МИНИСТЕРСТВО ТРУДА
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Научно-практическая конференция
молодых ученых

ИННОВАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ, РЕАБИЛИТАЦИИ: ВЗГЛЯД МОЛОДЁЖИ

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Научно-практическая конференция
молодых ученых

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

ИННОВАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ, РЕАБИЛИТАЦИИ: ВЗГЛЯД МОЛОДЁЖИ

Материалы
Международной научно-практической конференции молодых учёных
(19-20 мая 2022 года)

Санкт-Петербург, 2022 г.

УДК 614.29
ББК 51.13
С71

Редакционная коллегия:
Главный редактор
Д-р мед.наук О.Н. Владимирова
Ответственные редакторы:
Д-р мед.наук, проф. В.Г. Помников, д-р мед.наук, доц. С.В. Столов,
д-р мед.наук, доц. А.В. Адрианов, д-р мед.наук, доц. Л.А. Карасаева,
канд.мед.наук, доц. В.С. Спиридонова, д-р.мед.наук, проф. С.В. Литвинцев,
д-р пед. наук, проф. Е.Т. Логинова, канд.пед.наук, доц. Матвеева М.В.,
канд.мед.наук, доц. Лейкин И.Б.

Рецензенты:
д-р мед.наук **Е.М. Васильченко**
(ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации)
д-р мед.наук, проф. **Е.Ф. Онищенко**
(ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации)

Инновации в диагностике, лечении, медико-социальной экспертизе, реабилитации: взгляд молодёжи: материалы Международной научно-практической конференции молодых учёных (19-20 мая 2022 года). – СПб.: Изд-во «Айсинг», 2022. – 298 с.

В сборник включены материалы по итогам научной работы молодых ученых системы медико-социальной экспертизы, здравоохранения, комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, аспирантов, ординаторов и представителей студенческих научных обществ медицинских учреждений.

Адресован ординаторам, аспирантам, преподавателям, а также специалистам в области здравоохранения, медико-социальной экспертизы, комплексной реабилитации и абилитации и доступной среды.

УДК 614.29
ББК 51.13

ISBN 978-5-91753-192-2

© Коллектив авторов, 2022
© ФГБУ ДПО СПбИУВЭК, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ: МНОГЛЕТНИЕ ПРОБЕЛЫ, ПРИЧИНЫ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПУТИ РАЗРЕШЕНИЯ
Абуязидов А.М, Мухаметгалеева Е.Д. **8**

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ШИЗОФРЕНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ
Акопян К.С., Литвинцев С.В. **13**

ЕСТЬ ЛИ ПРЕИМУЩЕСТВА У ЛАПАРОСКОПИИ ПЕРЕД ЛАПАРОТОМИЕЙ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА?(МЕТА-АНАЛИЗ)
Александров В.В., Рашид А., Михайлова А.Э. **20**

ИННОВАЦИИ В КРИОХИРУРГИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА(ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)
Александров В.В., Чернов С.А., Чернова Д.С. **25**

АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ЗА 2020-2021 ГГ.
Арапханова Х.А., Пузин С.Н., Ковалев И.А. **32**

ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА
Арлаковская Ю.А. **39**

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ИНВАЛИДОВ: ОПЫТ ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА СЛЕПЫХ
Астанин А.А., Миронова И.А. **45**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТ ОСТРЫХ ПАТОЛОГИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
Ахметзянов Б.Ф., Хаерова А.И., Амирова Т.Х. **50**

ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ФКУ «ГБ МСЭ ПО РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ» МИНТРУДА РОССИИ
Батуева С.Ю. **55**

ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РЕГИОНЕ
Белогузов И.И., Митина К.А. **60**

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОТРЫВЕ КОРНЯ МЕНИСКА
Бесаев А.Г. **66**

УПРАВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ РИСКАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА
Бояков Д.Ю. **72**

ПРОФИЛЬ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ГЛАУКОМОЙ В РАМКАХ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА
Вильцер А. С. **83**

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2017-2019 ГОДУ
Власко В.В., Абросимов А.В., Корнеева С.Ю. **88**

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
Воронец О.А., Зуева А.В., Копыток А.В. **95**

АДЕНОМА ГИПОФИЗА. ПРОЛАКТИНОМА. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И СОВРЕМЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ
Гадоев М.Г., Иргашева Р.У. **100**

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ. СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВПЕРВЫЕ И ПОВТОРНО ПРИЗНАННЫХ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ
Газдиева Б.М., Милованова О.А., Пузин С.Н. **106**

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДОУСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ
Горяйнова М.В., Карасаева Л.А., Мясников И.Р., Горяйнов И.В. **111**

СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ COVID-19
Даитова П.Р., Смирнова Н.А. , Чурзин О.А. **114**

ОЦЕНКА РОЛИ ОТКРЫТОГО ОВАЛЬНОГО ОКНА В ГЕНЕЗЕ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ
Дорофеева В.В. **119**

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПО ПЕРЕДАЧЕ ЭЛЕКТРОННЫХ НАПРАВЛЕНИЙ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ
Запарий С.П., Владимирова О.Н., Кузьменко И.О. **129**

СРАВНЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКИХ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ КОМИ ПО ДАННЫМ ТЕРРИТОРИАЛЬНО-ПОПУЛЯЦИОННОГО РЕГИСТРА ИНСУЛЬТОВ
Заславский А.С., Пенина Г.О., Помников В.Г. **135**

ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОПУХОЛИ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III СТАДИИ
Ильюхин П.А. **140**

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СОСТОЯНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЗА 2017-2020 ГГ.
Казарикина Е.А. **144**

АНОМАЛИИ СТРОЕНИЯ И ТОПОГРАФИИ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК ФАКТОР, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ К РАЗВИТИЮ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ В ВИДЕ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ ПАРОКСИЗМОВ (ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ)
Кайсинова З.К. **148**

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ И СЕРТИФИЦИРУЕМЫЕ ОНЛАЙН-КУРСЫ ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ
Карапетян К.К. **153**

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ
Карпатенкова О.В., Карасаева Л.А. **155**

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛЬНО-ЭКСПЕРТНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, НАПРАВИВШИХ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ
Кобринюк Т.Я., Скубак А.А. **159**

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ АППАРАТНО- ПРОГРАММНЫХ КОМПЛЕКСОВ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ
Ковалева Е.В. **161**

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ АЛТАЙСКОГО КРАЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ
А.В. Колядо **164**

НОВЫЕ ПОДХОДЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА
Короткий А.А. **170**

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ РАКА ЛЁГКИХ И ХАРАКТЕРИСТИКА ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ
Лёвкин В.Г., Лецкая О.А. **174**

ЭРГОТЕРАПИЯ КАК ИННОВАЦИОННАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ. ОПЫТ ПРАКТИКООРИЕНТИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ
Лещенко Н.А., Мишина Е.А., Мальцев С.Б. **180**

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
Лущинская С.И., Якушина Н.А., Копыток А.В. **184**

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТ-COVID-19 СИНДРОМА
Магзумова Ф.П., Азизова Н.Н. **189**

ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИЙ КАК ИНСТРУМЕНТАРИЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
Магзумова Ф.П., Гаибов Х.М., Юсупова Ш.И., Джалилов П.Б. **193**

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ В СФЕРЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИЛИЦС ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН
Магзумова Ф.П., Идрисов З.М., Норов З.Ш. **197**

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Мозжелина Е.К., Трухина Е.С. **202**

ЗНАЧИМОСТЬ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
Налбандян Микаел Сергеевич **206**

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В РЕГИОНЕ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА РОССИИ
Никифорова Н.А., Карапетян Т.А., Доршакова Н.В. **209**

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
Норов З.Ш., Идрисов З.М., Магзумова Ф.П. **213**

ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА МИОКАРД
Привалов К.А. , Столов С.В.. ..... **217**

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ И ОБРАТИМОСТЬ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ВОЗМОЖНОСТИ ТАРГЕТНЫХ ПРОГРАММ
Сагинбаев У.Р., Ахмедов Т.А., Рукавишникова С.А. **222**

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2015-201ГГ.
Серянова Н.М., Спиридонова В.С. **226**

ПРЕДИКТЫ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ
Сопубекова А.А., Югай А.А. **230**

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГЕНЕРАТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
Тарасова С.Р. **234**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕУТОЧНЕННОЙ ДИСПЕПСИИ
Топалова Ю.Г. **238**

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ РИСКОВ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ И ПРЕАСТЕНИЕЙ
Троцюк Д.В. **245**

СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ (ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ), ДЕФОРМАЦИЙ И ХРОМОСОМНЫХ НАРУШЕНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПОРОКОВ СЕРДЦА, СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА ЗА ПЕРИОД 2019 -2021 ГОДЫ
Тыкыл-оол О.А., Сат У.К., Ондар Ч.А. **251**

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, ГРАЖДАНАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ, ВЫЗВАННЫМИ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ
Уваров И.А., Порцева И.А., Столбова М.С. **257**

ОСТРАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В УСЛОВИЯХ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)
Урлапова А.М., Горшенин Т.Л. **262**

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ СИНДРОМА РЕТТА У ДЕВОЧКИ 3-Х ЛЕТ
Устюжанина Д.В., Писоцкая Ю.В. **269**

ОБЪЕМНАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ В ЛОР-ХИРУРГИИ
Фионова Т.В. **274**

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ У ЛИЦ С НОРМАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)
Фокина А.А., Текучёва С.В., Ермольев С.Н. **279**

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЕТЕЙ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ
Шакирова Г.М. **285**

ФОРМИРОВАНИЕ НЕОБХОДИМЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СПЕЦИАЛИСТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПОДБОРОМ ТСР
Шошина Е.А., Мишина Е.А. **287**

ВЛИЯНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА УСПЕШНОСТЬ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
Шумилова А.А., Хасанова Н.М. **291**

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ АХОНДРОПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ
Ядрина И.С. **294**

УДК 614.253.1

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ: МНОГЛЕТНИЕ ПРОБЕЛЫ, ПРИЧИНЫ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПУТИ РАЗРЕШЕНИЯ

LEGAL REGULATION OF MEDICAL AND SOCIAL EXAMINATION: LONG-TERM GAPS, THEIR REASONS AND WAYS TO RESOLVE

Абуязидов А.М.
Abuyazidov A.M.

Мухаметгалеева Е.Д.
Mukhametgaleeva E.D.

ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике»
Минтруда России

Россия, 426008, Удмуртская Республика,
г. Ижевск, ул. Свердлова, д.22
аспирант очной формы обучения,
заместитель начальника отдела
кадрово-правового обеспечения,
Тел. 8(3412) 65-65-12 доб.142
E-mail: kadry@mseur.ru

Тема статьи посвящена длящимся изъянам в российском законодательстве, регулирующим вопросы проведения медико-социальной экспертизы, которые приводят или могут привести к нарушению прав, свобод и законных интересов граждан и привести к неблагоприятным последствиям для федеральных учреждений медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ).

Таким образом, в целях минимизации и исключения отмены в судебном порядке решений федеральных учреждений МСЭ, выявления нарушений при проведении проверок органами прокуратуры, соблюдение прав и законных интересов получателей услуги по проведению МСЭ, я счел актуальным подготовить настоящую статью.

Настоящая статья рассматривает процессуальные пробелы при проведении МСЭ, то есть недостатки, которые не связанны с порядком признания гражданина инвалидом, а имеют место быть при организации и деятельности федеральных учреждений МСЭ.

Ключевые слова: *медико-социальная экспертиза, пробелы в законе, причины возникновения, способы восполнения, направление на МСЭ, приостановление и отказ в оказании услуги по проведению МСЭ, сроки обжалования.*

The topic of the article is devoted to the ongoing flaws in Russian legislation governing the conduct of medical and social expertise, which lead or may lead to a violation of the rights, freedoms and legitimate interests of citizens and lead to adverse consequences for federal institutions of medical and social expertise (hereinafter referred to as ITU).

Thus, in order to minimize and exclude the cancellation in court of decisions of the federal institutions of the ITU, the identification of violations during inspections by the prosecutor's office, the observance of the rights and legitimate interests of recipients of the ITU service, I considered it relevant to prepare this article.

This article examines the procedural gaps in the conduct of the ITU, that is, shortcomings that are not related to the procedure for recognizing a citizen as disabled, but take place in the organization and activities of the federal institutions of the ITU.

Keywords: *medical and social expertise, gaps in the law, causes of occurrence, methods of replenishment, referral to the ITU, suspension and refusal to provide services for the ITU, terms of appeal.*

Итак, рассмотрим первый актуальный недостаток**,** а именно**, *то фактическое обстоятельство, что*** оснований для приостановления и отказа в оказании услуги по проведению МСЭ действующее законодательство не содержит**.**

Целью государственной политики в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Согласно Конвенции о правах инвалидов от 13.12.2006, ратифицированной Российской Федерацией государства-участники обязуются обеспечивать и поощрять полную реализацию всех прав человека и основных свобод всеми инвалидами без какой бы то ни было дискриминации по признаку инвалидности.

Руководствуясь данными принципами, всем гражданам, находящимся на территории Российской Федерации и имеющим необходимые документы, подтверждающие данные о состоянии здоровья должна быть оказана услуга по проведению МСЭ.

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» МСЭ - признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. МСЭ осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев.

В соответствии с пунктом 46 приказа Минтруда России от 30.12.2020 № 979н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы» (далее – приказ Минтруда № 979н) оснований для приостановления и отказа в оказании услуги по проведению МСЭ действующее законодательство не содержит. Аналогичная норма содержалась в приказе Минтруда России от 29.01.2014 № 59н «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы», который 13.06.2021 утратил силу.

Исходя из буквального толкования пункта 46 приказа Минтруда России № 979н, следует, что Федеральные учреждения МСЭ ни при каких условиях не вправе отказать в оказании услуги по проведению МСЭ.

Установление законодателем императивности данной нормы, вызывает обеспокоенность и противоречия, так как даже в случае выявления специалистами бюро (главного бюро, Федерального бюро) факта предоставления недостоверных (подложных) сведений, мошеннических, недобросовестных действий и прочего злоупотребления, со стороны получателей услуги или лечебным учреждением, согласно действующему законодателю оснований для приостановления и отказа в оказании услуги по проведению МСЭ не содержит.

Так в деятельности Федеральных учреждений МСЭ были случаи предоставления гражданами недействительного (несуществующего) паспорта, включение в направительные документы заведомо ложных сведений, не подтверждение лечебным учреждением оформления направления на МСЭ и прочее.

Предусмотренная возможность Бюро разработать в силу пункта 31 постановления Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (далее – Правила признания лица инвалида) программу дополнительного обследования (далее – ПДО) не даст нужного результата, так как гражданин от прохождения ПДО и предоставления необходимых документов вправе отказаться и тогда специалисты Бюро обязаны принять решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом на основании имеющихся данных.

Важно, что постановление Правительства РФ от 05.04.2022 № 588 «О признании лица инвалидом» (далее - постановление Правительства РФ № 588), которое вступает в силу с 01.07.2022, также не предоставляет право помимо воли получателя услуги запрашивать по ПДО необходимые документы и сведения.

Возможность отмены и (или) изменения решения Бюро в порядке контроля за решениями, принятыми бюро, в соответствии с порядком, утверждаемым Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации, а именно Приказ Минтруда России от 04.03.2021 № 104н не отвечает требованиям законности и обоснованности, по следующим причинам:

- бюро должно выносить заведомо незаконное и необоснованное решение;
- неблагоприятные последствия для самого Бюро или главного бюро по причине отмены (изменения) их решения вышестоящим бюро.

Совокупность вышеприведённых эпизодов, бесспорно, свидетельствует о наличии пробела в законе и необходимости принятия безотлагательных мер восполнения. Указанный пробел, по мнению автора статьи, носит субъективный характер, то есть Законодатель по каким-либо причинам сделал неверную оценку существующих общественных отношений и в силу этого что-то недосмотрел, упустил, неточно выразился, создал противоречие между нормами.

Кроме того, наличие пробелов в законе субъектами правотворчества может быть коррупциогенным фактором для исполнителей нормативно-правовых актов, в связи с чем он подлежит скорейшему устранению.

В настоящее время, считаю необходимым внести изменения в пункт 46 приказа Минтруда России № 979н, указав, что отказ или приостановление в оказании услуги по проведению МСЭ, допустимо только в случаях предусмотренных действующим законодательством.

Считаю, разумным наделить специалистов бюро в исключительных случаях правом на приостановление и (или) отказ в оказании услуги по проведению МСЭ в случаях предусмотренных законодательством, а именно:

- наличие признаков недостоверности предоставленных данных получателем услуги или медицинской организацией.
- непредставление всех документов и сведений, обязательных от получателя услуги;
- пропуск срока на обжалование.

Следующим пробелом в законодательстве, является порядок обжалования решения по результатам проведения МСЭ**.**

В соответствии с пунктом 42 постановления Правительства № 95 гражданин может обжаловать решение бюро в главное бюро в месячный срок на основании заявления, поданного в бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в главное бюро в письменной форме на бумажном носителе или в электронном виде с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)».

