории граждан, что будет способствовать повышению качества оказания медицинской помощи и решению социальных проблем.

4. Данные о социальных потребностях участников боевых действий следует использовать органами здравоохранения и социальной защиты населения для планирования и осуществления конкретных мероприятий по медицинским, психологическим, профессиональным и социальным аспектам реабилитации, оказания адресной социальной помощи.

Сформированная модель реабилитации участников военных конфликтов может использоваться специалистами лечебных и реабилитационных учреждений для обеспечения наиболее эффективной реабилитации и последующей социальной интеграции

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Ахметьянов Р.Ф. Актуальные проблемы инвалидности вследствие травм в Российской Федерации и медико-социальная реабилитация. М., Москва 2004г. , с.247
- 2 Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. //Руководство для врачей М., Медицина, 1993, 400 с.
- 3 Андреева О.С. Теоретические основы медико-социальной реабилитации инвалидов.// В кн: Вопросы медицинской, профессиональной, социальной реабилитации инвалидов военной службы. Сборник информационно-методических материалов, М, 1999, с.5-18
- 4 Андреева О.С. организационно-функциональная модель системы комплексной реабилитации инвалидов военной службы. //В кн : Вопросы медицинской, профессиональной, социальной реабилитации инвалидов военной службы, М, 1999, с. 22-41
- 5 Бай-Балаева Е.К. К вопросу о социальной ситуации развития личности воинов-интернационалистов, несших службу в Афганистане. // В кн.: психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации. М., 1989, с.35
- 6 Баркаган З.С. Механизмы формирования и маркеры предтромботического статуса у пожилых людей //Клиническая геронтология, № 3 , 1996 , с.53-56
- 7 Беркутов А.Н., Цыбуляк Г.Н., Егурнов Н.И. Травматический шок.// Вест.хир. 1986, №6, с.112-125
- 8 Бисенков Л. Н., Тынякин Н.А. Особенности оказания хирургической помощи пострадавшим с минно-взрывными ранениями в армии рес-публики Афганистан. // Воен. мед.журн. 1992, N1, с.19-21
- 9 Боголепов Н.К., Арбатская Ю.Д. Врачебно-трудовая экспертиза при травмах головного мозга. // М., Медгиз, 1957, 103 с.
- 10 Боева Е.М., Еникеева А.А., Старавойтова И.М. Медико-социальные аспекты инвалидности лиц моложе 45 лет с последствиями черепно-мозговой травмы. //Актуальные проблемы инвалидности. М., 1991, с. 76-77

- 11 Брюсов П.Г., Жижин В.Н. и др. Медицинская сортировка – важнейший организационный элемент оптимизации медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях. // Воен. мед.журн. 1992, N1, с.31-32
- 12 Брюсов П.Г., Николенко В.К., Гринюшин Ю.В., Пономаренко А.М. Реабилитация раненых с боевыми повреждениями конечностей. // Воен. мед.жур. 1997, N5, с.17-22
- 13 Брюхин И.А. Хирургия повреждений: состояние и перспективы. // Вестн. хир. 73-77
- 14 Брюхин И.А. О хирургической обработке огнестрельных ран. // Воен. мед.журн. 1992, N7, с.3-7
- 15 Бурцев Е.М., Бобров А.С. Отдаленный период военной черепно-мозговой травмы. М., 1986, с.208
- 16 Вегер А.М. Клинические варианты отдаленных последствий травм черепа. // В кн.: Травматические поражения центральной и периферической нервной системы. М., 1946, с. 83-95
- 17 Величко М.А. Недостатки в оказании медицинской помощи раненым в догоспитальном периоде: патологоанатомические аспекты. // Воен. мед.журн. 1991, N4-5, с. 39-43
- 18 Воробьев А.И. Синдром посттравматического стресса у ветеранов войны перенесших боевую психическую травму. // Воен. мед.журн.1991, N8, с. 71-74
- 19 Вяткина В.А. Динамика пограничных форм нервно-психических расстройств у участников войны в Афганистане. Дис.к.м.н., М., 1992
- 20 Гаврилов О.А., Сокольская Н.О., Гаврилов О.К. Общая геронтология. Часть 4: Реология , микроциркуляция и агрегатное состояние крови //М., 2001
- 21 Герасименко Н.Ф. Кризис здоровья и здравоохранения как угроза национальной безопасности России . // ж. Вест.Рос. АМН,1998, №4 , с. 56-58

- 22 Голикова Т.А. основные материалы доклада министра здравоохранения и социального развития РФ « О совершенствовании медицинской помощи , в том числе лекарственного обеспечения в рамках государственной и социальной помощи ветеранам и лицам пожилого возраста» // Материалы на заседании членов Совета ветеранских и общественных организаций при Министре здравоохранения у премьер –министра Правительства избранного президента РФ В.В.Путина/госпитальная медицина, №8, Самара,2012, с.10-14
- 23 Головкин В.И., Одинак М.М., Живолунов С.А. Особенности диагностики, течение и лечение травм нервных стволов конечностей и сплетений в условиях горно-пустынной местности и жаркого климата. //Методические рекомендации. Кабул, Медицинская служба, 1988, с.28
- 24 Гольдман С.В. Неврозы военного времени (по материалам империалистической войны) Под ред. В.П.Осипова . ОГИЗ, 1934, с. 46-48
- 25 Гофман В.Р., Глазников Л.А., Яснгов Ю.К. Структура слуховых нарушений и объем специализированной медицинской помощи при минно-взрывной травме. // Матер.науч. конф.: Специализированная помощь при боевой патологии. М., 1991, с. 84-85
- 26 Грицанов А.И., Мусса М., Минулин И.П., Рахман М. Взрывная травма. // В кн. : Раневая инфекция. Взрывная травма. /Материалы научной конференции, посвященной 10-й годовщине функционирования ЦВГ МО ДРА. Кабул, 1987, ч.1, с. 153-158
- 27 Грицанов А.И., Мусса М., Дмитриев В.С. и др. Минно-взрывные повреждения – закрытая политравма военного времени. // В кн.: Раневая инфекция. Взрывная травма /Материалы научной конференции, посвященной 10-й годовщине функционирования ЦВГ МО ДРА. Кабул, 1987, ч.1, с. 107-109