Решение главного бюро может быть обжаловано в месячный срок в Федеральное бюро на основании заявления, подаваемого гражданином (его законным или уполномоченным представителем) в главное бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в Федеральное бюро (пункт 45 постановления).

Системное толкование положений нормативных актов, а именно: Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Правила признания лица инвалида, приказа Минтруда России от 30.12.2020 № 979н позволяет прийти к выводу, что

обжалование решения бюро или главного бюро, в порядке п.п. 42, 45 постановления Правительства РФ от 20.02.2006 № 95, также является услугой по проведению медико-социальной экспертизы.

Данная норма в части срока обжалования действует более 15 лет, то есть с даты вступления в законную силу постановления Правительства № 95 – 2006 год по настоящее время и не претерпевала изменений в части срока.

Однако на практике регулярно возникает вопрос, с какой даты исчислять срок на обжалование, если возможность подать заявление за пределами месячного срока, в случае его пропуска по уважительной причине, так как ни Правилах признания лица инвалида, ни в приказе Минтруда России от 30.12.2020 № 979н, ни в приказе Минтруда России от 29.01.2014 № 59н «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы» (утратил силу с 13.06.2021) ответа на данный вопрос не имеется и не имелось.

Важно, что специалисты МСЭ не обладают юридическими познаниями и соответственно, вопросы исчисления сроков должны быть понятны и доступны всем.

Однако на практике Федеральные учреждения МСЭ в разных субъектах Российской Федерации трактуют начало исчисления сроков по-разному, наиболее популярные ответы:

- срок необходимо исчислять с даты принятия решения;
- с даты направления решения по результатам МСЭ гражданину;
- с даты получения решения и т.д.

Важным моментом является, то фактическое обстоятельство, что срок на обжалование является пресекательным или преклюзивным, то есть срок, по истечении которого погашается само право гражданина на обжалование в досудебном порядке. Возможность обжалования за пределами месячного срока даже в случае уважительной причины, например болезни, действующее законодательство не содержит. На мой взгляд, такое толкование закона противоречит норме о том, что оснований для отказа в оказании услуги по проведению МСЭ действующее законодательство не содержит. Тем не менее, сам законодатель устанавливает месячным срок на обжалование и таким образом указывает на возможность отказа в предоставлении услуги по проведению МСЭ, что является бесспорным противоречием.

С целью разрешения вышеприведенных коллизий действующего законодательства, единообразного подхода к порядку исчисления сроков обжалования и предоставления гражданину права в случае пропуска срока по уважительной причине на обжалование решения, считаю целесообразным установить в нормативно-правовых актах и (или) подзаконных актах, что гражданин вправе обжаловать решение бюро или главного бюро не позднее 30 дней со дня его получения, срок, пропущенный по уважительной причине может быть восстановлен, при предъявлении документов, бесспорно свидетельствующих о его невозможности в установленные сроки подать заявление об обжаловании, к таким может относиться длительная болезнь. Нужны разъяснения, что понимать под получением решения, учитывая нарастающее количество электронного уведомления извещения граждан.

Необходимость исчисления срока с момента получения решения обусловлена, обеспечением гарантированных правовых мер на социальную защиту. Так, за услугой по проведению МСЭ обращаются в основном люди, которые имеют различные заболевания, последствия травм или дефекты, которые могут по объективным причинам препятствовать в своевременном получении решения, а также получения его по почте, по причине нахождения их на стационарном лечении. Соответственно, граждане, которые документально подтверждают невозможность по объективным причинам получения решения в срок, не должны быть лишены возможности на досудебное обжалование в главное бюро или Федеральное бюро.

Кроме того, за оказанием услуги по проведению МСЭ обращаются граждане, находящиеся в исправительных учреждениях и которые в силу Закона ограничены в передвижении и в беспрепятственном и своевременном получении почтовой корреспонденции, в связи с тем, что получение и отправление осужденными писем и телеграмм разрешается через администрацию исправительного учреждения, согласно ст. 91 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации.

На практике бывали случаи, когда лица, находящиеся в исправительных учреждениях с учетом времени, которое затрачивается на доставку и отправку корреспонденции, а также их контро-

лю со стороны администрации исправительного учреждения направляли заявление об обжаловании уже за пределами срока обжалования, в связи, с чем в обжаловании гражданам было отказано.

С учетом изложенного, автор статьи обосновывает необходимость исчисления сроков обжалования решения по результатам проведения МСЭ с даты фактического получения (вручения), что соответствует критериям доступности и равенства возможностей, а также возможности восстановления срока при пропуске его по уважительным причинам.

Законодатель в постановлении Правительства РФ № 588, которое вступает в законную силу 01.07.2022, частично устранил пробел, а именно п.п.55, 58 будут толковаться следующим образом: «Гражданин (его законный или уполномоченный представитель) может обжаловать решение бюро в главное бюро в месячный срок со дня его получения, а решение главное бюро в Федерально бюро также в месячный срок со дня его получения».

Однако варианты пропуска срока по уважительной причине и возможность его восстановления, а также, что понимать под получением решения, каким образом будет подтвержден факт получения Законодатель не предусмотрел по-прежнему, что, на мой взгляд, существенным образом нарушает права и законные интересы получателей услуги.

Кроме того, автор статьи предлагает, с учетом отсутствия норм о порядке исчисления сроков изменить месячный срок на 30 календарных дней, в целях исключения двоякого толкования.

Указанные пробелы могут быть восполнены путем принятия дополнений к действующим нормативно-правовым актам или принятия новых подзаконных актов или разъяснений уполномоченных органов.

Список используемых нормативно-правовых актов:
List of used regulatory legal acts:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) Официальный текст Конституции РФ с внесенными поправками от 14.03.2020 опубликована Официальном интернет – портале правовой информации http://www.pravo.gov.ru, 04.07.2020.
2. Конвенция № 61/106 «Конвенция о правах инвалидов» (принята Генеральной Ассамблеей ООН 13.12.2006) // [Электронный ресурс]:www.consultant.ru.
3. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»// Собрание законодательства РФ. – 1995. – № 181. – Ст. 7007. (ред. от 08.12.2020) (с изм. и доп., вступ. в силу с 19.12.2020).
4. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом»// «Собрание законодательства РФ», 27.02.2006, № 9, ст. 1018, (ред. от 26.11.2020).
5. Постановление Правительства РФ от 05.04.2022 № 588 «О признании лица инвалидом»// «Собрание законодательства РФ», 11.04.2022, № 15, ст. 2506 (не вступило в законную силу).
6. Приказ Минтруда России от 30.12.2020 № 979н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы»// Официальный интернет-портал правовой информации http://pravo.gov.ru, 03.06.2021
7. Приказ Минтруда России от 29.01.2014 № 59н «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы» (13.06.2021 утратил силу).
8. Приказ Минтруда России от 04.03.2021 № 104н «Об утверждении Порядка осуществления контроля Федеральным бюро медико-социальной экспертизы за решениями, принятыми главными бюро медико-социальной экспертизы, главными бюро медико-социальной экспертизы за решениями, принятыми бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах»// Официальный интернет-портал правовой информации http://pravo.gov.ru, 02.07.2021.

УДК 616.895.8-056.24(571.150)

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ШИЗОФРЕНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

PRIMARY DISABILITY DUE TO SCHIZOPHRENIA AMONG THE ADULT POPULATION OF THE ALTAI TERRITORY

[1]Акопян К.С., [2]Литвинцев С.В.
[1]Hakobyan K.S., [2]Litvintsev S.V.

ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России Россия,
194044, Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский проспект, дом 11/12

[1]Аспирант кафедры социальной психиатрии
и клинической психологии
Тел. 8 (913) 362-60-65
E-mail: Kristina.Akopyan.1993@inbox.ru

[2]Заведующий кафедрой социальной психиатрии и клинической психологии,
доктор медицинских наук, профессор

Шизофрения является одной из ведущих причин инвалидности среди всех психических расстройств в Алтайском крае. В структуре первичной инвалидности вследствие шизофрении более 90% составляют граждане трудоспособного возраста, из них преобладают лица молодого возраста. Среди больных, впервые признанных инвалидами, большую часть составляют городские жители, по полу – мужчины. 94% больных шизофренией на момент первичного освидетельствования не работали, при этом 50% всех освидетельствованных имели достаточно высокий уровень образования (среднее специальное и высшее). Большая часть больных не состояли в браке и не имели детей, проживали с родителями, из них подавляющее большинство – мужчины. При первичном освидетельствовани более 50% больных шизофренией устанавливалась третья группа инвалидности, основным дезадаптирующим синдромом были эмоционально-волевые нарушения.

Ключевые слова: *шизофрения; первичная инвалидность; уровень инвалидности; группа инвалидности*

Schizophrenia is one of the leading causes of disability among all mental disorders in the Altai Territory. In the structure of primary disability due to schizophrenia, more than 90% are citizens of working age, of which young people predominate. Among the patients, for the first time recognized as disabled, most of them are urban residents, by sex - men. 94.0% of patients with schizophrenia at the time of the initial examination did not work, while 50.0% of all those examined had a fairly high level of education (secondary special and higher). Most of the patients were not married and did not have children, lived with their parents, the vast majority of them were men. During the initial examination of more than 50.0% of patients with schizophrenia, the third group of disability was established, the main maladapting syndrome was emotional-volitional disorders.

Keywords: *schizophrenia; primary disability; level of disability; disability group.*

Среди психических расстройств, ведущих к инвалидизации, шизофрения находится в первой десятке, более 60% больных трудоспособного возраста, страдающих ею, являются инвалидами [8]. Это объясняется тем, что шизофрения неизбежно сопровождается снижением уровня социального функционирования. У больных страдает система личностных отношений, из-за чего происходит отрыв от семьи и от общества в целом, утрачиваются интересы и побуждения к выполнению привычных форм деятельности. Стойкая дезадаптация ведет к инвалидизации, а соответственно, – и к существенным экономическим затратам государства. Социальная значимость реабилитации больных обусловлена в

первую очередь тем, что более 50% лиц с данным диагнозом находятся в социально-активном возрасте [2, 3, 7, 8, 19]. Эффективность реабилитационных мероприятий при шизофрении остается недостаточной, значительная часть больных является социально неадаптированными [1].

Несмотря на большое число публикаций, посвященных этим аспектам шизофрении, исследований инвалидности взрослого населения вследствие ее в Алтайском крае не проводилось, что обуславливает актуальность данного исследования.

Цель исследования: изучить распространенность и структуру первичной инвалидности вследствие шизофрении взрослого населения Алтайского края, представить социальную характеристику больных, впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении.

Материалы и методы. При проведении исследования использовались статистические данные Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. Материалом исследования явились отчетные формы № 7 (собес) ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России (n=5); протоколы проведения медико-социальной экспертизы в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы (n=745); формы № 088/у медицинских организаций (n=745); сведения, содержащиеся в ФГИС ЕАВИИАС МСЭ. Период исследования – 2015-2019 гг. Методы исследования: статистический (рассчитывались экстенсивные, интенсивные показатели, статистическая значимость результатов оценивалась по t-критерию Стьюдента), аналитический. При изучении социальных факторов оценивались наследственная отягощенность психическими заболеваниями, образование, социальный статус больного (работает, не работает), семейное положение, наличие детей, наличие вредных привычек, средний возраст начала заболевания, основной дезадаптирующий синдром.

Результаты исследования. В нозологической структуре первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края шизофрения занимает одно из ведущих мест среди всех психических расстройств. Доля инвалидов вследствие шизофрении в среднем за период исследования составила 22,0%. В 2015 г. всего в крае впервые признано инвалидами граждан старше 18 лет вследствие психических расстройств – 649, из них вследствие шизофрении – 162 (25,0%), в 2016 г. – 676 и 164 (24,3%), в 2017 г. – 716 и 158 (22,1%), в 2018 г. – 658 и 122 (18,5%), в 2019 г. – 691 и 139 (20,1%) соответственно.

Показатели уровня первичной инвалидности вследствие шизофрении среди взрослого населения в Алтайском крае за период исследования имели незначительные колебания (в 2015 г. – 0,8, в 2016 г. – 0,9, в 2017 г. – 0,8, в 2018 г. – 0,7, в 2019 г. – 0,8 на 10 000 соответствующего населения) и в целом существенно не отличались от показателей по Российской Федерации (в 2015-2019 гг. – 0,8 на 10 000 соответствующего населения) [11-15, 18].

В результате проведенного исследования установлено, что в структуре первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие шизофрении на протяжении всего периода исследования статистически достоверно (p<0,01) преобладали городские жители (рис. 1).



Рис. 1. Распределение больных, впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении, по месту жительства (%)

Преобладание уровня инвалидности городских жителей можно объяснить рядом причин, основной из которых является более высокая выявляемость заболевания в городских районах по сравнению с сельскими в связи с наличием в городах края специализированных психиатрических лечебных учреждений, укомплектованных врачами-психиатрами, что способствует своевременной диагностике и лечению заболевания, а также своевременному направлению больных на медико-социальную экспертизу.

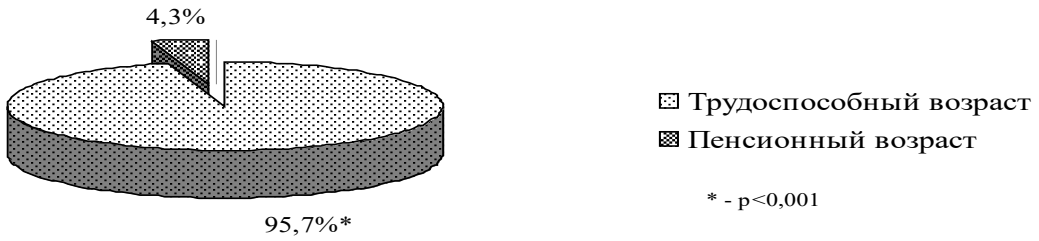


Рис. 2. Распределение больных, впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении, по возрасту (%)

Большое социальное значение шизофрении определяется тем, что это заболевание поражает молодой, работоспособный возраст. В результате проведенного исследования установлено, что в структуре первичной инвалидности граждан старше 18 лет вследствие шизофрении в Алтайском крае статистически достоверно (p<0,001) преобладали граждане трудоспособного возраста – 95,7% (рис. 2).

На протяжении всего изучаемого периода среди граждан, впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении, преобладала возрастная группа от 18 до 44 лет (p<0,001), ее удельный вес среди других возрастных групп в 2015-2019 гг. варьировал в диапазоне – от 70,5% до 78,7% (рис. 3).



Рис. 3. Распределение больных, впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении, по возрасту (%)

В результате исследования установлено, что в 2015-2019 гг. в структуре первичной инвалидности вследствие шизофрении преобладали мужчины (рис. 4). Средний возраст начала заболевания шизофренией составил у мужчин – 25,7 лет, у женщин – 29,2 лет.

По данным литературы, заболеваемость шизофренией у мужчин в 1,5 раза выше, чем у женщин [21]. Мужчинам свойственны более частые острые психотические эпизоды, в то время как женщины демонстрируют более высокий уровень преморбидного функционирования, большую выраженность продуктивной и меньшую – первичной негативной симптоматики, лучший ответ на антипсихотики [22].



Рис. 4. Распределение больных, впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении, по полу (%)

Исследование социальной характеристики показало, что на момент освидетельствования большая часть больных шизофренией (80,0%) получили то или иное образование, из них: 20,4% больных получили среднее полное образование, 39,6% – среднее профессиональное образование, 20% – высшее образование; 20% больных имели незаконченное среднее образование. Таким образом, образовательный уровень больных шизофренией достаточно высок, преобладают лица со средним профессиональным образованием, что подтверждается данными литературы [5].

Исследование показало, что большая часть больных на момент освидетельствования не работали (94,0%) и лишь 6,0% продолжали трудовую деятельность. Среди граждан, которые работали, 81,0% составили городские жители (56% женщин и 44% мужчин). Установлено, что среди работающих граждан 59,5% больных, имея высшее или средне-специальное образование, работали на низкоквалифицированных работах или вследствие болезни «скатывались» с квалифицированного, а порой и высококвалифицированного на низкоквалифицированный труд, впоследствии полностью теряя трудоспособность. Это явление «социальный дрейф» – «бессознательное», «стихийное» снижение по социальной лестнице [4]. Среди работающих граждан 40,5% работали без снижения квалификации и уменьшения объема трудовой деятельности.

Анализ семейного положения больных шизофренией свидетельствует о том, что большинство из них (86,0%) на момент освидетельствования не состояли в браке. Большая часть больных на момент освидетельствования не имели детей (60,6%). Вероятно, это связано с социальными нарушениями у больных шизофренией. Таким образом, болезнь не позволяет большинству пациентов не только создавать полноценные семьи, но и иметь детей [5].

Больше половины больных шизофренией (53,9%) на момент освидетельствования проживали с родителями, из них 61,6% составили городские жители и 38,4% – сельские жители. Причем, установлено, что с родителями чаще проживали мужчины (67,4% среди городских жителей и 62,4% среди сельских жителей). 12,7% больных проживали с другими родственниками. В данной группе было больше женщин (58% среди городских жителей и 59,5% среди сельских жителей). 12,3% больных проживали в семье, большую часть из них составили женщины (65% среди городских жителей и 73,5% среди сельских жителей). 3,5% больных проживали в гражданском браке, преимущественно женщины (64,7% среди городских жителей и 55,5% среди сельских жителей). 1,2% больных проживали в психоневрологических интернатах. 0,1% больных (1 сельская женщина) проживали у знакомых. 16,3% больных шизофренией проживали одни, преимущественно мужчины (50,6% среди городских жителей и 73,5% среди сельских). Отсутствие у большинства больных шизофренией семьи, детей, их проживание с родителями объясняется их инфантильностью [20]. Черты психической незрелости отмечаются уже с раннего детского возраста; вслед за манифестацией болезненного процесса проявления инфантилизма усиливаются и достигают уровня клинической выраженности, обнаруживая себя в патологической неприспособленности, наивности, беспомощности и незрелых эмоциональных реакциях [17].

Как показал проведенный анализ, большая часть больных (61,5%) на момент освидетельствования не имели вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков). Большую часть больных шизофренией, у которых имелись вредные привычки, составили городские жители (64,7%), из них преобладали мужчины (80,0%).

Согласно проведенному исследованию, у 50,0% больных шизофренией отягощена наследственность психическими заболеваниями, из них 60,6% – мужчин и 39,4% – женщин. По данным ряда исследователей, одним из ведущих факторов в развитии шизофрении является наследственный фактор [6]. Частота семейных случаев шизофрении в популяции больных эндогенными психозами относительно высока [9, 10]. В случае наличия болезни у одного из родителей риск заболевания шизофренией у детей составляет 10%, при болезни у обоих родителей – достигает 40% [16].

Изучение формы заболевания показало, что у 93,6% больных, впервые признанных инвалидами, имелась параноидная форма шизофрении, у 4,6% – простая форма, у 1,4% – недифференцированная форма, у 0,4% – остаточная форма. Изучение типа течения заболевания показало, что у 88,7% больных на момент освидетельствования имелся непрерывно-прогредиентный тип течения, у 6,2% больных – эпизодический тип течения, у 5,1% – приступообразно-прогредиентный тип течения.

У 80% больных, согласно данным клинико-функционального диагноза, основным дезадаптирующим синдромом были эмоционально-волевые нарушения; у 25,3% – галлюцинаторно-параноидный синдром; у 23,0% больных – аффективно-параноидный синдром; у 21,0% больных – параноидный синдром; у 7,6% больных – депрессивно-параноидный синдром; у 4,6% больных – психопатоподобный синдром.

Исследование показало, что больным шизофренией при первичном освидетельствовании чаще устанавливалась третья группа инвалидности ($p<0,001$), ее удельный вес варьировал в диапазоне от 51,9% в 2015 г. до 71,2% в 2019 г. с наибольшим показателем в 2019 г. (71,2%). В динамике в период с 2015 по 2019 г. увеличилась доля инвалидов с третьей группой инвалидности с 51,9% до 71,2%, а удельный вес инвалидов со второй группой инвалидности уменьшился с 46,9% в 2015 г. до 28,8% в 2019 г. По данным литературы, за последние 30 лет отчетливо прослеживается патоморфоз шизофрении (изменение клиники, типа и темпа течения) в сторону увеличения числа медленно-прогредиентных и периодических вариантов течения [3].

Заключение. В результате проведенного исследования установлено, что в структуре первичной инвалидности вследствие шизофрении значительно преобладали граждане трудоспособного возраста (более 90,0%), большую часть из них составляли лица молодого возраста от 18 до 44 лет. Среди больных, впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении, преобладали городские жители, по полу – мужчины. На момент первичного освидетельствования 94,0% больных не работали, при этом более половины всех больных (59,6%) имели достаточно высокий уровень образования (среднее профессиональное или высшее образование). Большая часть больных не состояли в браке и не имели детей, проживали с родителями, преимущественно мужчины. Более 50,0% больных при первичном освидетельствовании устанавливалась третья группа инвалидности, основным дезадаптирующим синдромом были эмоционально-волевые нарушения.

Список литературы

1. Абриталин Е.Ю. Психиатрия: национальное руководство (2-е издание, переработанное и дополненное) / Е.Ю. Абриталин, Ю.А. Александровский, Н.И. Ананьева и др. – Москва, 2018.
2. Агеев В.С. Специфика подхода к исследованию перцептивных процессов в социальной психологии / В.С. Агеев, Г.М. Андреева. – М. – 1990. – С. 21-25.
3. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: руководство для врачей и психологов. – СПб. – 2002. – 256 с.
4. Войтенко Р.М. Шизофрения / Основы социальной психиатрии и медико-социальной экспертизы при психических болезнях: Глоссарий часть 2, раздел 5. – СПб. – 2002. – 34 с.
5. Вилюм И.А. Оценка заболеваемости шизофренией. Демографичексие показатели и «Социальный портрет» больных шизофренией в Санкт-Петербурге / И.А. Вилюм, А.А. Курылев, А.Е. Снедкова, Н.М. Тааме // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – Санкт-Петербург. – 2008.

6. Галактионова Д.Ю. Анализ ассоциации полиморфизма генов HTR2A, BDNF и SLC6A4 с развитием параноидной формы шизофрении и суицидального поведения / Д.Ю. Галактионова, О.А. Гра, И.И. Низамутдинов и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012; 112 (10):39-44.
7. Головина А.Г. Адаптация подростков больных шизофренией, в родительской семье (на примере приступообразно-прогредиентной и вялотекущей шизофрении): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М.: МГУ, 2000. – С. 15-18.
8. Дмитриева Т.Б. Психиатрия: национальное руководство / Т.Б. Дмитриева, В.Н. Краснов, Н.Г. Незнанов и др. – М. – 2009. – 1000 с.
9. Колесниченко Е.В. Клинические особенности семейных случаев параноидной шизофрении / Е.В. Колесниченко, Ю.Т. Джангильдин, С.А. Овсянников и др. // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2018.
10. Кудлаев М.В. Сравнительная клинико-социальная характеристика больных семейной шизофренией в группах «родители» - «дети» / М.В. Кудлаев, И.Ф. Обросов // Российский психиатрический журнал. – 2007;4:31-33.
11. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2015 году. Статистический сборник. – М.: «ФБ МСЭ». – 2016. – 220 с.
12. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2016 году. Статистический сборник. – М.: «ФБ МСЭ». – 2017. – 263 с.
13. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2017 году. Статистический сборник. – М.: «ФБ МСЭ». – 2018. – 265 с.
14. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2018 году. Статистический сборник. – М.: «ФБ МСЭ». – 2019. – 268 с.
15. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2019 году. Статистический сборник. – М.: «ФБ МСЭ». – 2020. – 260 с.
16. Прожерина Ю. Современный взгляд на проблему шизофрении // Журнал о Российском рынке лекарств и медицинской технике. – 2018.
17. Смулевич А.Б. Расстройства возрастной идентичности (инфантилизм/пуэрилизм) в пространстве психических заболеваний эндогенного круга / А.Б. Смулевич, В.М. Лобанова, Е.И. Воронова //Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2020. – т. 120, № 1, С. 7-19.
18. Формы № 7 (собес) ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России за 2015-2019 гг.
19. Хритинин Д.Ф. Современное состояние и пути совершенствования региональной службы психического здоровья / Д.Ф. Хритинин, В.З. Кучеренко, М.А. Некрасов. – М. – 2008. – 380 с.
20. Ягубов М.И. Сексуальные дисфункции у больных шизофренией / М.И. Ягубов, Л.Н. Штарк. Источник: http://mniip-repo.ru/uploads/1400579326.pdf.
21. Marneros A. The long-term course and outcome of schizophrenia // Triangle. – 1992. – Vol. 31. – P. 155-161.
22. Odegaard O. A statistical study of factors influencing discharge from psychistric hospitals. Journal of mental science. – 1960. – 106: 1124-1133.

References

1. Abritalin E.Y. Psychiatry: national leadership (2nd edition, revised and supplemented) / E.Y. Abritalin, Yu.A. Alexandrovsky, N.I. Ananyeva et al. – Moscow, 2018.
2. Ageev B.C. Specificity of the approach to the study of perceptual processes in social psychology / B.C. Ageev, G.M. Andreeva. – M. – 1990. – S. 21-25.
3. Voitenko P.M. Social psychiatry with the basics of medical and social expertise and rehabilitation: a guide for doctors and psychologists. – SPb. – 2002. – 256 p.
4. Voitenko R.M. Schizophrenia / Fundamentals of social psychiatry and medical and social expertise in mental illnesses: Glossary part 2, section 5. – SPb. – 2002. – 34 p.
5. Vilyum I.A. Assessment of the incidence of schizophrenia. Demographic indicators and “Social portrait” of patients with schizophrenia in St. Petersburg / I.A. Vilyum, A.A. Kurylev, A.E. Snedkova, N.M. Taame // Health is the basis of human potential: problems and ways to solve them. – St. Petersburg. – 2008.

6. Galaktionova D.Y. Analysis of the association of polymorphism of genes HTR2A, BDNF and SLC6A4 with the development of the paranoid form of schizophrenia and suicidal behavior / D.Y. Galaktionova, O.A. Gra, I.I. Nizamutdinov et al. // Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov. – 2012; 112 (10):39-44.
7. Golovina A.G. Adaptation of adolescents with schizophrenia, in the parental family (on the example of paroxysmal-progressive and sluggish schizophrenia): autoref. dis. ... cand. honey. Sciences. – M.: MGU, 2000. – S. 15-18.
8. Dmitrieva T.B. Psychiatry: national leadership / T.B. Dmitrieva, V.N. Krasnov, N.G. Neznanov et al. – M. – 2009. – 1000 p.
9. Kolesnichenko E.V. Clinical features of family cases of paranoid schizophrenia / E.V. Kolesnichenko, Yu.T. Dzhangildin, S.A. Ovsyannikov et al. // Medical Bulletin of the North Caucasus. – 2018.
10. Kudlaev M.V. Comparative clinical and social characteristics of patients with family schizophrenia in the groups «parents» - «children» / M.V. Kudlaev, I.F. Obrosov // Russian Psychiatric Journal. – 2007;4:31-33.
11. The main indicators of primary disability of the adult population in the Russian Federation in 2015. Statistical compendium. – M.: «FB ITU». – 2016. – 220 p.
12. The main indicators of primary disability of the adult population in the Russian Federation in 2016. Statistical compendium. – M.: «FB ITU». – 2017. – 263 p.
13. The main indicators of primary disability of the adult population in the Russian Federation in 2017. Statistical compendium. – M.: «FB ITU». – 2018. – 265 p.
14. The main indicators of primary disability of the adult population in the Russian Federation in 2018. Statistical compendium. – M.: «FB ITU». – 2019. – 268 p.
15. The main indicators of primary disability of the adult population in the Russian Federation in 2019. Statistical compendium. – M.: «FB ITU». – 2020. – 260 p.
16. Prozherina Y. Sovremennyi vzglyad na problema schizophrenia // Zhurnal o Rossiiskoi rynok drug i medicinskogo tekhnika. – 2018.
17. Smulevich A.B. Disorders of age identity (infantilism / puerilism) in the space of mental diseases of the endogenous circle / A.B. Smulevich, V.M. Lobanova, E.I. Voronova // Journal of Neurology and Psychiatry named after S. S. Korsakov. – 2020. – vol. 120, No. 1, S. 7-19.
18. Forms No. 7 (sobes) of the FKU “GB ITU for the Altai Territory” of the Ministry of Labor of Russia for 2015-2019.
19. Khritinin D.F. Modern state and ways of improving the regional mental health service / D.F. Khritinin, V.Z. Kucherenko, M.A. Nekrasov. – M. – 2008. – 380 p.
20. Yagubov M.I. Sexual dysfunctions in patients with schizophrenia / M.I. Yagubov, L.N. Shtark. Source: http://mniip-repo.ru/uploads/1400579326.pdf.
21. Marneros A. The long-term course and outcome of schizophrenia // Triangle. – 1992. – Vol. 31. – P. 155-161.
22. Odegaard O. A statistical study of factors influencing discharge from psychistric hospitals. Journal of mental science. – 1960. – 106: 1124-1133.

УДК 616.381-072.1+616.381-089.85

ЕСТЬ ЛИ ПРЕИМУЩЕСТВА У ЛАПАРОСКОПИИ ПЕРЕД ЛАПАРОТОМИЕЙ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА? (МЕТА-АНАЛИЗ)

ARE THERE ANY ADVANTAGES OF LAPAROSCOPY OVER LAPAROTOMY IN BLUNT ABDOMINAL TRAUMA? (META-ANALYSIS)

Александров В.В.[1], Рашид А.[2], Михайлова А.Э.[3]
Aleksandrov V.V.[1], Rasheed A.[2], Mikhailova A.E.[3]

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России,
400131, Россия, Волгоградская обл., г. Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1

[1]К. м. н., доцент кафедры госпитальной хирургии,
Тел. +79178304989
E-mail: 79178304989@yandex.ru;
https://orcid.org/0000-0001-8364-8934

[2]Соискатель кафедры госпитальной хирургии,
Тел. +79272501904
E-mail: azad92rasheed@gmail.com

[3]Студентка 5 курса лечебного факультета,
Тел. +79956968685
E-mail: mihi_alena@bk.ru

Появление лапароскопических вмешательств произвело революцию в хирургии. Первое лапароскопическое вмешательство у больного с травмой живота было выполнено в 1942 г. для диагностики внутреннего кровотечения [1]. Внедрение данных методик при травме живота происходило медленно, с 70-х гг. прошлого века лапароскопия в основном использовалась как диагностическая процедура [2–5]. С приобретением лапароскопического опыта хирургами тенденция стала меняться, и на сегодняшний день лапароскопия может смело конкурировать с лапаротомией у гемодинамически стабильных пациентов [4, 5].

Целью нашего **исследования** является проведение мета-анализа по сравнительной оценке эффективности лапаротомии и лапароскопии при лечении пациентов с закрытой травмой живота.

Ключевые слова: *диагностическая лапароскопия, лечебная лапароскопия, хирургия повреждений живота, малоинвазивная хирургия, лапароскопически-ассистированные операции.*

The advent of laparoscopic has revolutionized surgery. The first laparoscopic intervention in a patient with abdominal trauma was performed in 1942 to diagnose internal bleeding. The implementation of these techniques in abdominal trauma was slow, since the 70s of the last century laparoscopy was mainly used as a diagnostic procedure. With the acquisition of laparoscopic experience by surgeons, the trend began to change, and today laparoscopy can safely compete with laparotomy in hemodynamically stable patients.

The aim of our study is to conduct a meta-analysis to compare the effectiveness of laparotomy and laparoscopy in the treatment of patients with blunt abdominal trauma.

Key words: *diagnostic laparoscopy, therapeutic laparoscopy, abdominal trauma surgery, minimally invasive surgery, laparoscopic assisted surgery.*

Материал и методы. Систематический поиск литературы проведен в соответствии с рекомендациями *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (*PRISMA*) [6]. Учитывая необходимость изучения вопроса на современном этапе, произведен анализ данных из публикаций с января 2015 г. по январь 2022 г. из электронных баз *PubMed, Cochrane Library, Scopus, eLibrary* в соответствии с рекомендациями ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России [7].

Результаты. После составления запроса в указанных выше базах найдены 1743 публикации, исключены 1401 исследование из-за несоответствия заголовка, 254 неполнотекстовые статьи, 12 экспериментальных статей, 3 статьи не на английском / русском языках, 11 статей, посвященных ятрогенной травме, 19 описаний клинических случаев, 2 систематических обзора и мета-анализа, 8 обзоров литературы, 3 клинических рекомендации, 1 комбинированное (ретро- и проспективное) и 22 ретроспективных исследования по причине отсутствия групп сравнения или малого количества пациентов в них (менее 30). В итоге в мета-анализ включены 7 ретроспективных когортных исследований [3, 8–13]. Нами не обнаружено рандомизированных контролируемых исследований по данной тематике за указанный период времени.

Мета-анализ

A. A. Shamim et al., 2018 [8] при сравнении результатов лечения пациентов с открытой (всего 27170/22480 с ЗТЖ) и лапароскопической (121/102 с ЗТЖ) спленэктомией из Национального банка данных о травмах (*National Trauma Data Bank* (*NTDB*), США) в период с 2007 по 2015 год выявили, что несмотря на наличие в первой группе достоверно большего числа пациентов с гипотонией и более тяжелыми повреждениями по шкале *Injury Severity Score* (*ISS*), не получено статистически достоверной разницы по внутрибольничным осложнениям (19,5% после лапароскопической спленэктомии и 24% после открытой; ОШ 0,99, 95% ДИ 0,6–1,6; p=0,25), длительности стационарного лечения (9 дней против 8; p=0,62) и госпитальной летальности (14,2% против 18%; ОШ 1,15, 95% ДИ 0,65–2; p=0,3).