- 28 Грицанов А.И., Минулин И.П. Основные принципы патогенетического лечения минно-взрывных ранений. //Военно - мед.журн. 1988, N7, с.31-33
- 29 Грицанов А.И., Фомин Н.Ф. И др. Особенности патогенеза, клиники, диагностики и лечения минно-взрывных повреждений. //Воен. мед.жур.1990,N9, с. 46-51
- 30 Грицанов А.И., Рыбаченко П.В., Фомин Н.Ф., Линева А.И., Цыган В.Н. Нейродистрофические расстройства при минно-взрывной травме и возможности их коррекции. //Воен. мед.журн. 1993, N1, с.31-39
- 31 Громов А.П. Биомеханика травмы. М., 1979, с. 272
- 32 Даниличев В.Ф., Шишкин М.М. Современная тактика хирургического лечения боевых огнестрельных повреждений глаз. //Воен. мед.журн. 1977, N5, с. 22-26
- 33 Дедушкин В.С., Косачев И.Д., Ткаченко С.С., Шаповалов В.М. Оказание медицинской помощи и объем лечения пострадавших с взрывными повреждениями. //Воен. мед.журн. 1992, N1, с. 13-17
- 34 Демченкова Г.З. О ходе реализации в 2011 году «Основных направлений дальнейшего развития медико-социальной помощи и повышения качества жизни ветеранов войн-участников локальных конфликтов и членов их семей в государствах-участниках СНГ на период до 2015 года» //Госпитальная медицина, Самара, 202, №8, с. 25-30
- 35 Дерябкин И.И. Травматическая болезнь //Вест.хир. 1983, N10, с.75-79
- 36 Деисов И.Н., Иванов А.И., Меламед Л.А., Гардус В.О. определение вида медицинской помощи как принципа организации работы врача общей практики (семейного врача). //Проблемы реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации кафедр со-

- циальной медицины (гигиены), организации и экономики здравоохранения :
Материалы Всерос. конф., М., 1-5 дек. 1997, с. 86-89
- 37 Джибран А.Ф. Лечение эмпиемы и остаточных полостей после огнестрельных ранений грудной клетки мирного населения в условиях Афганистана. Дис. к.м.н., Волгоград, 1992
- 38 Дмитриева Н.В., Бадиков В.И., Макаричев В.А. Доклинические изменения ЭКГ и их критериальная оценка на основе симметричного подхода. //Кардиология, 1991, N1, с. 79-81
- 39 Донская П.В., Тургенева И.Б. ЭКГ-изменения при травмах конечностей. //Вопросы клинической нейрокардиологии.: Сб. науч. тр. Новокузнецк, 1981, с.40-41
- 40 Дунин В.И. Висцеральные проявления в позднем периоде взрывной травмы. //В кн.: Актуальные вопросы военной медицины /Материалы научной конференции, посвященной 10-й годовщине Апрельской революции. Кабул, 1988, с.143-145
- 41 Дыскин Е.А. Важный этап изучения проблем минно-взрывной травмы. //Воен. мед.журн. 1995, N3, с. 75-77
- 42 Дягилев А.В. Комплексный метод лечения огнестрельных переломов костей голени и их последствий в условиях массового поступления пострадавших. Дис. д.м.н., Самара, 1994
- 43 Евграфов Е.А. Значение комплексной оценки состояние сердечно - сосудистой системы воинов-интернационалистов с последствиями недавно перенесенной ЧМТ.//В кн.: Клинические и организационные аспекты ВТЭ и реабилитации больных и инвалидов. М., 1989, с. 44-45

- 44 Евграфова Е.А. Оценка выраженности кардиоваскулярных изменений в практике врачебно-трудовой экспертизы больных и инвалидов, исполнявших воинский долг в Афганистане. Дис. к.м.н., М., 1992
- 45 Емелин Ю.О. Организационная и сравнительная клиническо-неврологическая характеристика боевой травмы головного мозга в вооруженных локальных конфликтах современности. Дис. к.м.н., СПб, 1997
- 46 Ерюхин И.А. Лечебно–диагностические и теоретические проблемы экстремальных состояний при боевой травме. Актовая речь в день 194-й годовщины Академии. //Военно-медицинская академия. СПб, 1992,с.34
- 47 Ерюхин И.А., Алексеев А.В., Гуманенко Е.К. Хирургическое лечение тяжелых сочетанных травм в свете концепции травматической болезни. // Вест.хир.1990, т.144, N4, с.154-155
- 48 Загородний Ф.Ф., Сури Г.М., Хуши М.Ю., Тугян А.Ш. Церебральная ангиография при огнестрельных ранениях черепа и головного мозга с использованием интракоратидной катетеризации. //В кн.: Раневая инфекция. Взрывная травма. /Материалы посвященной 10-й годовщине функционирования ЦВГ МО ДРА. Кабул, 1987, ч.1, с. 181-183
- 49 Зайцева К.К., Величко М.А., Нечитайко В.А. Патоморфологический аспект современной взрывной травмы. //Воен. мед.журн. 1994, N10, с. 38-46
- 50 Захарова Н.О. Геронтология в Самарской области : вчера . сегодня , завтра // Клинические и фундаментальные аспекты геронтологии, Самара: Самарский гос.мед.ун-т, 2009, с. 21-29
- 51 Захарова Н.О. Геронтология в Самарской области : вчера . сегодня , завтра // Клинические и фундаментальные аспекты геронтологии, Самара: Самарский гос.мед.ун-т, 2009, с. 21-29

- 52 Зеленова М.Е., Лазебная Е.О., Тарибрина Н.В. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны в Афганистане. //Психол. журн. 1997, N2, с. 34-49
- 53 Измеров Н.Ф. Роль профилактической медицины в сохранении здоровья населения //Мед.труда и пром. Экол., №1, 2000, с.1-6
- 54 Измеров Н.Ф. Концептуальные подходы к сохранению здоровья работающего населения//Бюллетень научного совета.Медико-экологические проблемы раебилитации, М., 2004, с.13-15
- 55 Ивашкин В.Т. Изменения внутренних органов у раненых. //Воен. мед .журн. 1993, N1, с. 25-30
- 56 Ивашкин В.Т. Организация терапевтической помощи легкобольшим и легкопораженным //Воен. мед.журн. 1993, N8, с.18-24
- 57 Исаенко С.И., Немировская М.М., Жилина А.Г. Особенности организации медицинской реабилитации ветеранов боевых действий в ГБУЗ «Клинический госпиталь для ветеранов войн» департамента здраво-охранения Краснодарского края // Госпитальная медицина , Самара , №8, 2012, с. 64-68
- 58 Иутин В.Г. Психические расстройства в остром периоде боевой хирургической травмы в экстремальных условиях. Автореф. дис. к.м.н., М.,1994
- 59 Калинин А.А. Клиническое значение маркеров вируса гепатита В и аутоиммунитета у больных хроническим гепатитом и циррозом печени. Автореф. дис. к.м.н., Минск, 1989
- 60 Касачев И.Д., Ткаченко С.С., Дедушкин В.С. и др. Взрывные повреждения. Обзор литературы. //Воен. мед .журн. 1991, N8, с. 12-18
- 61 Каюми А.Ф., Хусрава А.Ф., Настерко А.О. Заболевания органов дыхания у раненых. //Материалы 3-ей научно-практической конференции Центрального военного госпиталя МО ДРА .: Тез. докл. Кабул, 1984, с. 47-48