K. H. Lim et al., 2015 [9] представили свои сравнительные результаты у пациентов с травмой живота, перенесших лапароскопическое (41 пациент со стабильной гемодинамикой / 30 с ЗТЖ; у 31 только лапароскопическое, у 10 – лапароскопически-ассистированное вмешательство) и открытое вмешательство (70 пациентов, включая конверсии). Конверсия была произведена в 18% случаев (9 пациентов), не было в обеих группах серьезных осложнений, пропущенных травм и послеоперационной летальности; достоверно меньший был срок восстановления перистальтики (2,98±0,9 дней против 2,44±0,9, p=0,006) и нахождения в стационаре (17,58±12,7 дней против 11,5±5,3, p=0,004) после лапароскопии [9].

H. F. Lin et al., 2018 [10] с своей статье, оценивая роль лапароскопии при ЗТЖ у гемодинамически стабильных пациентов, не получили достоверных различий по времени операции, кровопотере, потребности к переливанию крови, смертности и осложнениям (p>0,05). Учитывая большую тяжесть травм (*ISS* 23,3 против 18,9, p<0,001), более частое сочетание с черепно-мозговой травмой (25,2% против 14,3%, p=0,039), низкий уровень гемоглобина (125 г/л против 131 г/л, p=0,022) в группе лапаротомии, достоверно отличались сроки пребывания в стационаре (19,4 после лапаротомии против 12,1 дней после лапароскопии, p<0,001) и в реанимации (6,6 против 3,3 дней соответственно), p<0,001) [10].

A. E. Nicolau et al., 2019 [3] в своем ретроспективном анализе (2006–2016 гг.) сравнили результаты лечения 658 пациентов с ЗТЖ и стабильной гемодинамикой, из них 29 были прооперированы лапароскопически, конверсия была выполнена в 9 случаях. Авторы сделали вывод, что при правильном отборе пациентов данная методика является альтернативой открытым вмешательствам, снижая количество осложнений и «напрасных» лапаротомий, продолжительность стационарного лечения [3].

При оценке лапароскопии (132 пациента) и лапаротомии (504 пациента) у детей с закрытой травмой живота, после предварительного исключения пострадавших с гипотонией, с уровнем сознания менее 13 баллов по шкале комы Глазго, с тяжестью травмы по шкале *ISS* более 25 баллов, *E. K. Butler et al.*, 2020 [11] получили следующие результаты: средняя продолжительность пребывания

в стационаре была на 2,1 дня короче (95% ДИ 0,9–3,2 дня), а средняя продолжительность пребывания в реанимации была на 1,1 дня короче (95% ДИ 0,6–1,5 дня) в группе лапароскопии по сравнению с группой лапаротомии; разницы в частоте послеоперационных осложнений не было, за исключением того, что в группе лапароскопии вероятность инфицирования области хирургического вмешательства была на 2,0% ниже, чем в группе лапаротомии (95% ДИ 1,0–3,0%). В то же время авторы отмечают, что пациенты, перенесшие лапаротомию, в среднем имели более тяжелые повреждения и более длительный срок искусственной вентиляции легких [11]. Процент конверсии составил 39% [11].

P. T. Evans et al., 2020 [12] в своем ретроспективном когортном исследовании (из *Vanderbilt University School of Medicine*, Теннесси, США (2005–2017 гг.; 393 пациента, из них 246 (62,59%) с ЗТЖ; лапароскопий 88 (22%)) и *NTDB*, (2010–2015 гг.; 11399 пациента, из них 5715 (50,13%) с ЗТЖ; лапароскопий 1663 (16%)), анализирующем результаты лапароскопии и лапаротомии у детей, обнаружили статистически достоверные различия в частоте оперативных вмешательств при повреждениях некоторых органов, в частности при спленорафии/спленэктомии (22% лапаротомий–2% лапароскопий–0% конверсий; $p<0,001$); ушивании дефектов тонкой кишки (36%–13%–67% соответственно; $p<0,001$) и печени (12%–0%–0% соответственно; $p=0,003$). В обеих когортах лапароскопия чаще применялась у более молодых пациентов ($p=0,026$; $p<0,001$) женского пола ($p=0,019$; $p<0,001$) с более низкой тяжестью травмы ($p<0,001$) и закрытыми повреждениями ($p=0,031$; $p<0,001$), и была связана с меньшим общим количеством осложнений (ОШ 0,25, 95% ДИ 0,08–0,75; $p=0,013$; ОШ 0,69, 95% ДИ 0,55–0,88; $p=0,002$) [12].

По данным НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, использование лапароскопии в лечебно-диагностическом алгоритме у больных с абдоминальной травмой позволило избежать выполнения лапаротомии в 68,9% случаев, из них выполнить лечебные манипуляции у 24% больных, снизить реанимационный койко-день с 2,6±0,7 суток до 0,84±0,4 суток, ускорить разрешение послеоперационного пареза у больных после миниинвазивного вмешательства – 2,13±0,3 против 3,11±0,4 суток соответственно ($p<0,05$), сократить длительность применения наркотических анальгетиков с 2,18±0,2 суток до 0,75±0,3 суток ($p<0,05$), а в ряде случаев полностью избежать их применения, уменьшить частоту развития послеоперационных осложнений с 32,9% до 1,9%, снизить продолжительность антибактериальной терапии с 10,72±1,2 до 7,06±1,0 суток, сократить длительности инфузионной терапии с 5,6±1,0 до 3,5±0,9 суток [13]. Длительность видеолапароскопического вмешательства была наименьшей (59,8±6,6 минут), что объясняется меньшим временным промежутком, затрачиваемым на «открытие» и «закрытие» операционной раны ($p<0,05$) [15]. Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре после эндовидеохирургического пособия 11,8±1,5 суток, а после лечебной лапаротомии 19,67±2,2 суток [13].

Сравнение лапароскопии и лапаротомии по средней продолжительности операции.

Стандартизованная разность средних составляет SMD −0,16 (95% ДИ от −0,55 до 0,23, $I^2=79,17\%$). Сведения из трёх рассматриваемых первоисточников по продолжительности оперативных вмешательств отличаются значительной гетерогенностью (I^2 статистика – 79,17%). Статистически достоверных различий по средней продолжительности лапароскопических и открытых операций не выявлено ($p=0,419$). Имеются явные систематические ошибки публикаций.

Частота конверсии при суммарном анализе исследований составляет 27,3% (142/520) (95% ДИ 23,5−31,4%).

Сравнение лапароскопии и лапаротомии по послеоперационным осложнениям.

Процент осложнений после лапароскопии составляет 7,6% (43/566) (95% ДИ 5,55−10,10%), после лапаротомии – 23,66% (6689/28271) (95% ДИ 22,61−24,71%).

Отношение шансов ОШ 0,32 (95% ДИ 0,15–0,67; $I^2=68,09\%$, модель случайных эффектов; $p=0,003$).

Лапароскопические вмешательства у гемодинамически стабильных пациентов с травмой живота сопровождаются достоверно меньшим количеством послеоперационных осложнений по сравнению с открытыми ($p=0,003$). Определена систематическая ошибка (предвзятость) одной публикации.

Сравнение лапароскопии и лапаротомии по пропущенным повреждениям.

Процент пропущенных повреждений после лапароскопии составляет 0,47% (1/213) (95% ДИ <0,01−2,59%), после лапаротомии – 2,2% (11/499) (95% ДИ 1,11−3,91%).

Отношение шансов ОШ 0,41 (95% ДИ 0,07–2,58; I^2=0%; p=0,345).

Достоверных отличий по числу пропущенных повреждений после лапароскопических и открытых вмешательств при травме живота в приведенных выше исследованиях не обнаружено (p=0,345).

Отсутствуют явные систематические ошибки публикаций (отсутствие предвзятости публикаций).

Сравнение лапароскопии и лапаротомии по средней продолжительности стационарного лечения.

Стандартизованная разность средних составляет SMD −1,13 (95% ДИ от −2,10 до −0,15, I^2=98,78%).

При изучении послеоперационного периода, в ходе обобщающих расчетов (I^2 статистика – 98,78%, модель случайных эффектов) выявлено, что средняя продолжительность стационарного лечения после лапароскопических вмешательств у гемодинамически стабильных пациентов с травмой живота достоверно меньше, чем после открытых (p=0,025).

Определяется систематическая ошибка (предвзятость) двух публикаций из шести.

Сравнение лапароскопии и лапаротомии по уровню послеоперационной летальности.

Летальность после лапароскопии у пациентов с травмой живота составляет 3,38% (19/561) (95% ДИ 2,05−5,24%), после лапаротомии – 17,44% (4931/28271) (95% ДИ 16,17−18,71%).

Отношение шансов ОШ 0,57 (95% ДИ 0,36–0,92; I^2=28,55%, модель фиксированных эффектов; p=0,021)

Летальность после лапароскопических вмешательств у гемодинамически стабильных пациентов с травмой живота достоверно меньше, чем после открытых (p=0,021).

Отсутствуют явные систематические ошибки публикаций (отсутствие предвзятости публикации).

Обсуждение

По данным нашего мета-анализа при ЗТЖ пропущенные повреждения после лапароскопии встречаются в 0,47% случаев (95% ДИ <0,01−2,59%)), что сопоставимо с лапаротомией. У пациентов, перенесших лапароскопическое вмешательство, сокращается длительность пребывания в стационаре (p=0,025), в том числе и за счет меньшего количества послеоперационных осложнений (7,6% (95% ДИ 5,55−10,10%) против 23,66% (95% ДИ 22,61−24,71%), p=0,003). С ростом лапароскопических навыков хирургов растет и спектр выполняемых операций при травме, процент конверсии составил 27,3% (95% ДИ 23,5−31,4%).

Следует подчеркнуть, что в подавляющем большинстве приведенных исследований показываются достоинства и преимущества лапароскопии у гемодинамически стабильных пациентов, с меньшей тяжестью общего состояния и травмы, меньшей кровопотерей и с меньшим уровнем депривации ЦНС по шкале комы Глазго [10]. Всё это, несомненно, приводит к меньшей продолжительности и стационарного лечения в целом, и срокам нахождения в ОРИТ, длительности ИВЛ, низкому числу послеоперационных осложнений и летальности [2, 10]. И надо понимать, что на данном этапе нестабильная гемодинамика при отсутствии эффекта на начальную противошоковую инфузионную терапию, в сочетании с клиникой продолжающегося интраабдоминального или забрюшинного кровотечения более 500 мл, являются противопоказаниями к использованию эндовидеохирургии.

Заключение

Лапароскопия уменьшает сроки стационарного лечения, процент послеоперационных осложнений и летальность у гемодинамически стабильных пациентов с травмой живота по сравнению с лапаротомией. Процент пропущенных повреждений после видеолапароскопии минимален (0,47%), что сопоставимо с лапаротомией.

Выводы

Учитывая, что мета-анализ выполнен на основе нерандомизированных исследований, и не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, а выводы в них по интересующим исходам не являются согласованными, то в соответствии с рекомендациями ФГБУ «ЦЭККМП» Минздрава России [7] результаты данного мета-анализа соответствуют уровню достоверности доказательств 2 и уровню убедительности рекомендаций В.

Список литературы [Spisok literatury]

1. El-Bendary YB, Al-Adawi J, Al-Qadhi H. The Use of Laparoscopy in the Management of Trauma Patients: Brief review. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2016; 16 (1): e9-e14. PMID: 26909221 PMCID: PMC4746051 https://doi.org/10.18295/squmj.2016.16.01.003
2. Ki YJ, Jo YG, Park YC, Kang WS. The Efficacy and Safety of Laparoscopy for Blunt Abdominal Trauma: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2021; 10 (9): 1853. PMID: 33923206 PMCID: PMC8123164 https://doi.org/10.3390/jcm10091853
3. Nicolau AE, Craciun M, Vasile R, Kitkani A, Beuran M. The Role of Laparoscopy in Abdominal Trauma: A 10-Year Review. *Chirurgia (Bucur)*. 2019; 114 (3): 359-368. PMID: 31264574 https://doi.org/10.21614/chirurgia.114.3.359
4. Маскин С. С., Ермолаева Н. К., Александров В. В., Матюхин В. В. Сочетанная закрытая травма живота: стандартизация лечебно-диагностического подхода с позиций доказательной медицины : Монография. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2021. - 368 с. [Maskin SS, Ermolaeva NK, Aleksandrov VV, Matyukhin VV. Sochetannaya zakrytaya travma zhivota: standartizatsiya lechebno-diagnosticheskogo podkhoda s pozitsii dokazatel'noi meditsiny : Monografiya. Volgograd: Izd-vo VolgG-MU, 2021. - 368 s.]
5. Маскин С.С., Александров В.В., Матюхин В.В., Ермолаева Н.К., Таджиева А.Р. Лечебно-диагностический алгоритм при сочетанной закрытой травме живота и органов забрюшинного пространства с позиций доказательной медицины. *Вестник ВолгГМУ*. 2020; 3: 3–12. [Maskin SS, Aleksandrov VV, Matyukhin VV, Ermolaeva NK, Tadzhieva AR. Lechebno-diagnosticheskii algoritm pri sochetannoi zakrytoi travme zhivota i organov zabryushinnogo prostranstva s pozitsii dokazatel'noi meditsiny. *Vestnik VolgGMU*. 2020; 3: 3–12.] https://doi.org/10.19163/1994-9480-2020-3(75)-3-12
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ*. 2009; 339: b2535. https://doi.org/10.1136/bmj.b2535
7. Омельяновский В. В. Методические рекомендации по проведению мета-анализа. Москва: 2017; 28. [Omel'yanovskii VV. Metodicheskie rekomendatsii po provedeniyu meta-analiza. Moskva: 2017; 28.] https://rosmedex.ru/ wp-content/uploads/2018/01/Metodicheskie-rekomendatsii-po-provedeniyu-meta-analiza-2017-g..pdf
8. Shamim AA, Zafar SN, Nizam W, Zeineddin A, Ortega G, Fullum TM, Tran DD. Laparoscopic Splenectomy for Trauma. *JSLS*. 2018; 22 (4): e2018.00050. PMID: 30607102 PMCID: PMC6305065 https://doi.org/10.4293/JSLS.2018.00050
9. Lim KH, Chung BS, Kim JY, Kim SS. Laparoscopic surgery in abdominal trauma: a single center review of a 7-year experience. *World J Emerg Surg*. 2015; 10: 16. PMID: 26056529 PMCID: PMC4459684 https://doi.org/10.1186/s13017-015-0007-8
10. Lin HF, Chen YD, Chen SC. Value of diagnostic and therapeutic laparoscopy for patients with blunt abdominal trauma: A 10-year medical center experience. *PLoS One*. 2018; 13(2): e0193379. PMID: 29470527 PMCID: PMC5823439 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193379
11. Butler EK, Mills BM, Arbabi S, Groner JI, Vavilala MS, Rivara FP. Laparoscopy Compared With Laparotomy for the Management of Pediatric Blunt Abdominal Trauma. *J Surg Res.* 2020; 251: 303-310. PMID: 32200321 PMCID: PMC7247932 https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.01.030
12. Evans PT, Phelps HM, Zhao S, Van Arendonk KJ, Greeno AL, Collins KF, Lovvorn HN 3rd. Therapeutic laparoscopy for pediatric abdominal trauma. *J Pediatr Surg.* 2020; 55 (7): 1211-1218. PMID: 31350042 PMCID: PMC6960361 https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2019.07.001
13. Ярцев П. А., Левитский В. Д., Рогаль М. М. Использование минимально инвазивных технологий в лечении абдоминальной травмы. Москва: РАН. 2019. – 22 с. [Yartsev PA, Levitskii VD, Rogal' MM. Ispol'zovanie minimal'no invazivnykh tekhnologii v lechenii abdominal'noi travmy. Moskva: RAN. 2019. – 22 s.]

УДК 616.37-002-089:615.832.9

ИННОВАЦИИ В КРИОХИРУРГИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

INNOVATIONS IN CRYOSURGERY OF PANCREATIC NECROSIS (EXPERIMENTAL AND CLINICAL STUDY)

Александров В.В.[1], Чернов С.А.[2], Чернова Д.С.[3]
Aleksandrov V.V.[1], Chernov S.A.[2], Chernova D.S.[3]

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России,
400131, Россия, Волгоградская обл., г. Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1

[1]К. м. н., доцент кафедры госпитальной хирургии,
Тел. +79178304989
E-mail: 79178304989@yandex.ru;
https://orcid.org/0000-0001-8364-8934

[2]Студент 5 курса лечебного факультета,
Тел. +79376903704
E-mail: chernovcaha@inbox.ru

[3]Студентка 5 курса лечебного факультета,
Тел. +79053389008
E-mail: dasha.tchaplieva@yandex.ru

Одной из самых актуальных проблем абдоминальной хирургии остается лечение панкреонекроза (ПН). В Российской Федерации отмечается неуклонный рост заболеваемости острым панкреатитом, он составляет 38 случаев на 100 тыс. населения [1]. Несмотря на пристальный интерес хирургической общественности к данному вопросу и активное внедрение в практическую хирургию различных малоинвазивных вмешательств, летальность достигает неприемлемо высоких значений, достигая при инфицированном ПН (ИПН) – 25–65% [1–3]. Неудовлетворительные результаты лечения острого панкреатита объясняются недостаточной эффективностью традиционных методов лекарственной терапии и оперативных вмешательств на поджелудочной железе (ПЖ) [2–5].

Ключевые слова: *панкреонекроз, острый панкреатит, локальное криовоздействие, криоаппликация, спаечный процесс, зона крионекроза.*

One of the most urgent problems of abdominal surgery remains the treatment of pancreatic necrosis. **T**here is a steady increase in the incidence of acute pancreatitis in the Russian Federation, it is 38 cases per 100 thousand population. Despite the close interest of the surgical community in this issue and the active introduction of various minimally invasive interventions into practical surgery, mortality reaches unacceptably high values, reaching 25–65% with infected pancreatic necrosis. Unsatisfactory results of treatment of acute pancreatitis are explained by the insufficient effectiveness of traditional methods of drug therapy and surgical interventions on the pancreas.

Key words: *pancreatic necrosis, acute pancreatitis, local cryotherapy, cryoapplication, adhesive process, cryonecrosis zone.*

Одним из прогрессивных направлений в хирургическом лечении ПН является применение локального криовоздействия (ЛКВ), которое обладает антипротеолитическим, антибактериальным, гемостатическим, иммуномодулирующим, репаративным воздействием, способствует уменьшению осложнений и снижению летальности [2–5].

Экспериментальное исследование по использованию криовоздействия при панкреонекрозе

На кафедре госпитальной хирургии ВолгГМУ было проведено экспериментальное исследование по оценке патоморфологических изменений ПЖ, клинических проявлений в динамике после ЛКВ на ПЖ у крыс линии «*Wistar albicans*» с ПН. На проведение исследования получено положительное решение Регионального Независимого Этического Комитета ВолгГМУ.

Моделирование ПН: после наступления наркотического сна производили срединную лапаротомию, затем у 45 животных (30 с основной группы и 15 с контрольной/2-я подгруппа) вводили в ткань ПЖ желчь в объеме 0,1 мл.

На 2 сутки выполняли релапаротомию. У животных с экспериментальным ПН отмечалось наличие серозно-геморрагического выпота в брюшной полости, пареза кишечника, париетальная и висцеральная брюшина была тусклая с множественными мелкими очагами стеатонекроза. Был умеренный спаечный процесс между ПЖ и сальником. На паренхиме ПЖ в месте введения желчи отмечался воспалительный инфильтрат с участками некроза 0,1–0,2 см.

ЛКВ проводилась 28 животным (из 30 в основной группе, 2 крысы умерли до релапаротомии) путем прикладывания наконечника автономного криоаппликатора из никелида титана, охлажденного в жидком азоте в сосуде Дьюара до температуры –195,75°С, к участку некроза ПЖ.

В контрольной группе животные были разделены на 2 подгруппы: 15-и экспериментальный ПН не моделировался, а выполнялась только лапаротомия и мобилизация ПЖ (1-я подгруппа), а другим 15-и моделировали экспериментальный ПН без ЛКВ (2-я подгруппа). 15 животным из третьей экспериментальной группы выполнялись ЛКВ на неизмененную ПЖ с целью доказательства безопасности методики.

В дальнейшем во всех группах проводилась оценка динамики морфологических изменений на 3, 5, 10 сутки после ЛКВ. Препараты окрашивались гематоксилин–флоксином. В гистологических срезах оценивали объемную долю лимфоцитов.

Статистический анализ полученных результатов осуществляли с помощью пакета прикладных программ *SPSS Statistics* (*Version 17*) («*SPSS Inc*», США). Проверка на соответствие выборок нормальному закону распределения проводилась критерием Шапиро–Вилка. При нормальном распределении использовали t–критерий Стьюдента после предварительного дисперсионного анализа на однородность групп. При несоответствии выборок нормальному закону распределения применяли непараметрические критерии. Для изучения корреляции использовали χ^2–критерий Пирсона. Результаты считали достоверными при вероятности безошибочного прогноза $p<0,05$.

Результаты исследования представлены в таблицах 1–5.

Таблица 1

Микроскопические результаты в группах экспериментальных животных

Группы животных и сроки взятия препаратов	Панкреонекроз (n=45/43)			Без панкреонекроза (n=30)		
	3 сутки	5 сутки	10 сутки	3 сутки	5 сутки	10 сутки
Основная группа (n=30/28 животных)	**ЛКВ до 2 сек**: асептический некроптоз ПЖ не менее 50% от площади среза, в т.ч. ОЛ, деструкция сосудистой стенки. **ЛКВ 3-4 и 5-6 сек**: незначительную вакуолизацию клеток ацинусов	**ЛКВ до 2 сек**: прогрессирование ПН, смерть животных. **ЛКВ 3-4 и 5-6 сек**: рыхлая соединит. ткань в зоне ЛКВ, меньшая лейкоцитарная инфильтрация,	**ЛКВ 3-4 и 5-6 сек**: макроскопически границы КВ становятся размытыми, формируется соединительно-тканный рубец, регенерация экзокринной части ПЖ	—	—	—
Контрольная группа (n=30; 15+15)	наличие крупных очагов асептического некроптоза в паренхиме ПЖ, в т.ч. ОЛ	прогрессирование ПН		нет признаков ПН, ПЖ и окружающие органы не изменены		
Третья экспериментальная группа (n=15)	—	—	—	**ЛКВ 60 сек и 5-6 сек**: три зоны в ПЖ: 1-зона крионекроза – некроз ацинусов и ОЛ, тромбоз сосудов; 2-зона охлаждения; 3-зона гипотермии. **ЛКВ 1-2 и 3-4 сек**: нет зоны крионекроза, меньшее полнокровие капилляров в зоне гипотермии, ОЛ и ацинусы сохранены	образование рыхлой соединительной ткани, меньшая лейкоцитарная инфильтра-ция	границы ЛКВ размыты, формирование соедини-тельнотканного рубца, регенерация экзокрин-ной части ПЖ

Примечание: ОЛ – островки Лангерганса.

Анализ гистологической картины микропрепаратов показал, что воспалительный ответ присутствует во всех сериях эксперимента (табл. 2).

Таблица 2

Объемная доля (ОД) лимфоцитов в месте воздействия на поджелудочную железу в группах исследуемых животных на различных сроках эксперимента (в %; M± m)

Группы животных и сроки взятия препаратов	[4]Панкреонекроз (n=45/43)				[5]Без панкреонекроза (n=30)				p (с надстрочным указанием сравниваемых групп)
	3 сутки	**5 сутки**	**10 суток**	**p**	**3 сутки**	**5 сутки**	**10 суток**	p	
[1]Основная группа (n=30/28 животных)	2,5±0,2	2,0±0,1	1,5±0,2	$P^{3/5\ сут}$ <0,05 $P^{5/10\ сут}$ <0,05	—	—	—	—	—
[2]Контрольная группа (n=30; 15+15)	3,2±0,1	2,9±0,2	2,7±0,3	$P^{3/5\ сут}$ >0,05 $P^{5/10\ сут}$ >0,05	2,8±0,1	2,6±0,1	2,5±0,3	$P^{3/5\ сут}$ >0,05 $P^{5/10\ сут}$ >0,05	$P^{4,5\ 3\ сут}$ >0,05 $P^{4,5\ 5\ сут}$ >0,05 $P^{4,5\ 10\ сут}$ >0,05
[3]Третья экспериментальная группа (n=15)	—	—	—	—	2,0±0,1	1,5±0,1	0,8±0,2	$P^{3/5\ сут}$ <0,05 $P^{5/10\ сут}$ <0,05	—
p (с надстрочным указанием сравниваемых групп)	$p^{1,2}$ <0,05	$p^{1,2}$ <0,05	$p^{1,2}$ <0,05	—	$p^{3,2}$ <0,05	$p^{3,2}$ <0,05	$p^{3,2}$ <0,05	—	—

При сравнении средней объемной доли лимфоцитов в непосредственном месте ЛКВ и зоне ПН без ЛКВ доказана меньшая степень лимфоцитарной инфильтрации в основной группе по сравнению с контрольной ($p<0,05$) (табл. 2). Отмечается статистически достоверное снижение уровня лимфоцитарной инфильтрации в основной группе ($p<0,05$) с увеличением сроков от момента ЛКВ, чего не отмечено в контрольной группе ($p>0,05$ на 3, 5, 10 сутки). При сравнении третьей экспериментальной и контрольной групп отмечено, что степень лимфоцитарной инфильтрации при ЛКВ на неизмененную железу (третья экспериментальная группа) достоверно меньше воспалительного ответа после простой мобилизации ПЖ без ЛКВ (контрольная группа), причем в первом случае с течением времени он достоверно уменьшается ($p<0,05$), а во втором нет ($p>0,05$).

На аутопсиях животных выявлены изменения, представленные в таблице 3.

Таблица 3

Послеоперационные осложнения в группах экспериментальных животных

Осложнения	**Группы экспериментальных животных**		
	Основная группа (n=30/28)	**Контрольная группа (n=30; 15+15)**	**Третья экспериментальная группа (n=15)**
Внутрибрюшное кровотечение	0	0	0
Перитонит	20 (66,6%; серозный выпот)	8 (53,3%; 1-я подгр; серозный выпот) и 15 (100%; 2-я подгр; серозно-фибр. и гнойный выпот)	5 (33,3%; серозный выпот)
Наличие спаечного процесса, степень его выраженности	8 (ЛКВ 1–2 сек) + 20 ++	15 (1-я подгр) ++ 15 (2-я подгр) +++	15 ++
Абсцессы	5 (16,6%; ЛКВ 1–2 сек)	11 (36,6%; 2-я подгр)	0
Гематомы	6 (20,0%; ЛКВ 1–2 сек)	2 (13,3%; 2-я подгр)	0
Несостоятельность швов п/о раны	0	0	0
Наличие бляшек стеатонекроза	30 (100%)	15 (100%; 2-я подгр)	2 (13,3%; ЛКВ 60 сек)

Летальность животных в различных группах представлена в таблице 4.

Таблица 4

Структура летальности в группах животных

	Основная группа (n=30)	**Контрольная группа (n=30)**		**Третья экспериментальная группа (n=15)**
		без панкреонекроза (n=15)	панкреонекроз (n=15)	
До/без ЛКВ	2	0	15	—
После ЛКВ 1–2 сек	8 из 8	—	—	0 из 4
После ЛКВ 3–4 сек	0 из 9	—	—	0 из 4
После ЛКВ 5–6 сек	0 из 7	—	—	0 из 4
После ЛКВ 60 сек	0 из 4	—	—	2 из 3
Итого	10	15		2

Общая летальность в основной группе составила 33,33% (10/30; 95% ДИ 0,17–0,52), а после ЛКВ при ПН 28,57% (8/28; 95% ДИ 0,13–0,48). Летальность животных после локального ЛКВ наблюдалась после ЛКВ в 1–2 секунды, что обусловлено неадекватной продолжительностью манипуляции и недостаточным лечебным эффектом методики. Общая летальность в контрольной группе составила 50% (15/30; 95% ДИ 0,31–0,68), а после моделирования ПН без ЛКВ 100% (15/15; 95% ДИ 0,78–1,0). Общая летальность в третьей экспериментальной группе составила 13,33% (2/15) – смерть двух животных была обусловлена образованием зоны крионекроза ПЖ вследствие длительного (60 секунд) воздействия сверхнизкой температуры.

При оценке выраженности спаечного процесса получены данные, отраженные в таблице 5.

Таблица 5

Выраженность спаечного процесса в группах животных (по методике Е. Ю. Левчика, О. И. Блинникова и соавт.)

Выраженность спаечного процесса в группах	Основная группа 30/28 животных		Контрольная группа 30 животных		Третья экспериментальная группа 15 животных
	ЛКВ 1-2 сек	ЛКВ 3 и более сек	Без панкреонекроза	С панкреонекрозом	
Слабая степень +	8	0	0	0	0
Умеренная Степень ++	0	20	15	0	15
Сильная степень +++	0	0	0	15	0

При сравнении всех трех групп по подгруппам и в целом получено: $\chi 2=146,0$, df=8, p=0,0000** и $\chi 2=38,064285$, df=4, p=0,000000** соответственно, то есть имеется взаимосвязь между выраженностью спаечного процесса и видом лечения/воздействия в группах животных: ЛКВ не сопровождаются повышенным риском образования спаек, а при наличии ПН способствует его уменьшению за счет меньшей лимфоцитарной инфильтрации.

Клиническое исследование по использованию криовоздействия при панкреонекрозе

В клинике госпитальной хирургии ВолгГМУ оперирован 221 пациент с ПН. Показаниями к операции были инфицированные формы ПН, безуспешность консервативной терапии при стерильном ПН. Все пациенты разделены на две сопоставимые по тяжести патологии группы. В основную

группу, в лечении которых применялась криохирургическая технология, включено 99 пациентов, в контрольную – 122. ИПН был у 93 больных основной группы и у 111 больных контрольной.

ЛКВ на ПЖ проводили по методике Б. И. Альперовича и Н. В. Мерзликина аппликационным методом. Криоаппликатор диаметром до 1 см с температурой наконечника до –195,75°С прикладывали в 3–4 наиболее измененных точках ПЖ продолжительностью в одной точке 2 минуты.

Результаты исследования представлены в таблице 6. Санационные релапаротомии выполнялись в зависимости от выраженности местной патоморфологической картины, которую определяли при УЗИ, КТ и интраоперационно.

В основной группе на 5–7 сутки в послеоперационном периоде отмечалось значительное улучшение гемодинамики, уменьшение пареза ЖКТ. В контрольной группе положительные изменения функциональных показателей органов и систем жизнеобеспечения отмечались только на 10–14 сутки.

Таблица 6

Динамика послеоперационного периода у больных с осложненной формой инфицированного панкреонекроза в основной и контрольной группах

Показатель / **Группа**	**Основная** (n (%)) 93 больных	**Контрольная** (n (%)) 111 больных	p, t, относительный риск (ОР)
Гнойно-некротический парапанкреатит изначально	63 (67,7%)	80 (72,1%)	ОР=0,940 (95% ДИ 0,784–1,127); p>0,05
прогрессирование	11 из 63 (17,5%)	28 из 80 (35,0%)	ОР=0,499 (95% ДИ 0,270–0,922); **p<0,05**
Распространенный гнойный перитонит изначально	27 (29%)	34 (30,6%)	ОР =0,948 (95% ДИ 0,621–1,448); p>0,05
прогрессирование	0	4 из 34 (11,8%)	
Аррозивные кровотечения	2 (2,15%)	5 (4,5%)	ОР =0,477 (95% ДИ 0,095–2,404); p>0,05
Сепсис	11 (11,8%)	26 (23,4%)	ОР =0,505 (95% ДИ 0,264–0,966); **p<0,05**
Панкреатические свищи	1 (1,1 %)	3 (2,7%)	ОР=0,398 (95% ДИ 0,042–3,761); p>0,05
Кишечные свищи	0	2 (1,8%)	
Более двух санирующих релапаротомий	0	22 (19,8%)	
Положительные изменения функциональных показателей органов и систем жизнеобеспечения, M± m, сут.	6±1 сут.	12±2 сут.	t=2,68; **p<0,05**
Послеоперационная летальность	14 (15%)	30 (27%)	ОР=0,557 (95% ДИ 0,315–0,986); **p<0,05**

Выводы:

1. Экспериментально установлено, что ЛКВ на ПЖ у крыс в оптимальном температурно-временном режиме (3–4 секунды, температура –195,75°С) не приводит к формированию зоны крионекроза, способствует регенерации панкреатических ацинусов в зоне ЛКВ, не повреждает скопления гормон-продуцирующих (эндокринных) клеток, вызывает спаечный процесс меньшей степени выраженности (что свидетельствует об антиадгезивности методики при лечении ПН) и в более ранние сроки купирует воспаление ПЖ.

2. Воздействие сверхнизких температур на ПЖ в эксперименте на крысах свыше 4 секунд ведет к асептическому некрозу в зоне непосредственного воздействия хладагента с дальнейшим образованием соединительнотканного рубца, который начинает формироваться к 10 суткам. При меньшей продолжительности криовоздействия зоны крионекроза не образуется. При ЛКВ менее 3 секунд прерывания экспериментального ПН не происходит.

3. Определены термодинамические изменения при ЛКВ на нормальную и патологически измененную ткань ПЖ. В эксперименте в месте криовоздействия продолжительностью 60 секунд при температуре –195,75°С отчетливо выявлены три зоны, достоверно отличающиеся между собой морфологически: 1 – зона крионекроза, 2 – зона охлаждения, 3 – зона гипотермии. При ЛКВ в 5–6 секунд и температуре –195,75°С зона крионекроза менее выражена.