- 62 К вопросу определения группы и срока инвалидности воинам-интернационалистам. //Приказ МСО РСФСР от 29 августа 1988г., N1-75-И.
- 63 Киндрас Г.П., Тураходжаев А.М. Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию воинов-ветеранов войны в Афганистане. //Соц. И клин. Психиатр. 1992, N1, с. 33-36
- 64 Кирилов М.М. Патология внутренних органов при основных видах современной травмы. //Воен. мед.журн. 1992, N6, с. 28-31
- 65 Климович А.М., Логинова О.А. Особенности ВТЭ бывших военнослужащих Советской Армии, получивших ранения, травмы , увечья, заболевания при выполнении интернационального долга. //Методические рекомендации. Минск , 1988, с. 24
- 66 Ключков Н.Д., Насер М., и др. Морфологические аспекты травматической болезни. //В кн. : Раневая инфекция. Взрывная травма /Материалы научной конференции, посвященной 10-й годовщине функционирования МО ДРА. Кабул, 1987, ч.1, с. 166-169
- 67 Киндрас Г.П. Особенности медико-социальной экспертизы и комплексной реабилитации инвалидов военной службы с посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР). //в кн. Вопросы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов военной службы., М, 1999, с.54-61
- 68 Коломоец Н.М. Заболевание легких у раненых в условиях Афганистана. Дис. д.м.н., М., 1994
- 69 Кикозашвили Д.Л. Инвалидность вследствие военной травмы. Монография , М, 2000, с.356
- 70 Кикозашвили Д.Л., Дис. д.м.н. , М, 2000

- 71 Корнилов В.А., Губарь Л.Н., Цыбуляк Г.Н. Осложнения и исходы травматической болезни в клинике. //В кн.: Травматическая болезнь. /Под ред. Дерябина И.И. и Насонкина О.С. / Л., Медицина, 1987, с. 273-288
- 72 Косечев И.Д., Лукьяненко А.В. Медицинская помощь на этапах эвакуации при ранениях и травмах челюстно-лицевой области в условиях горно-пустынной местности и жаркого климата. //Учебно-методическое пособие. Мед.служба. Кабул, 1986, с.41
- 73 Кошкина Е.А. Наркологическая ситуация в России на современном этапе. //Соц. и клин. Психиатр. 1992, N1, с. 33-66
- 74 Краснянский А.Н. К вопросу о социально-психологических проблемах и медицинской реабилитации ветеранов войны в Афганистане. //Социология в медицине : теоретические и научно – практические аспекты.: Тез.докл. на междунар. науч. конф. М., 1990, вып.11 , с. 35-37
- 75 Лабезник Л.Б., Конев Ю.В. Демографические аспекты старения населения Москвы , России и стран СНГ // Клиническая геронтология – 2008- № !2 , с.3-13
- 76 Левшанков А.И., Уваров В.С. и др Оказание реаниматологической помощи раненым в Афганистане. // Воен. мед .журн. 1992, N4-5, с.22-26
- 77 Лисицин Ю.П., Акопян А.С. Программа охраны здоровья. Реструктуризация медицинской помощи и неразрешенные вопросы приватизации здравоохранения. //М.,1998, с.287
- 78 Лисицин Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм. Медико-социальные аспекты. (Руководство для врачей) М., Медицина, 1990,с.528
- 79 Лисицин Ю.П., Отдельнова К.А. К вопросу о критериях качества медицинской помощи . //Здравоохранение РФ, 1990, №11, с.3-6

- 80 Лобастов О.С., Барабаш В.И. Военно-медицинский аспект панических реакций. //Воен.мед.журн.1968, N8,с. 86-89
- 81 Лисенко А.И., Захарова Н.О., Николаева А.В., Бердяшкина С.Н., Шаповалов В.Н., Пустовалова О.В. Агрегатное состояние крови у лиц старческого возраста при физиологическом старении ГБОУ ВПО СамГМУ Минздравсоцразвития России кафедра геронтологии г.Самара //Госпитальная медицина , 2012 , N8, с. 93-100
- 82 Логунов К.В., Мефодовский А.Ф. Отдаленные результаты лечения лиц с огнестрельными проникающими ранениями живота.// Воен. мед.журн. 1996, N2, с.61
- 83 «Лучшие психологические тесты». Пер. с англ. Дружининой Е.А. Харьков, 1994, с. 320
- 84 Лукманов М.Ф. Клинико-социальные особенности алкоголизации и пограничных психических расстройств у ветеранов войны в Афганистане. Автореф. дис. к.м.н., Архангельск ,1995
- 85 Лурия А.Р. Восстановление функций мозга после военной травмы (о функциональных системах мозговой коры) //В кн.: Нейропсихология.: М, 1984, с. 7-14
- 86 Лыткин В.М., Кузнецов О.И., Сидоров П.И., Лукманов М.Ф. Об особенностях формирования алкогольной зависимости у лиц, находившихся в пролонгированных ситуациях экстремального характера. // Организация психиатрической и наркологической помощи в РСФСР. М., 1991 с.69-72
- 87 Ляшенко Ю.И. ,Лещенко И.Г. ,Братийчук А.Н., Жданов К.В. Вирусные гепатиты А и В у раненых. //Воен. мед.журн. 1996,N11, с.49-52
- 88 Лященко Н.Е. К характеристике лечебно-эвакуационного обеспечения армии США в период войны во Вьетнаме. //Воен. мед.журн.1982,N6,С. 24-28

- 89 Магомед – Эминов М.Ш., Филатов А.Т., Каду Г.И. Квасова О.Г. Новые аспекты психотерапии посттравматического стресса . //Методические рекомендации. Харьков, 1990 с. 32
- 90 Малахов Ю.М., Коломиец Г.Д. Динамика комационно-контузионного синдрома при минно-взрывных повреждениях легкой степени. // В кн.: Раневая инфекция. Взрывная травма. /Материалы научной конференции, посвященной 10-й годовщине функционирования ЦВГ МО ДРА. Кабул, 1987, ч.1, с.213-215
- 91 Мироджан Н., Торукай А., Стороженко А.А. и др. Морфологические повреждения внутренних органов при взрывных повреждениях. //В кн. : Раневая инфекция. Взрывная травма /Материалы научной конференции, посвященной 10-й годовщине функционирования ЦВГ МО ДРА. Кабул, 1987, ч.1, с. 169-172
- 92 Михайленко А.А. Некоторые аспекты оказания неврологической помощи военнослужащим в Афганистане. //Воен. мед .журн.1992, N4/5, с. 28-31
- 93 Мусса М., Грицанов И.И., Дмитриев В.С. и др. Классификация, патогенез, общие принципы лечения минно-взрывных повреждений. //В кн.: Раневая инфекция . Взрывная травма /Материалы научной конференции ,посвященной 10-ой годовщине функционирования ЦВГ МО ДРА. Кабул., 1987,ч1, с. 110-114
- 94 Мусса М., Разак А., Сафар А. Проблемы переломов у пострадавших с минно-взрывной травмой. // В кн.: Раневая инфекция. Взрывная травма / Материалы научной конференции посвященной 10-ой годовщине функционирования ЦВГ МО ДРА. Кабул, 1987, ч.1, с. 145-150
- 95 Мухтар С., Мубин А., Мансур А. Нервно-психические расстройства при минно-взрывной травме в отдаленном периоде. // В кн.: Раневая инфек-