4. ЛКВ при температурно-временном режиме 120 сек –195,75°С у пациентов с ИПН достоверно снижает частоту прогрессирования гнойно-некротического парапанкреатита; препятствует прогрессированию распространенного гнойного перитонита; не способствует повышенному риску образования панкреатических/кишечных свищей и аррозивного кровотечения в послеоперационном периоде; не увеличивает частоту программированных релапаротомий; в достоверно более краткие сроки купирует парез кишечника и нормализует функциональные показатели органов и систем жизнеобеспечения;

5. Летальность при экспериментальном ПН с ЛКВ достоверно меньше (в 3,5 раза) летальности от экспериментального ПН без ЛКВ при прочих равных условиях (относительный риск ОР летального исхода=0,286 (95% ДИ 0,286–0,503)); в клинике ЛКВ способствует снижению летальности от ИПН в 1,79 раза (ОР=0,557 (95% ДИ 0,315–0,986); $p<0,05$).

6. Полученные экспериментальные и клинические данные свидетельствуют о выраженном разнонаправленном лечебном эффекте ЛКВ при разных формах ПН и доказывают необходимость её применения с целью уменьшения осложнений и летальности.

Список литературы [Spisok literatury]:

1. Кубышкин В. А., Затевахин И. И., Багненко С. Ф., Благовестнов Д. А., Вишневский В. А., Гальперин Э.И. и др. Острый панкреатит. Клинические рекомендации. Российское общество хирургов. Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Москва, 2019; 30. [Kubyshkin VA, Zatevakhin II, Bagnenko SF, Blagovestnov DA, Vishnevskii VA, Gal'perin EI. i dr. Ostryi pankreatit. Klinicheskie rekomendatsii. Rossiiskoe obshchestvo khirurgov. Assotsiatsiya gepatopankreatobiliarnykh khirurgov stran SNG. Moskva, 2019; 30.]
2. Иголкина Л. А., Маскин С. С., Александров В. В. Применение криохирургической технологии в лечении острого панкреатита. В кн. : *Криохирургия*. Под ред. Ревишвили А. Ш., Чжао А. В., Ионкина Д.А. М.: ГЭОТАР – Медиа; 2019. [Igolkina LA, Maskin SS, Aleksandrov VV. Primenenie kriokhirurgi-cheskoi tekhnologii v lechenii ostrogo pankreatita. V kn. : Kriokhirurgiya. Pod red. Revishvili A. Sh., Chzhao A.V., Ionkina D. A. M.: GEOTAR – Media; 2019.]\
3. Chen XL, Ma Y, Wan Y, Duan LG. Experimental study of the safety of pancreas cryosurgery: the comparison of 2 different techniques of cryosurgery. *Pancreas*. 2010; 39 (1): 92–96. PMID: 19952969 https://doi.org/10.1097/MPA.0b013e3181bdd41a
4. Маскин С. С., Иголкина Л. А., Александров В. В., Петренко С. А., Клячин В.А. Высокотехнологичные криохирургические методы в лечении инфицированных форм панкреонекроза. *Высокотехнологическая медицина*. 2015; 4: 16–19. [Maskin SS, Igolkina LA, Aleksandrov VV, Petrenko SA, Klyachin VA. Vysokotekhnologichnye kriokhirurgicheskie metody v lechenii infitsiro-vannykh form pankreonekroza. *Vysokotekhnologicheskaya meditsina*. 2015; 4: 16–19.]
5. Затевахин И. И., Цициашвили М. Ш., Гиршин Г. С. Криодеструкция в хирургическом лечении обширного геморрагического панкреонекроза. *Клиническая хирургия*. 1990; 11: 28–29. [Zatevakhin II, Tsitsiashvili M Sh, Girshin GS. Kriodestruktsiya v khirurgicheskom lechenii obshirnogo gemorragicheskogo pankreonekroza. *Klinicheskaya khirurgiya*. 1990; 11: 28–29.]

УДК 614.29

АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ЗА 2020-2021 ГГ.

ANALYSIS OF STATISTICAL INDICATORS OF DISABILITY AMONG CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DEFECTS FOR 2020-2021

Арапханова Х.А.[1],
Пузин С.Н.[1],
Ковалев И.А.[2]
Araphanova H.A. [1],
Puzin S.N. [1],
Kovalev I.A. [2]

[1]-ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

[2]- ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева, г. Москва.

Federal budgetary educational institution of additional professional education «Russian medical Academy of continuing professional education» of the Ministry of health of the Russian Federation.

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Ministry of Health of the Russian Federation.

Пузин Сергей Никифорович – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии по науке, заведующий кафедрой гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО РМАНПО.

Ковалев Игорь Александрович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом детской кардиологии и аритмологии НИКИ педиатрии им. Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

Арапханова Хава Алихановна – аспирант кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО РМАНПО.

Puzin Sergey Nikiforovich

academician of RAS, doctor of medical Sciences, Professor, Deputy Director Federal budgetary scientific institutions «Federal scientific and clinical center of resuscitation and rehabilitation» for Science, Professor of the Department, head of the Department of geriatrics and medical-social expertise of the Federal budgetary educational

institution of additional professional education «Russian medical Academy of continuing professional education» of the Ministry of health of the Russian Federation.

Kovalyov Igor Alexandrovich
doctor of medical Sciences, Professor, head of the Department of Pediatric Cardiology and Arrhythmology, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Ministry of Health of the Russian Federation.

Arapkhanova Khava Alikhanovna
graduate student of the Department of geriatrics and medical-social expertise of the Federal budgetary educational institution of additional professional education «Russian medical Academy of continuing professional education» of the Ministry of health of the Russian Federation.

Изучение статистических данных и структуры инвалидности позволяет оценить эффективность проводимой медико-социальной реабилитации у различной категории граждан с целью дальнейшей оптимизации медико-социальной службы и реабилитации.

Нами был проведен анализ среди детского населения с установленной категорией «ребенок-инвалид» на этапах первичного и повторного освидетельствований в ФКУ ГБ МСЭ города Москвы за 2020-2021 гг. и получены следующие данные: общее количество детей-инвалидов вследствие врожденных пороков сердца за последний год увеличилось на 16 человек; количество первично-признанных детей-инвалидов уменьшилось на 18 случаев; количество повторных детей-инвалидов увеличилось на 34 случая; чаще всего инвалидность устанавливается вследствие дефекта межжелудочковой перегородки и тетрады Фалло; среди общего числа детей-инвалидов доминируют мальчики; чаще всего категория «ребенок-инвалид» устанавливается в возрасте от 0 до 3 лет.

Учитывая увеличение общего количества детей-инвалидов за счет повторного установления инвалидности, можно предположить о недостаточной эффективности проводимых медицинских реабилитационных мероприятий (к примеру, несвоевременное выполнение оперативных коррекций пороков), вследствие которых у детей с врожденными аномалиями системы кровообращения продолжает сохраняться недостаточность кровообращения разной степени, а также сокращения числа первичной инвалидности за счет более ранней диагностики и успешной оперативной коррекции врожденных пороков сердца.

Ключевые слова: *Медико-социальная экспертиза; медико-социальная реабилитация; ребенок-инвалид; врожденный порок сердца.*

The study of statistical data and the structure of disability makes it possible to assess the effectiveness of medical and social rehabilitation in various categories of citizens in order to further optimize medical and social services and rehabilitation.

We conducted an analysis of citizens among the children's population with the established category of "disabled child" at the stages of primary and repeated examinations in the main bureau of medical and social expertise of Moscow for 2020-2021 and obtained the following data: the total number of disabled children due to congenital heart defects has increased by 16 people over the past year; the number of primary recognized disabled children decreased by 18 cases; the number of repeated disabled children increased by 34 cases; disability is most often established due to a defect of the interventricular septum and

tetrad of Fallot; boys dominate among the total number of disabled children; most often the category of "disabled child" is set at the age of 0 to 3 years.

Taking into account the increase in the total number of disabled children due to the re-establishment of disability, it can be assumed that the effectiveness of medical rehabilitation measures carried out (for example, untimely surgical correction of defects), as a result of which children with congenital anomalies of the circulatory system continue to have circulatory insufficiency of varying degrees; as well as a reduction in the number of primary disabilities due to earlier diagnosis and successful surgical correction of congenital heart defects.

Keywords: *Medical and social expertise, medical and social rehabilitation, disability, congenital heart disease.*

Актуальность: Проблема инвалидности в целом и вопросы направления на медико-социальную экспертизу в частности продолжают оставаться весьма актуальной проблемой, несмотря на предпринимаемые государством меры. Решение данной проблемы остается приоритетным направлением для государства [1].

По данным различных медицинских экспертов частота врожденных пороков сердца в Российской Федерации составляет в среднем 8 - 14 на 1000 новорожденных. Наиболее частые врожденные пороки сердца — это дефект межжелудочковой перегородки (50% всех врожденных пороков сердца), дефект предсердной перегородки, клапанный стеноз легочной артерии и открытый артериальный проток. [2].

Врожденные пороки сердца вносят значительный вклад в показатели детской инвалидности, особенно у детей первого года жизни, и могут привести к стойким умеренным, выраженным или значительно выраженным нарушениям функции кровообращения и ограничениям основных категорий жизнедеятельности. Чаще всего это ограничения в категориях способности к самостоятельному передвижению, обучению, самообслуживанию I, II или III степени.

Укрепление здоровья населения, совершенствование методов профилактики заболеваемости и инвалидности, развитие реабилитации являются актуальными вопросами в области здравоохранения и социального развития на современном этапе [3].

При повторном освидетельствовании детей в учреждениях медико-социальной экспертизы достижение полной медицинской реабилитации не всегда является возможным и зависит от различных причин: типа врожденного порока сердца и степени хронической сердечной недостаточности; возможности радикальной хирургической коррекции ВПС; осложнений, возникающих до, во время, либо после оперативного вмешательства на сердце и сосудах; индивидуальных особенностей детского организма; эффективности проведенных мероприятий в послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования

Мы провели сплошное сравнительное исследование детей-инвалидов, впервые и повторно освидетельствованных вследствие врожденных пороков сердца согласно утвержденной Международной классификации болезней (МКБ-10). (Q20.3 – Дискордантное желудочково-артериальное соединение; Q21.0 – Дефект межжелудочковой перегородки; Q21.1 – Дефект предсердной перегородки; Q21.3 – Тетрада Фалло; Q25.1 – Коарктация аорты).

Проведена оценка основных категорий жизнедеятельности человека (способность к самообслуживанию; самостоятельному передвижению, ориентации, общению, поведению, обучению) согласно Приказу Министерства труда и социальной защиты РФ № 585 от 27.08.2019 года «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан Федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». Определены основные статистические характеристики: средний возраст установления инвалидности, половозрастная структура, динамика случаев установления инвалидности, структура установления инвалидности.

Результаты исследования

По данным проведенного исследования общее число случаев инвалидности вследствие врожденных пороков сердца в 2021 году возросло по сравнению с 2020 годом на 16 (2,03%); число случаев первичной инвалидности снизилось на 18 (14,52%) в 2020 году количество граждан, которым впервые установлена категория «ребенок-инвалид» составляла 124 человека, а в 2021 - 106; число случаев повторной инвалидности возросло на 34 (5,11%) в 2020 году количество граждан, которым повторно установлена категория «ребенок-инвалид» составляла 666 человек, а в 2021 – 700. (Рис. 1,2).

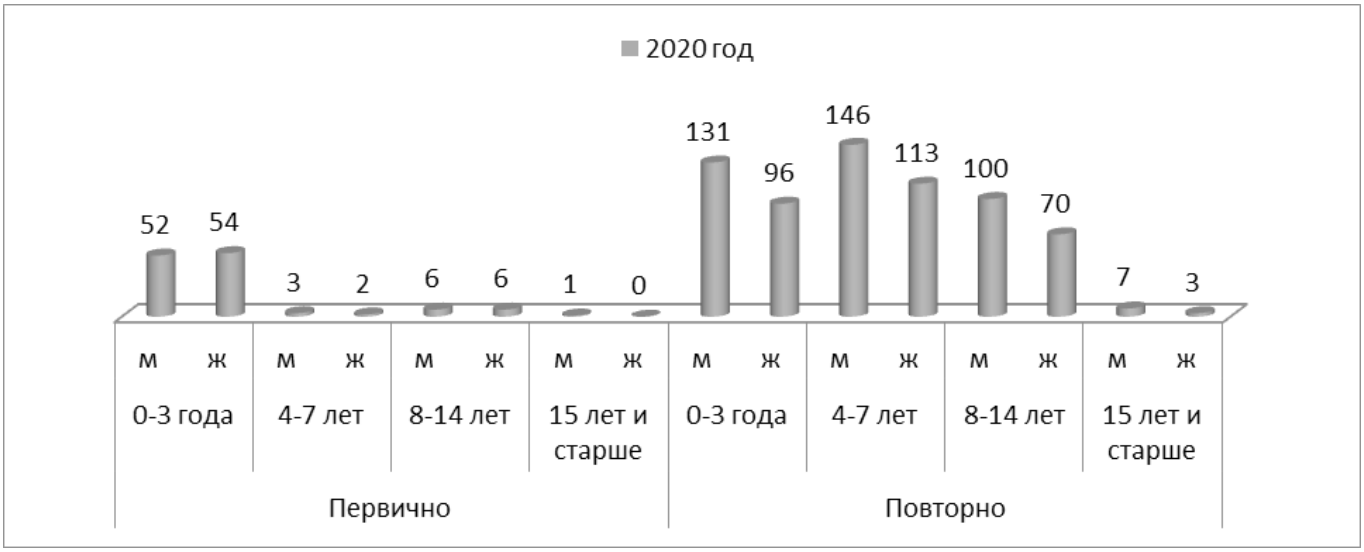


Рис.1 Число впервые и повторно признанных детей-инвалидов вследствие врожденных пороков сердца за 2020г. по г. Москве.

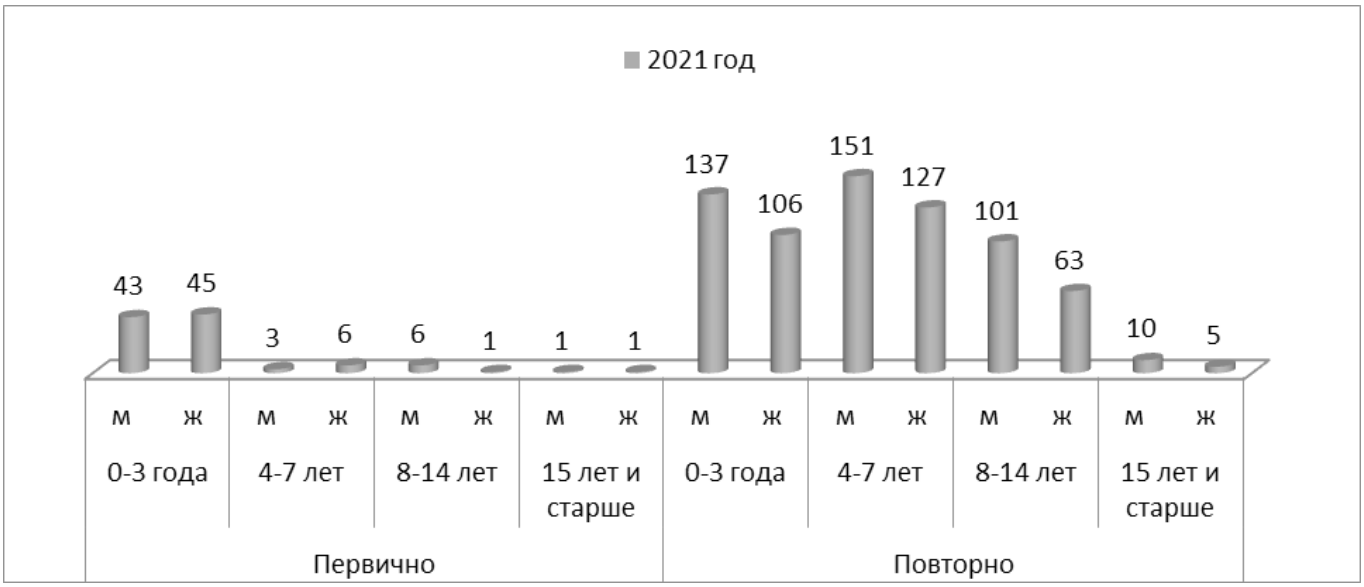


Рис.2 Число впервые и повторно признанных детей-инвалидов вследствие врожденных пороков сердца за 2021г. по г. Москве.

Нами проведен анализ динамики причин установления инвалидности рассмотрены отдельные причины установления инвалидности. (Рис. 3).

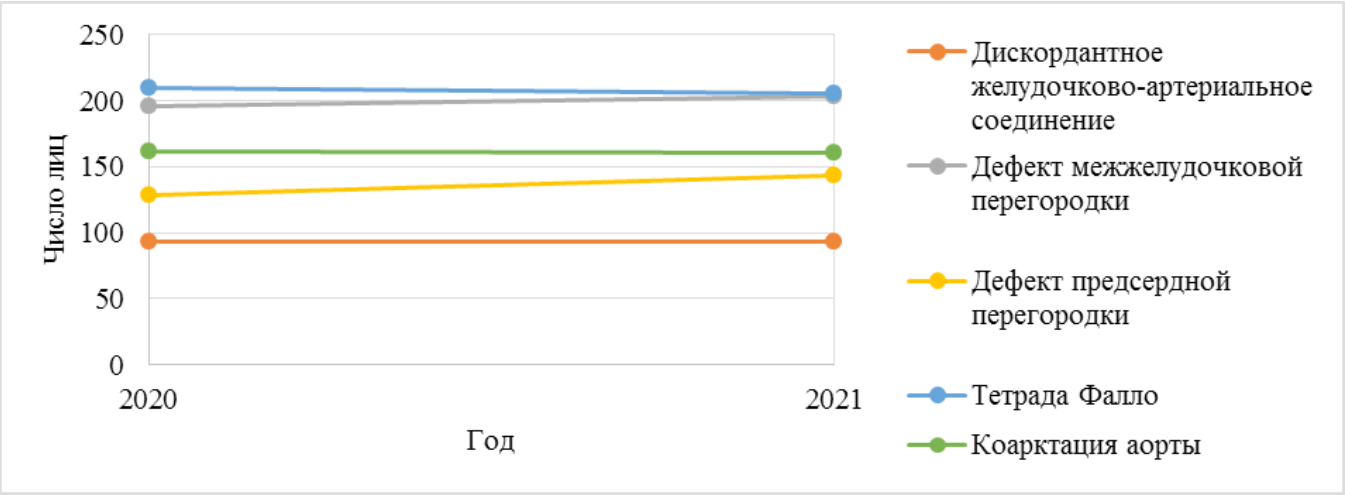


Рис. 3. Динамика причин установления инвалидности

Среди общего числа детей-инвалидов наиболее часто встречаются дети с дефектом межжелудочковой перегородки (Q20.3) и тетрадой Фалло (Q21.3). По причине дискордантного желудочково-артериального соединения в год составляет 93 (13,5 – первично, 79,5 – повторно); дефекта межжелудочковой перегородки составляет 199,5 (23,5 – первично, 176 – повторно); дефекта предсердной перегородки составляет 136,5 (27,5 – первично, 109 – повторно);

тетрады Фалло составляет 207,5 (30,5 – первично, 177 – повторно); коарктации аорты составляет 161,5 (20 – первично, 141,5 – повторно).

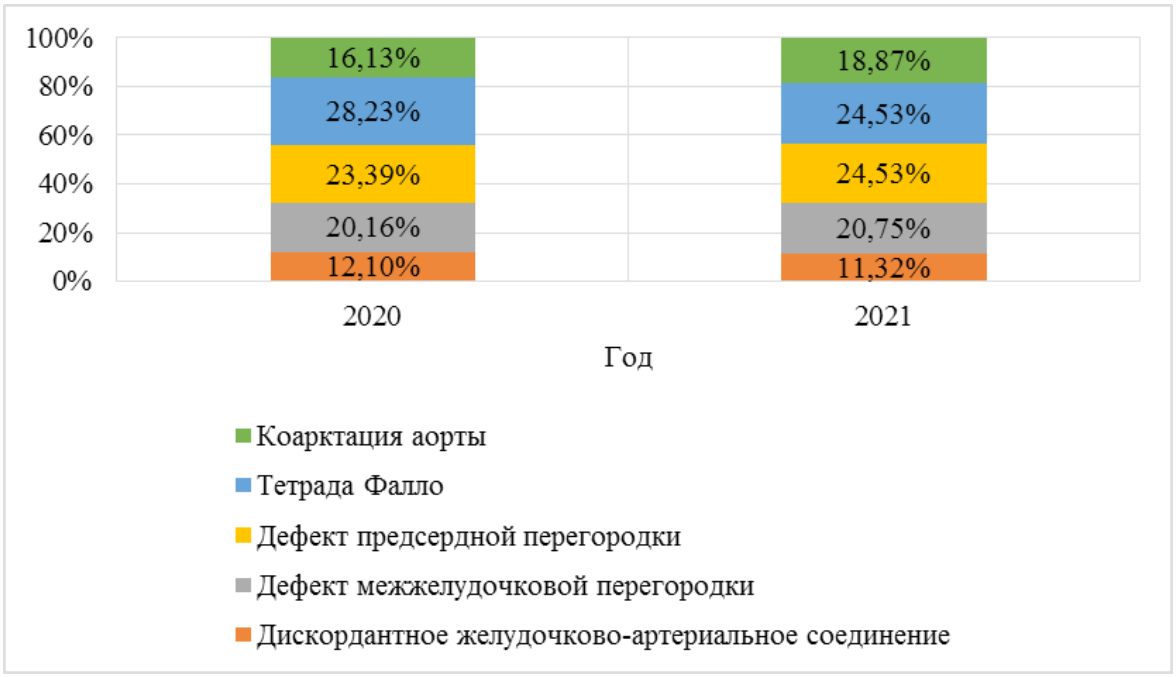


Рис.4. Структура лиц, впервые признанных инвалидами по виду врожденного порока сердца.

Наиболее распространенная причина первичной инвалидности детей вследствие порока сердца – тетрада Фалло, на которую приходится 26,52% всех случаев. Дефект предсердной перегородки (23,91% в среднем за 2 года), дефект межжелудочковой перегородки (20,43%), коарктация аорты (17,39%). Дискордантное желудочково-артериальное соединение – 11,74% случаев.

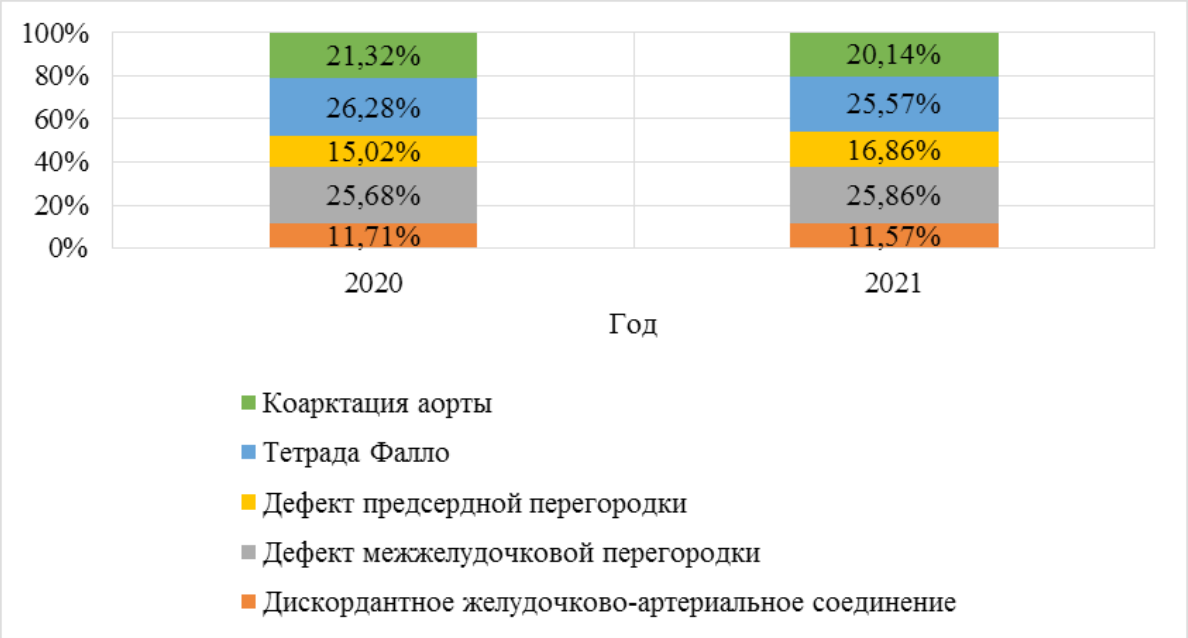


Рис.5. Структура лиц, повторно признанных инвалидами по виду врожденного порока сердца.

Наиболее распространенные причины повторной инвалидности детей — это тетрада Фалло (25,92%) и дефект межжелудочковой перегородки (25,77%). Коарктация аорты составляет 20,72%; дефект предсердной перегородки - 15,96%; дискордантное желудочково-артериального соединения - 11,64%.

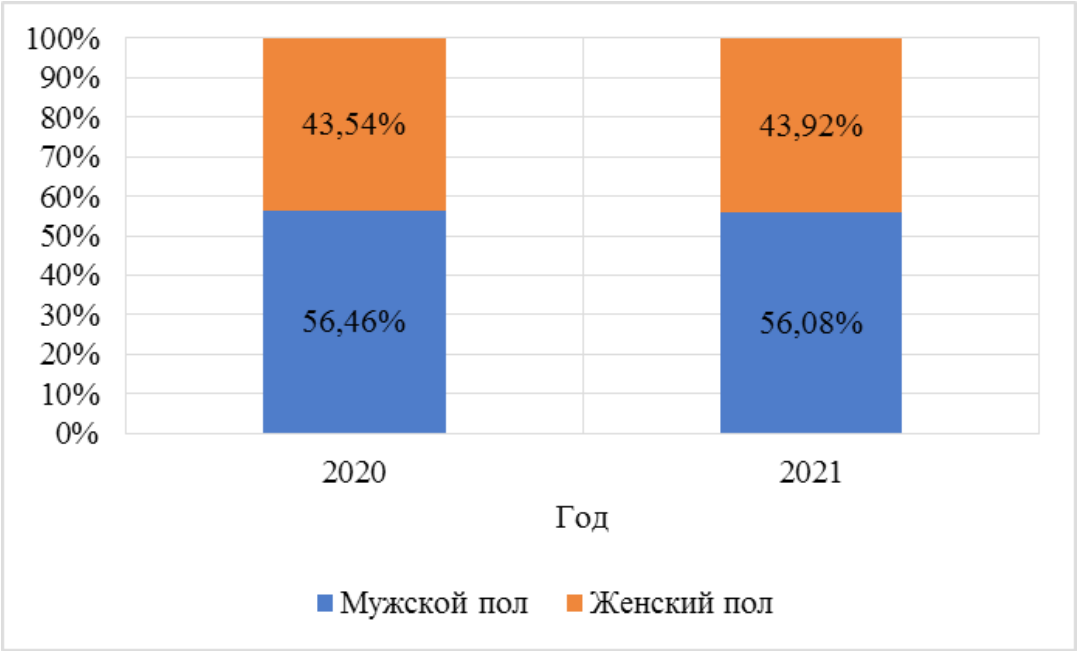


Рис.6. Структура установления инвалидности по полу.

Нами проведен анализ половозрастной структуры случаев установления инвалидности: по данным проведенного исследования в 2020-2021 гг. более половины случаев установления инвалидности в связи с врожденными пороками сердца приходится на мальчиков. В 2020 году на мальчиков приходилось 56,46% случаев инвалидности (на девочек – 43,54%). В 2021 году доля случаев инвалидности у мальчиков незначительно снизилась и составила 56,08% (у девочек – 43,92%). (Рис.6).

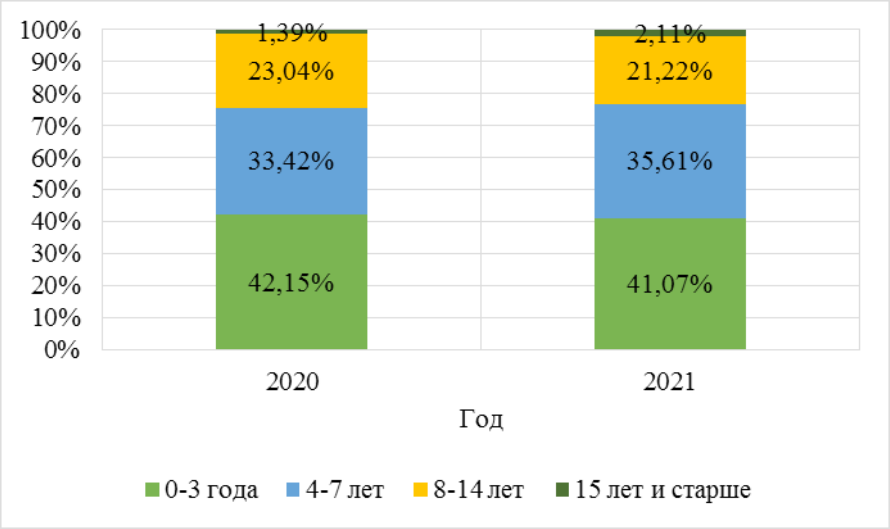


Рис. 7. Структура установления инвалидности по возрасту.

По обоим полам и типам инвалидности 41,60% приходится на 0-3 года, 34,52% приходится на возраст 4-7 лет, на младший подростковый возраст 8-14 лет приходится в среднем 22,12% случаев; на старший подростковый возраст (15 и более лет) приходится в среднем лишь 1,75% случаев. (Рис.7).

Выводы. Учитывая увеличение общего количества детей-инвалидов за счет повторного установления инвалидности, можно предположить о недостаточной эффективности проводимых медицинских реабилитационных мероприятий, вследствие которых у детей с врожденными аномалиями системы кровообращения продолжает сохраняться недостаточность кровообращения разной степени; а также сокращения числа первичной инвалидности за счет более ранней диагностики и успешной оперативной коррекции врожденных пороков сердца.

Исходя из вышесказанного, целесообразно проведение дальнейшего совершенствования медицинской помощи пациентам с врожденными пороками сердца, которое должно быть в значительной степени направлено на улучшение пре/постнатальной диагностики, оптимизацию сроков и способов оперативной коррекции, разработку вопросов выхаживания детей после кардиохирургических операций, усовершенствование медико-социальной службы и медицинской реабилитации у данной категории пациентов.

Список литературы

1. Харитонова Ю.Н., Майоров Д.В., Совершенствование системы социальной поддержки инвалидов в России на современном этапе//Новая наука от идеи к результату.2016, №10-1, с.204-207.
2. Баранов АА, Намазова-Баранова ЛС, Бокерия ЕЛ, Басаргина ЕН. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с хронической сердечной недостаточностью. 2016:44.
3. Пузин С.Н., Шургая М.А., Меметов С.С., Лаптева А.Е. Демографические и медико-социальные аспекты инвалидности в пожилом возрасте//Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015, №3. С.46-49.

Spisok literatury

1. Haritonova YU.N., Majorov D.V., Sovershenstvovanie sistemy social’noj podderzhki invalidov v Rossii na sovremennom etape//Novaya nauka ot idei k rezul’tatu.2016, №10-1, s.204-207.
2. Baranov AA, Namazova-Baranova LS, Bokeriya EL, Basargina EN. Federal’nye klinicheskie rekomendacii po okazaniyu medicinskoj pomoshchi detyam s hronicheskoj serdechnoj nedostatochnost’yu. 2016:44.
3. Puzin S.N., SHurgaya M.A., Memetov S.S., Lapteva A.E. Demograficheskie i mediko-social’nye aspekty invalidnosti v pozhilom vozraste//Mediko-social’naya ekspertiza i reabilitaciya. 2015, №3. S.46-49.

УДК 616-71

ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

THE PRACTICE OF APPLYING THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH IN THE IMPLEMENTATION OF COMPREHENSIVE REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE OF WORKING AGE

Арлаковская Ю.А.
Arlakovskaya Y.A.

СПБ ГБУСОН «ЦСРИДИ Невского района» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,
Россия, 193312, Санкт-Петербург, улица Чудновского, дом 4/1,

Заведующий социально-реабилитационным
отделением инвалидов трудоспособного возраста №1
Тел.: 8(812) 417-50-01
E-mail: arlyulya@yandex.ru

В докладе представлен опыт реализации комплексной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста с нарушениями речи и других высших психических функций, возникших вследствие приобретенных заболеваний центральной нервной системы посредством междисциплинарной деятельности команды специалистов (МДБ). Оценка состояния здоровья клиента, планирование и оценка эффективности реабилитационных мероприятий базируется на положениях Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Ключевые слова: *Международная классификация функционирования, комплексная реабилитация, инвалиды трудоспособного возраста, междисциплинарная бригада специалистов.*

The report presents the experience of implementing comprehensive rehabilitation of disabled people of working age with speech disorders and other higher mental functions resulting from acquired diseases of the central nervous system through the interdisciplinary activities of a team of specialists (MDB). Assessment of the client's health status, planning and evaluation of the effectiveness of rehabilitation measures is based on the provisions of the International Classification of Functioning, Disability and Health.

Keywords: *International classification of functioning, complex rehabilitation, disabled people of working age, interdisciplinary team of specialists.*

Развитие адаптационных способностей нового поколения– важная задача современного общества, поскольку именно от умения личности гибко приспосабливаться к динамичным условиям современной жизни и деятельности зависит, в целом, и развитие общества. Организм человека, испытывающий в условиях современного научно-технического прогресса непрерывные стрессовые воздействия (производственные, психоэмоциональные и др.), необходимо рассматривать как динамическую систему, которая непрерывно приспосабливается к условиям окружающей среды путем

изменения уровня функционирования отдельных систем и соответствующего напряжения регуляторных механизмов.