- ция. Взрывная травма /Материалы научной конференции , по-священной 10-й годовщине функционирования ЦВГ МО ДОО. Кабул, 1987, ч.1, с.216-219
- 96 Немьтин Ю.В., Кудрявцев Б.П., Миронов Г.М., Коновалов В.А. Реабилитация раненых с культями конечностей. //Воен.мед.журн.1992, N4-5, с.79
- 97 Немьтин Ю.В. Оптимизация хирургической помощи раненым в условиях локального военного конфликта. Дис. к.м.н., Р/Д ,1993
- 98 Нестерко А.О. Проблема ревматизма и неревматических заболеваний сердца и суставов у военнослужащих. //Материалы 4-ой научно-практической конференции Центрального военного госпиталя МО ДРА: Тез.докл. Кабул, 1985, с. 122-123
- 99 Нечаев Э.А., Захаров В.И., Захаров Ю.М. Медицинская реабилитация участников воин и локальных вооруженных конфликтов. //Воен.мед.журн.1994, N2, с. 4-7
- 100 Нечаев Э.А., КОСАЧЕВ И.Д. Классификация и общая характеристика взрывных поражений. //Тр. Воен. мед.акад. Спб., 1994, т. 236, с. 8-30
- 101 Нечаев Э.А., Резник М.И. Методическое обоснование системы медицины экстремальных ситуаций. // Воен.мед.журн.1990, N4, с. 5-10
- 102 Нечаев Э.А. Опыт медицинского обеспечения Советских войск в Афганистане и вопросы дальнейшего развития военной медицины. //Воен. мед.журн.1992, N4-5,с.5-15
- 103 Нечаев Э.А., Брюсов П.Г. , Брюхов И.А. Квалифицированная и специализированная хирургическая помощь в современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения раненых. //Воен. мед.журн.1993, N1,с. 17-20
- 104 Нечаев Э.А., Тутахил А.К., Грицанов А.И. и др. Хирургические аспекты уроков войны в Афганистане. // Воен. мед.журн.1991, N8, с.7-12

- 105 Нечаев Э.А., Грицанов А.И., Фомин И.П., Минулин И.П. Минно-взрывная травма. // СПб: Альд, 1994, с.488
- 106 Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Фастовцев Г.А. Значение психического фактора в патогенезе и клинике боевой хирургической травмы. //Воен. мед.журн. 1996, N4, с. 18-21
- 107 Нечипоренко В.В. , Литвинцев С.В., Снедков Е.В. Современный взгляд на проблему боевой психической травмы. //Воен. мед.журн. 1997, N4,с.22-26
- 108 Новицкий Л.В. Оценка тяжести состояния и основные принципы оказания квалифицированной хирургической помощи при огнестрельных проникающих ранениях живота. Автореф .дис. к.м.н., М., 1995
- 109 Новоженев В.Г., Коломоец Н.М., Волчек И. А., Белоногов М.А. Клиническое течение острой пневмонии у военнослужащих в условиях Афганистана. //Воен.мед.журн.1994, N1, с.23-25
- 110 Номан А.М., Малахов Ю.М. Коломиец Г.Д. К вопросу о лечении нервно-психических расстройств у раненых с минно-взрывными повреждениями. //В кн. Раневая инфекция. Взрывная травма. /Материалы научной конференции, посвященной 10-ой годовщине функционирования ЦВГ МО ДРА. Кабул, 1987, ч 1, с.243-246
- 111 Одинак М.М., Емельянов А.Ю., Кваленко П.А., Емелин А.Ю. Структура боевой травмы мозга и организация оказания неврологической помощи на этапах медицинской эвакуации в вооруженных конфликтах. //Воен.мед.журн.1977, N1, с.56-61
- 112 Одинак М.М., Силявин С.Б., Живолунов С.А. и др. Принципы лечения травматических поражений нервов конечностей военного времени. //В кн.: Актуальные вопросы военной медицины. Кабул, 1988, с. 153-155

- 113 Озерецковский А.И. О душевных заболеваниях в связи с русско-японской войной за второй год её. //Воен. мед.журн. 1906, октябрь-ноябрь, т.217,с.262-271, с. 496-506
- 114 Олеар М., Острик А.Е. Острый перикардит при огнестрельных ранениях груди. //В кн.: Материалы 2-ой научно-практической конференции Центрального военного госпиталя МО ДРА: Тез.докл. Кабул, 1983, с. 7-8
- 115 Осман З., Вазири Н., Сураби С. и др. Минно-взрывная травма гражданского населения по данным госпиталя Вазир Акбархан за 1983-1984г. //В кн.: Минно-взрывная травма. Раневая инфекция. /Материалы научной конференции, посвященной 10-й годовщине функционирования ЦВГ МО ДРА. Кабул, 1987, ч.1, с. 103-110
- 116 Петренко Э.П. Лечебно-эвакуационная характеристика раненых с боевой и небоевой травмой. //Опыт советской медицины в Афганистане. М.: Б.И., 1992, с .157-159
- 117 Попов Е.А. Профилактика , лечение и реабилитация физиогенных астений у военнослужащих (неврологические и органические аспекты): автор. дисс. докт. мед. наук – СПб,1988, 44 с.
- 118 Пузин С.П. Особенности медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, участников боевых действий с поражением опорно-двигательного аппарата. //В кн. Вопросы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов военной службы., М, 1999, с.78-82
- 119 Пузин С.Н., Лаврова Д.И. Основы медико-социальной экспертизы М.,медицина, 2005, с.487
- 120 Пузин С.Н., Чикинова Л.Н. Атуальные проблемы инвалидности , медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов // Бюллетень научного совета Медико-экологические проблемы реабилитации .М., 2004,с.77-78

- 121 Рахман М., Грицанов А.И., Мусса М., Дмитриев В.С. К вопросу об этиологии, патогенезе и классификации минно-взрывных ранений. //В кн.: Раневая инфекция. Взрывная травма /Материалы научной конференции, посвященной 10-ой годовщине функционирования ЦВГ МО ДРА. Кабул, 1987, ч1, с. 115-118
- 122 Руководство по фармакологической коррекции боеспособности и трудоспособности личного состава Вооруженных Сил СССР. /Под ред. Чурсина И.Г. /М., Военное издательство, 1989, с.128
- 123 Рязанов Д.П. Вопросы профессионального обучения и переобучения инвалидов военной службы. //В кн. Вопросы медицинской, профессиональной реабилитации инвалидов военной службы., М , 1999, с. 114-123
- 124 Сарвари Ш., Реостар Л.Р., Чепчерук Г.С. Патогенез огнестрельной эмпиемы плевры в условиях ДРА. //В кн.: Материалы 4-ой научно-практической конференции Центрального военного госпиталя МО ДРА: Тез.докл. Кабул, 1985, с. 120-121
- 125 Свядош А.М. Психотерапия неврозов военного времени. //Руководство по психиатрии. Под ред. В.Е. Рожнова. Ташкент ,1985, с.467-484
- 126 Сивуха Т.А. Характеристика клинико-функциональных нарушений у инвалидов боевых действий с патологией нервной системы. Особенности медико-социальной экспертизы. Модель комплексной и социальной реабилитации инвалидов военной службы., М,1999, с.47-54
- 127 Сидоров П.И., Лукманов М.Ф. Особенности пограничных психических расстройств у ветеранов войны в Афганистане. //Журн. Неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова, 1997, N3, с.20-25
- 128 Сманов К.Д. Медико-социальные аспекты инвалидности и пути социально-трудовой реабилитации инвалидов вследствие черепно-мозговой трав-

- мы, полученной при выполнении интернационального долга в республике Афганистан. Автореф. дис. К.м.н., М., 1991
- 129 Сманов К.Д. , Тураходжаев А.М. Психопатологические расстройства при последствиях черепно-мозговой травмы у лиц, выполнявших интернациональный долг в республике Афганистан (клиника, трудоспособность) // Медицина катастроф. Материалы международной конференции (22-23 мая 1990г.) М., 1990, с.397
- 130 Смирнов А.В. Отдаленные последствия воздействия экстраординарных стрессовых событий у ветеранов войны в Афганистане и членов семей погибших. Автореф. дис. к.м.н., СПб, 1997
- 131 Смирнов В.К., Шпилея Л.С. Оказание медицинской помощи при боевой психической патологии. // Материалы конф. 12-13 дек. 1991 г. Тез. докл. /Под ред. Э.А. Нечаева/. М., 1991, с.203-205
- 132 Смирнов В.К. Психиатрические и медико-психологические вопросы диагностики и оказания помощи при катастрофах и экологических кризисах. // Материалы конф. 27-28 фев. 1992.: Тез. докл. СПб. 1992, с.3-5
- 133 Снедков Е.В. Психогенные реакции боевой обстановки (клинико-динамические исследования на материале афганской войны). Автореф. дис.к.м.н., СПб, 1992
- 134 Стародубов В.И., Орлова Г.Г., Сквирская Г.Н., Коротков Ю. А., Матвеев Э.Н. Приоритеты и проблемы развития отечественной системы медико-социальной помощи пожилым // Профилактика старения. Еже-годник Национального геронтологического центра , 1999 Ю вып.2, с.14-19
- 135 Стародубов В.И. Преспективы и источники формирования трудоспособного населения в России // Бюллетень научного совета Медико-экологические проблемы реабилитации , М., 2004, с.81-85

- 136 Степанови.П. , Слизский В.А., Райков Ю.Н. Лечение анемии у больных пожилого возраста с хронической болезнью почек. Кафедра клинической медицины факультета последипломного и дипломного образования НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕА-ВИЗ»»//Госпитальная медицина , Самара ,№8, 2012, с.142-144
- 137 Стоволкова Т.А., Пряников С.А., Лещенко И.Г., Послеоперационная летальность в гериатрическом стационаре и меры по её снижению // госпитальная медицина , Самара, 2012, №8, с. 147-148
- 138 Сури О.М., Хуши М.Ю., Загородный Ф.Ф. Церебральная ангиография при огнестрельных проникающих черепно-мозговых ранениях. //В кн.: Актуальные вопросы военной медицины. Кабул, 1988, с.136-138
- 139 Тарабрина Н.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов – инвалидов, участников боевых действий. В кн. Вопросы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов военной службы., М,1999, с. 149-153
- 140 Тегезе В.Ю., Топорков А.. Величина и структура санитарных потерь федеральных войск в ходе локального вооруженного конфликта на Северном Кавказе. //Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. СПб., Б.И., 1995, с.165
- 141 Тепляшин В.Ф., Пыхонин С.Н., Загородный Ф.Ф., Сури Г.М. Приливно-отливное дренирование черепно-мозговых ран в системе профилактики послеоперационных осложнений. //В кн.: Актуальные вопросы военной медицины. Кабул, 1988, с.139-140
- 142 Травматическая болезнь /Под редакцией И.И.Дербиняна, О.С.Носонкина/. Л., Медицина, 1987, с.304

- 143 Тураходжаев А.М. Социально-трудовая адаптация при психических расстройствах у участников войны в Афганистане. Автореф. дис. к.м.н., М., 1992
- 144 Тутахил А., Сури Г., Молотков А.Л. Осложнения огнестрельных проникающих ранений мозговых травм. //Материалы 4-й научно-практической конференции ЦВГ МО ДРА. Кабул, 1981, с.10
- 145 Тутахил А.К., Андрейко Р.Л., Чупан Ш.М. Наш опыт нейрохирургического лечения огнестрельных ранений головного мозга. //В кн.: Мин-новзрывная травма. Раневая инфекция. /Материалы научной конференции, посвященной 10-й годовщине функционирования ЦВГ МО ДРА. Кабул, 1987, ч.2, с.269
- 146 Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1987, с.304
- 147 Фелинская Н.И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической практике. М.: Медицина, 1968
- 148 Фомин Н.Ф. Грицанов А.И., Минулин И.П., Лихачев Л.В. Клинико-морфологическая характеристика минно-взрывных отрывов нижних конечностей. //Воен. мед.журн. 1992, N1, с.22-28
- 149 Хабиби В., Насанчук П.М., Грицанов А.И., Минулин И.П., Рахман М. Организационные аспекты оказания медицинской помощи раненым с минно-взрывной травмой. //Воен. мед.журн. 1988, N 4, с.35-37
- 150 Хазанов А.И. Циррозы печени (вопросы этиологии, диагностики, клиники и исходов). Автореф. дис. д.м.н., М., 1981, с.19
- 151 Хрупкин В.И. Сочетанные огнестрельные ранения (клиника, диагностика и организация лечения) Автореф. дис. д.м.н., СПб,1994

- 152 Хуши М.Ю., Сури Г.М., Загородный Ф.Ф. Особенности диагностики, клиники и лечения минно-взрывной черепно-мозговой травмы. //В кн.: Раневая инфекция. Взрывная травма /Материалы научной конференции, посвященной 10-й годовщине функционирования ЦВГ МО ДРА. Кабул, 1987, ч.1, с.179-181.
- 153 Чикинова Л.Н., Демидов Н.А., Храпылина Л.П. Организация профориентации и профессионального обучения воинов-интернационалистов в Центрах реабилитации. //Методические рекомендации. М. 1990, с.21
- 154 Чикинова Л.Н., Сивуха Т.А., Храпылина Л.П., и др. Особенности клиники и врачебно-трудовой экспертизы инвалидов, бывших воинов - интернационалистов. //Методические рекомендации для врачей ВТЭК. Москва, 1991, с.50
- 155 Чикинова Л.Н., Сивуха Т.А., Храпылина Л.П., и др. Особенности клиники и врачебно-трудовой экспертизы при последствиях боевых травм, полученных при выполнении интернационального долга. //Обзорная информация. М. МСО РСФСР, 1991, вып.4, с.18
- 156 Чикинова Л.Н., Пузин С.Н., Лященко В.И. Клиника и врачебно-трудовая экспертиза инвалидов с огнестрельными поражениями грудной клетки бывших воинов-интернационалистов. //В сб. науч. Трудов.: “Протезирование и протезостроение”. М., вып.93,1996, с.115-116
- 157 Чикинова Л.Н. Социально-психологическая дезадаптация инвалидов, бывших участников войны в Афганистане. //В сб. науч. Тр.: «Протезирование и протезостроение». М., вып.94, 1997, с.62-66
- 158 Чикинова Л.Н. Особенности клиники и медико-социальной экспертизы при заболеваниях и травмах, полученных в Афганистане. //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1998, N1, с.14-17

- 159 Чикинова Л.Н. Социально-гигиенические и клинико-экспертные аспекты инвалидности вследствие травм, ранений и заболеваний, полученных в республике Афганистан, формы и методы социальной интеграции. Дис. Д.м.н., М. 1998
- 160 Шабалин В.Н. Фундаментальные проблемы физиологического и патологического старения // Ж. Госпитальная медицина, Самара, 2012, №8, с.32-34
- 161 Шабалин В.Н. Социальные здоровья пожилого населения в России в начале XXI века // Альманах «Геронтология и гериатрия» - выпуск 2 , 2003.с. 12-13
- 162 Шабалина Н.Б. Вопросы социально-психологической адаптации инвалидов военной службы. В кн. Вопросы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов военной службы., М, 1999, с.82-93
- 163 Шишков В.М., Загородний Ф.Ф., Руин Х., Бисенков Л.Н. Особенности клиники и диагностики черепно-мозговой травмы при минно-взрывных ранениях. //В кн.: «Актуальные вопросы военной медицины.» Кабул, 1988, с.141-143
- 164 Шишмаров Ю.Н., Гайдук В., Закурдаев В.В. Особенности течения заболеваний терапевтического профиля. //Воен. мед.журн. 1992, N4-5, с.67-68
- 165 Шулев Ю.А. Поражения черепа и головного мозга при взрывах: Повреждающие механизмы, клинические проявления, принципы систематизации, дифференцированное лечение. Автореф. дис. д.м.н., СПб, 1994, с.48
- 166 Щепин О.В., Овчаров В.К., Стародубов В.И., Денисов И.Н., Михайлова Ю.Н., Шейман И.В. и др. основные направления государственного регулирования развития здравоохранения Российской Федерации на 2000-2010гг. // Проблемы социальной гигиены , здравоохранения и истории медицины , 2000, №3, с. 3-11

- 167 Югова Л.И. Медико-социальные проблемы ветеранов Афганистана. //Медицинская реабилитация ветеранов войны. Тез.докл. Екатеринбург 24-28 мая 1994г. Екатеринбург, 1994, с.21
- 168 Юркевич В.В., Шумило А.В., Полукаров Н.Д. Лечение огнестрельных повреждений кисти и пальцев реваскуляризованными и островково-выми комплексами тканей. // В кн.: «Патология кисти (диагностика, лечение и реабилитация). Сб. науч. тр. СПб,1994, с.44-48
- 169 Янов Ю.К., Гофман В.Р., Глазников Л.А., Гречко А.Т., Шулев Ю.А. Диагностика повреждений слуховой системы в ранний период минно-взрывной травмы и оптимизации лечения пострадавших. //Воен. мед.журн. 1997, N4, с.26-30
- 170 After the horror. //Brit. Med. J. 1988, v.296, M 6630, p.1142-1144
- 171 Alexander S J., Taylor N. Field survey of damage caused by Bascoous explosions. //Proc. Brit. Ceramic. Soc. 1973, N21, p.221-229
- 172 Baue A.E., Chaudry I.H. Prevention of multiple systems failure. //Surg. Clin. N. Am. 1980, v.60, p.1167
- 173 Belenky G.L., Tyner G.F., Sodetz F.G. Israel battle shock casualties: 1973 and 1982. //USA, Walter Reed Army Institute of Research. 1983, p.38
- 174 Bernard J.G. Die Probleme der apezifischen Prophylaxe beim Militar. //Wehrmed. Monatsschr. 1968, N1, p.83-90
- 175 Blank A.S. Vet Centers: A New Paradigm in Delivery of Services for Victims and Survivors of Traumatic Stress. //Jn. J.P.Wilson., R. Beverley (Eds.) International Handbook of Traumatic Stress Syndrome. Plenum Press. N.V. 1993, p.913-927
- 176 Borzotta A.P., Polk H.C. Multiple system organ failure. //Surg. Clin. N. Am. 1983, v.63, N2, p.315-336

- 177 Boscarino J. Current drug involvement among Vietnam and non Vietnam veterans. // Am. J. Drug and alcohol abuse. 1979, v.6, p.301-312
- 178 Boscarino J. Current excessive drinking among Vietnam veterans: a comparison with other veterans and non-veterans. //The International. Journal of Social Psychiatry. 1981, p.37
- 179 Bourne P.G. Psychological aspects of combat. //Psychological aspects of stress. Springfield, 1970, p.70-85
- 180 Breslau N., Davis G.C. Posttraumatic stress disorder. The stressor criterion. //J. Nerv. Ment. Dis. 1987, v.175, N 5, p/255-264
- 181 Burdon A.P., Sutker P.B., Foulks E.F. et.al. Pilot program of treatment for PTSD (letter) //Am. J. Psychiat. 1991, v.148, N9, p.1269-1270
- 182 Burges A.W., Holmstrom L.L. Pape trauma syndrome. //Am. J. Psychiat., 1994, v.133, N9, p.654
- 183 Caballos E.M., Buroini J.R. Blessures des membres dans la guerre des Malouines. //Rev. Int. Serv. Sante. Forces Armees. 1989, v.62, N1, p.2-3
- 184 Cook-Mozaffari P., Van Rensburg S. Cancellor of the liver. //Brit. med Bull. 1984, vol.40,N4, p.342-345
- 185 Cooper L.R., Maynard R.L., Cross N. et al. Casualties from terrorist bombings. //J. Trauma. 1983, v.23, N7, p.955-967
- 186 Defayolle M., Savelli A. The psychological role of the physician in the field. //Rev. Intern. Serv. Sante Armees. 1980, v.53, N5, p.435-447
- 187 Dikmen S., Temkin N., Mclean A., Wylen A., Machamen J. Memory and head injury severity. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1987, vol. 50, N12, p.1613-1623

- 188 Downie P.A. The Rehabilitation for Patients Following Head and Neck Surgery. //J. Laryng. 1995, v.89, 12, p.1281-1289
- 189 Ectors L. Lecommmation celebrale et le syndrome postcommational. Arch. Belg. Med. Soc. 1999, vol.22, N10, p.4-19
- 190 Egendorf A. Healing from the war. Baston.1985
- 191 Eiseman B. Combat casualty management in Vietnam. //J. of Trauma. 1967, v.7, N1, p.53-63
- 192 Epstein R.S. PTSD: a review of diagnostic and treatment issues. //Psychiatric. annals. 1989, vol.19, N10, p.556-563
- 193 Feimstein A. Post-traumatic stress, disorder. A descriptive study sup-orting DSM-III-R criteria. //Am. J. Psychiat. 1989, v.146, N 5, p.665-666
- 194 Figley Ch.R. Trauma and its wake. N.Y. Brunner/Mazel. 1996
- 195 Figley Ch.R. From vietim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. //Trauma and its wake.The study and treatment of PTSD. /Eds: Figley Ch.R. N.Y. 1995, p.398-415
- 196 Figley Ch.R. Introduction /Trauma and its wake: The study and treat-ment of posttraumatic stress disorder /Ed. Ch.R. Figley. New York: Brunner/Mazel, 1995, p.457
- 197 Figley Ch.R. Traumatic stress: The role of family and social support system. //Trauma and its wake. Znd. vol. / Ed.: Figley Ch.R. N.Y. 1996, p.39-54
- 198 Gabriel R.A. Soviet military psychiatry. The Theory and practice of coping with battle stress. //New York, West Port, Connecticut, London: Greenwood Press, 1986, p.173
- 199 Gabriel R.A. The painful field (The psychiatric dimension of modern war). //New York, W West Port, Connecticut, London: Greenwood Press, 1998, p.187

- 200 Girard V., Landry G. Essais d'analyse sur v'ssiosian de certains syn-dromes psychiatriques au cours du Service militaire. //Rev. des. Corps de Sante des Armees etc. 1993, N1, p. 13-31
- 201 Girolamo G. Posttraumatic stress disorder: an update. //Psychiatria Danubina, 1992, N4, p. 5-19
- 202 Goderez B.I. The Survivor Syndrom.Massive psychic trauma and PTSD. //Bull. Menninger clin. 1997, v.51, N1, p.96-113
- 203 Goldsmith M. Medical aid is lacking for soldiers in CHAD. //Jnt. Herald. Tribune. Aug.31, 1993, p.2
- 204 Green B.L., Lindy J.D., Grace M.C. et al. Multiple diagnosis in post-traumatic stress disorder. The role of war stressors. J. Nerv. Ment. Dis. 1999, v.177, N6, p.329-335
- 205 Griffiths H. A general surgeon in Vietnam: Lessons Learnt the hard way //Mil. Med. 1990, v.155, N5, p.228-229
- 206 Haley S.A. Treatment implications of post-combat stress response syndromes for mental health professionals. //Stress disorders among Vietnam veterans. /Ed. Ch.R. Figley. New York: Brunner/Mazel, 1998, p.254-267
- 207 Hendin H. Psychotherapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. //Am. J. Psychother. 1993, v.37, N1, p.86-99
- 208 Hibler R.J. Battlefield stress: management techniques. //Mil. Med. 1994, v.149, N1, p.5-8
- 209 Hudo E.P. Treatment of landmine injuries.South African Medical Services. Sicot,1997, p.125
- 210 Jones F.D. Combat stress: tripartite model. //Rev. Intern. Serv. Sante Armees. 1992, v.55, M. hors serie, p.247-254

- 211 Jonson D.E., Crum J.R. et al. Medical consequences of the various weapon systems used in combat in Thailand. //Med. Med. 1991, v.146, N9, p.632-634
- 212 Jroing J. Group identification under conditions of external danger. //Brit. J. Med. Psychology, 1993, v.36, N10, p.325
- 213 Kelly W.E. Posttraumatic stress disorder and the war veteran patient. N.Y.: Brunner/Mazel. 1985
- 214 Kulka R.A., Schlenger W.E., Fairbank J.A. et al. National Vietnam veterans readjustment studies (NVVRS): description current status and initial PTSD prevalence estimates. //Research Triangle Institute, 1988.
- 215 Larry R.J., Frederick J.M. Psychiatric battle casualties. //Milit. Rev. 1980, v.60, N8, p.18-29
- 216 Laufer R.S., Yager T., Frey-Wouters E., et al. Post-war trauma: Social and psychological problems of Vietnam veterans in the aftermath of the Vietnam War. Vol 3 of Legacies of Vietnam: Comparative adjustment of veterans and their peers. Washington. DC: Government Printing Office. 1981
- 217 McFarlane A.C. The treatment of post-traumatic stress disorder. //Brit. J. Psychol. 1999, v.62, p.81-90
- 218 McMillan T.M., Gluksman E.E. The neuropsychology of moderate head injury. //J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1997, v.50, N4, p.393-397
- 219 Newman J. Differential diagnosis in posttraumatic stress disorder: implication for treatment. In: T. Williams (Ed.) Posttraumatic stress disorder: a handbook for clinicians. Cincinnati, OH: DAV, 1997, p.19-34
- 220 Orr S.P., Claiborn J.M., Altman B. et al. Psychometric profile of post-traumatic stress disorder. //J. Consult. Clin. Psychol. 1990, v.58, N3, p.329-335
- 221 Paul J.R. Armed Forces Epidemiological Board Hepatitis Researches. //Milit. Med. 1992, v.127, N12, p.987-993

- 222 Piedrola G. Transmission des Hepatites. Mesures prophylactiques. //Rev. Intern. Services de Sante. 1998, v.41, N4, p.307-310
- 223 Roberts D.M., Abraham P. Stress casualties in the Falklands land force. //RISSFA. 1986, v.59, N7/8/9, p.154-156
- 224 Rundell J.R., Ursano R.J., Hollonay H.C. et.al. Psychiatric responses of trauma. //Hosp. Commun. Psychiat. 1989, v.40, N1, p.68-74
- 225 Schneider R.J., Luscomb R.L. Battle stress reaction in the US Army. //Milit. Med. 1984, v.149, N2, p.66-69
- 226 Scufield R.M. Post-trauma stress assessment and treatment: Overview and formulations. In: Ch. Figley (Ed.) Trauma and its wake. N.Y: Brun-ner/Mazel. 1985
- 227 Shatan C.F. The grief of soldiers. //American Report. 1972, v.2, p.1-3
- 228 Shouler P.J. The management of missile injuries. //J. Rov. Nav. Serv. 1983, v.69, N2, p.80-84
- 229 Solomon Z. The effect of combat-related posttraumatic stress disorder on the family. //Psychiatry, 1988, v.51, N3, p.323-329
- 230 Spencer C.D., Gray B. What price leadership Distress in a peacetime military unit. //Milit. Med. 1965, v.130, N3, p.243-250
- 231 Stokes J.W. Management of combat stress. //Proceedings of the International Symposium on the problem of Public Health and Disasters. Mexico, 1984, p.86-118
- 232 Strange R.E. Psychiatric perspectives of the Vietnam. //Milit. Med. 1994, v.139, N2, p.96-99
- 233 Tikka S.A. Wounding mechanisms of conventional weapons. //Rev. Int. Serv. Sante Foroes Armees. 1994, v.57, N4, p.29

ПРИЛОЖЕНИЕ

**КАРТА ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ
УЧАСТНИКА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

– Ф.И.О.(вписать) _____

– Адрес(вписать) _____

3.Возраст: 18-19, 20-24, 25-29, 30-34, свыше 35 _____ 1, 2, 3, 4,5

4.Образование: начальное общее, среднее общее _____ 1,2

среднее (полное) общее, начальное профессиональное _____ 3,4

среднее профессиональное, незаконченное высшее _____ 5,6

высшее, послевузовское _____ 7,8

5.Служба в рядах Вооруженных Сил

1 год, 2 года, 3 года, 4 года, 5 и свыше _____ 1,2,3,4,5

6.Воинское звание (вписать) _____

II. Освидетельствование в бюро МСЭ

7.Бюро МСЭ (наименование, адрес) _____

8.Номер акта освидетельствования (вписать) _____

9.Дата заполнения формы 0.88 (вписать) _____

10.Освидетельствован: _____

на базе бюро МСЭ, на выезде бюро МСЭ в поликлинику _____ 1, 2

госпиталь, больницу _____ 3,4

на дому _____ 5

11.Мнение инвалида об освидетельствовании в бюро МСЭ

Удовлетворен, не удовлетворен _____ 1, 2

При неудовлетворении указать причину _____

12. Сведения об инвалидности (*вписать*)

Дата освидетельствования	Группа инвалидности	Причина инвалидности	Диагноз		Трудовые рекомендации. Рекомендации на обучение.
			Основное заболевание	Сопутствующее заболевание	

III. Трудовая деятельность

13. Сведения о трудовой деятельности (*вписать*) _____

	До службы в рядах Вооруженных сил	В настоящее время
Профессия		
Должность		
Место работы		
Условия труда		
Характер труда		
Учеба		
Специальность		

14. Трудовая направленность после установления группы инвалидности _____

(указать мотивы)

Положительная	Отрицательная
Продолжить работу	Прекратить работу
Материальные условия	Состояние здоровья
Социально-психологические факторы (желание быть в коллективе)	Неудовлетворительные условия труда
Участвовать в общественном производстве	Отсутствие помощи в трудоустройстве

Прочие	Отсутствие работы , соответствующей интересам больного
--------	--

15.Если не работает ,указать причину_____

IV. Материально-бытовые условия.

16.Размер пенсии (вписать)_____

17.Месячный заработок (вписать)_____

18. Доход на одного члена семьи:_____

до 1000 руб., свыше 1000 руб. 1,2,3

19.Жилищные условия: отдельная квартира, коммунальная квартира 1, 2,

собственный дом, общежитие, снимает площадь 3,4,5

20. Площадь на одного члена семьи:

до 5 кв.м, до 9 кв.м, 9 кв.м, и свыше 1,2,3,4

V. Образ жизни.

21. Семейное положение (вписать)_____

22. Состав семьи (вписать)_____

23. Отношение к инвалиду в семье: спокойное, напряженное 1, 2

очень напряженное 3

24. Участие в общественной работе:

до установления инвалидности: да, нет 1, 2

после установления инвалидности: да, нет 1, 2

25. Вредные привычки:

курение :да ,нет 1,2

употребление алкоголя : редко, систематически, нет	1,2,3
употребление наркотиков : да , нет	1,2

26. Удовлетворение культурных потребностей:

театр, кино, клубы, выставки 1, 2, 3, 4

27. Занятия спортом: да, нет 1, 2

28. Участие в формальных и неформальных организациях: да, нет 1, 2

VI. Сведения об участии организаций, оказывающих социальную помощь инвалиду.

29. Кем оказана помощь инвалиду:

исполнительными органами власти 1

общественными организациями инвалидов, 2

комитетами ветеранов, военкоматами 3,4

благотворительными организациями, религиозными конфессиями 5,6

иными организациями (*вписать*) 7

30. Какие меры помощи оказаны:

31. Улучшены квартирные условия: да, нет 1,2

32. Предоставлены средства передвижения: да, нет 1,2

33. Получал материальную помощь: да, нет 1,2

34. Получал натуральные виды помощи: да, нет 1,2

35. Получал санаторно-курортное лечение: да, нет 1,2

36. Получал психологическую помощь: да, нет 1,2

37. Получил иные виды помощи (*вписать*) _____

38. Прикреплен к предприятиям

службы быта, торговли, общественного питания

1,2,3

39. Что еще необходимо для социальной интеграции инвалида

в общество (*вписать*) _____

40. Что мешает полной социально-психологической адаптации инвалида в общество (*вписать*) _____

VII. Клинико-экспертное обследование.

41. История болезни № _____ (*вписать*) _____

42. Дата обследования (*вписать*) _____

43. Основной диагноз направившего учреждения (*вписать*) _____

44. Сопутствующие заболевания (*вписать*) _____

45. Осложнения, ранения, травмы (*вписать*) _____ 1,2,3

46. Сроки возникновения осложнения :

до 1 года, от 1-2, 3-5, свыше 5 лет (*подчеркнуть*)

1,2,3,4

47. Развитие нового заболевания, патогенетически связанного

с ранением, травмой (*вписать*)

1,2,3

48. Факторы, способствующие возникновению

осложнений, развитию нового заболевания (*указать конкретно*)

49. Сроки возникновения нового заболевания, патогенетически связанного с ранением, контузией, травмой 1, 2, 3

до 1 года, 2-3, 4-5, свыше 5 лет (*подчеркнуть*) 4, 5, 6, 7

50. Течение заболевания: регрессиентное, стационарное 1, 2

прогрессиентное, ремитирующее, редкие обострения 3, 4, 5

частые, непродолжительные, продолжительные (*подчеркнуть*) 6, 7, 8

VIII. Консультации специалистов.

51. Терапевта _____

52. Невропатолога _____

53. Травматолога _____

54. Хирурга _____

55. Окулиста _____

56. Отоларинголога _____

57. Психиатра _____

58. Психолога _____

59. Других специалистов (*вписать каких*) _____

IX. Данные клинических и параклинических методов исследования.

60. Анализ крови _____

61. Анализ мочи _____

62. Биохимические исследования _____

63. Иммунологические исследования _____

64. ЭКГ, ФКГ, ЭКГ-мониторирование, эхокардиография _____

65. РЭГ, ЭЭГ, доплерография, компьютерная томография головного мозга _____

66. Ультразвуковое исследование внутренних органов _____

67. Инфракрасная термография _____

68. Визометрия, рефрактометрия, офтальмохромоскопия _____

69. Рентгенологические методы исследования _____

70. Данные экспериментальных психологических исследований _____

X. Медико-социальное экспертное заключение

71. Клинико-экспертный диагноз (*вписать*)

Основное заболевание _____

Сопутствующее заболевание _____

72. Группа инвалидности (*вписать*) _____

73. Причина инвалидности (*вписать*) _____

Х. Рекомендации

74. По медицинской реабилитации (*вписать*) _____

75. По профессиональной реабилитации (*вписать*) _____

76. По социальной реабилитации (*вписать*) _____