Особую важность вопрос развития адаптационных возможностей приобретает в рамках процесса реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья, который, согласно современной научной позиции, стал рассматриваться с точки зрения комплексной биопсихосоциальной модели здоровья. Понятие реабилитации закреплено в Федеральном законе № 181 от 24.11.1995 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и рассматривается как система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности [10] Целью реабилитации стало не устранение заболевания, что не всегда возможно, а восстановление/компенсация за счет развития других определенных функций организма, восстановления и/или формирования определенных элементов активности и участия, создания соответствующей окружающей среды. Конечными задачами реабилитации стало достижение индивидом максимальной независимости в жизни в соответствии с его желаниями и потребностями, раскрытие его внутренних ресурсов. Т.о., программа реабилитации уже не может формироваться одним лечащим врачом, необходим междисциплинарный подход, совместное определение задач реабилитации, согласованное выполнение программы в разных реабилитационных организациях. Программа реабилитации должна носить межведомственный характер.

Подобный комплексный подход к реабилитации реализуется в СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Невского района Санкт-Петербурга». В его процессе участвуют специалисты разных уровней – от организаторов и управленцев до конкретных исполнителей- функционирующие в рамках Междисциплинарной бригады специалистов(МДБ).

Основная цель деятельности МДБ- совершенствование социально-реабилитационной помощи инвалидам трудоспособного возраста с нарушениями речи и других высших психических функций, возникших вследствие приобретенных заболеваний центральной нервной системы. В состав МДБ входят: психологи, логопед, специалист по социальной работе, выполняющий функции эрготерапевта, инструктор по физической культуре, невролог(Рис.1).

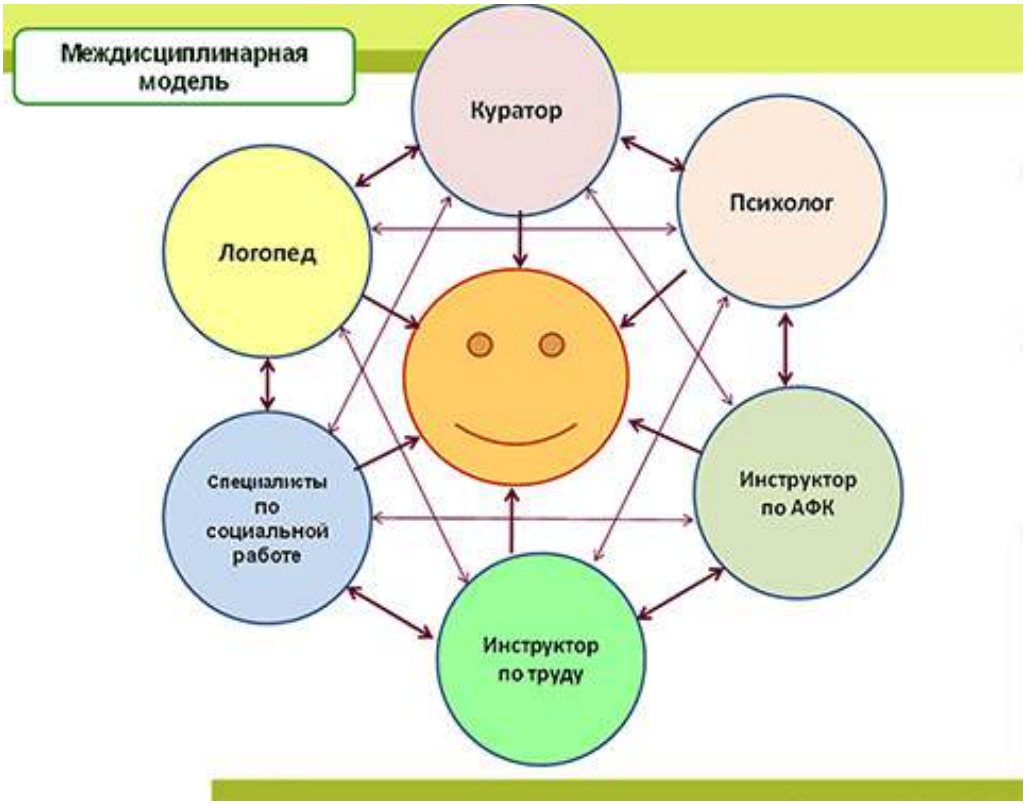


Рисунок 1. Состав междисциплинарной бригада специалистов

В своей деятельности МДБ опирается на холистический (целостный) подход. Одной из особенностей этого подхода является индивидуализированная постановка целей.

Формулирование целей реабилитационной работы опирается на «Шкалу достижения цели» (GAS), т.е. цель должна быть описательна (предпочтительно с точки зрения поведения), что даёт понимание, будет ли она достигнута (формат SMART): **S**pecific (специфична), **M**easurable (измеряема), **A**chievable (достижима), **R**ealistic (реалистична), **T**ime Orientated (определена во времени).

В системе реабилитации работа МДБ включает следующие этапы:

Диагностический (подготовительный). Каждый пациент проходит обследование у всех специалистов МДБ. На основе их заключений определяется цель и сроки реабилитации. Составляется реабилитационная программа.

Собственно реабилитация – самый длительный этап работы. Реализация программы, в которой все специалисты тесно взаимодействуют друг с другом. Активными участниками процесса являются семья и сам клиент.

Оценка эффективности проведенной реабилитационной работы и дальнейшего реабилитационного потенциала пациента. Разработка рекомендаций.

Каждый член МДБ выполняет свои, чётко обозначенные функции:

Психолог проводит психодиагностическая оценка когнитивных функций клиента, его личностных ресурсов, реабилитационного потенциала, мотивации и готовности к восстановлению утраченных функций; проводит коррекцию; психологическое консультирование самого клиента и членов его семьи.

Логопед в бригаде проводит углублённое логопедическое обследование клиентов для определения структуры и степени выраженности имеющегося дефекта; осуществляет работу, направленную на максимальное восстановление речи клиентов.

Эрготерапевт проводит оценку активности повседневной жизни клиента; осуществляет тренировку бытовых навыков в целях сохранения индивидуальной самостоятельности и самообслуживания в области личной гигиены, в быту, на работе; консультирует клиентов по вопросам применения соответствующих вспомогательных средств, а также изменения бытового и трудового окружения, подбору вспомогательных приспособлений.

Инструктор АФК проводит экспертную оценку навыков крупной и мелкой моторики, оценку двигательного поведения, функциональную оценку нарушений мышечной системы, составляя индивидуальную программу физической реабилитации, направленную на профилактику вторичных осложнений, а так же обучает ближайших родственников правильным приемам обеспечения полного объема движений и использованию необходимого оборудования.

Для стандартизации описания функциональных способностей, здоровья и ограничений жизнедеятельности клиентов используются стандартизированные методики и шкалы с последующим переводом полученных результатов в категории Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)[9] В соответствии с МКФ функционирование рассматривается как интегративный показатель здоровья человека на уровне организма (состояние его структуры и функций), на уровне адаптивного поведения (активности) и участия в социальных ситуациях при учете влияния контекста (факторов внешней среды и личностных факторов). МКФ концептуализирует уровень функционирования человека как динамическое взаимодействие между его состоянием здоровья, факторами окружающей среды и личными факторами [5].

МКФ открывает широкие возможности для эффективного междисциплинарного взаимодействия на основе единой системы категорий для определения функционального профиля инвалида и составления индивидуального маршрута реабилитации. Описание всех составляющих здоровья человека помогают выявить наиболее уязвимые места, требующие особого внимания, и ресурсные стороны, которые в будущем могут стать мишенями. Кроме того, важнейшим элементом реабилитации, осуществляющей специалистами МДБ является контроль эффективности проводимых мероприятий, и МКФ является мощным инструментом оценки данного процесса.

Согласно положениям МКФ, составляющие «функции организма» и «активность и участие», предназначенные для оценивания степени выраженности проблем, имеют пять градаций: от града-

ции «нет проблем» до «абсолютные проблемы», каждая из которых обозначается количественно. Кромке того, в расчет брались факторы окружающей среды, которые рассматривались как облегчающие факторы или как барьеры в реабилитационном процессе.

На основе полученных количественных данных выстраивается функциональный профиль на каждого клиента, демонстрирующий степень нарушений функций организма, ограничений активности и возможности участия клиента в определенный временной период, что позволяет использовать его в качестве основы для планирования и проведения реабилитационных мероприятий (Рис. 2).

	Индивидуальный маршрут реабилитации: Старовойтов О.А.					
Цель:	**инструктор Афк**	Укрепить физическое состояние через постепенное увеличение физнагрузок				
	эрготерапевт	Восстановить социально-бытовую самостоятельность через развитие мелкой моторики				
	логопед	Восстановить навык развернутой письменной речи				
	психолог	Разработка микродвижений кисти посредством участия в «зеркальном» тренинге				
	Функции, активности и участие	0	1	2	3	4
	d430 Поднятие и перенос объектов (n=6)					
	d440 Использование точных движений кисти (n=4)					
	d445 Использование кисти и руки (n=6)					
	d460 Передвижение в различных местах (n=3)					
	d465 Передвижение с использованием технических средств (n=1)					
	d470 Использование пассажирского транспорта (n=1)					
	d475 Управление транспортом (n=1)					
	d510 Мытье (3)					
	d520 Уход за частями тела (n=5)					
	d530 Физиологические отправления (n=1)					
	d540 Одевание (n= 5)					
	d550 Прием пищи (n=1)					
	d560 Питье (n=1)					
	d570 Забота о своем здоровье (n=3)					
	d6 Бытовая жизнь (n=5)					

	d620 Приобретение товаров и услуг (n=1)					
	d630 Приготовление пищи (n=2)					
	d640 Выполнение работы на дому (n=6)					
	d650 Забота о домашнем имуществе (n=7)					
	d9 Жизнь в сообществах, общественная и гражданская					
	d410 Изменение позы тела (n=7)					
	d415 Поддержание положения тела (n=5)					
	d420 Перемещение тела (n=2)					
	d430 Поднятие и перенос объектов (n=6)					
	d435 Перемещение объектов ногами (n=2)					
	d440 Использование точных движений кисти (n=4)					
	d445 Использование кисти и руки (n=6)					
	d450 Ходьба (n=4)					
	d455 Передвижение способами, отличающимися от ходьбы (n=5)					
	d460 Передвижение в различных местах (n=3)					
	d465 Передвижение с использованием технических					
	d475 Управление транспортом (n=1)					
	b1670 Восприятие языка (n=2)					
	b1671 Выражение посредством языка (n=3)					
	b3 Функции голоса и речи (n=3)					
	b330 Функции беглости и ритма речи (n=4)					
	d3. Общение (n=6)					
	d1. Обучение и применение знаний (n=4)					
	b140 Функции внимания					
	b144 Функции памяти					
	b160 Функции мышления					
	d160 Концентрация внимания					
	d177 Принятие решений					
	d240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок					
	d720 Сложные межличностные взаимодействия					
	e310 Семья и ближайшие родственники					

Рисунок 2. Пример функционального профиля на клиента МДБ

Итоговая и промежуточная оценка эффективности реабилитации осуществляется на основании сопоставления достигнутых результатов при выполнении целей реабилитации с начальными параметрами по основным категориям ограничений активности и участия клиента (Рис.3).

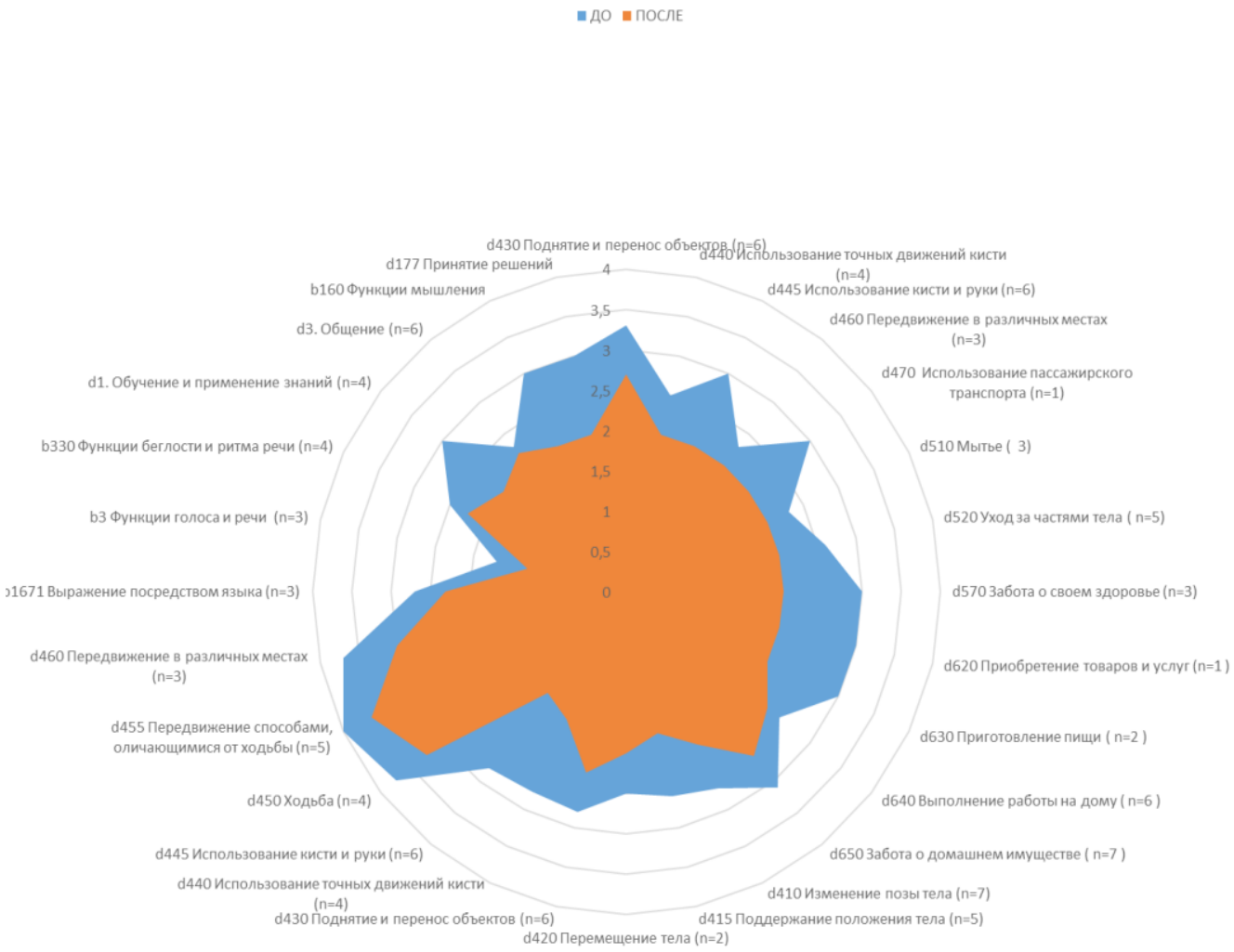


Рисунок 3. Пример итогового представления данных по окончанию работы всех членов МДБ с клиентом

Резюмируя выше сказанное, подчеркнем: в современных исследованиях показано, что использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в практике реабилитации инвалидов позволяет оценить улучшение жизнедеятельности и социального участия клиента, что является необходимым условием для достижения конечной цели комплексной реабилитации. Необходимо подчеркнуть, что использование отдельных шкал и методик не позволяет провести системный анализ состояния клиента, определить цель реабилитации. В то время как применение МКФ в практике учреждения создает возможности для эффективного междисциплинарного взаимодействия на основе единой системы категорий для планирования и проведения и объективного оценивания эффективности реабилитационных мероприятий.

Список литературы:

1. Бодрова Р.А., Аухадеев Э.И., Тихонов И.В. Опыт применения международной Классификации функционирования в оценке эффективности реабилитации пациентов с последствиями поражения ЦНС // Практическая медицина. 2013 Т. 66 № 1 С. 98–100.
2. Васильева Н. В. Социологические концепции исследования инвалидности / Н. В. Васильева // Социологический сборник. – Вып. 7. – М.: Социум, 2000.
3. Государственный доклад «О положении инвалидов в Российской Федерации». – М., 2007.
4. Ефремов А. В. Концепция управления процессами социальной адаптации и интеграции инвалидов в общество : автореф. дис. … д-ра социол. наук / А. В. Ефремов. – М., 2001.

5. Золотарева А.А., Лорер В.В. Комплексная оценка здоровья ребенка с церебральным параличом на основе МКФ // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12, № 4. – С. 6.
6. Ибраева К.Б. Оценка функционального статуса больных нейрохирургического профиля с использованием международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: автореф. дисс. … докт. мед. наук. Астана, 2011 27 с.
7. Комплексная реабилитация инвалидов в условиях центра социальной реабилитации: сборник научных трудов. Вып. 1 / под ред. З.Д. Щварцмана, Т.Н. Жуковой, В.В. Лорер. СПб.: «Береста», 2013 128 с.
8. Лорер В.В., Жукова Т.Н. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в оценке комплексной реабилитации инвалидов [Электронный ресурс]// Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 3
9. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 г.): проект. – СПб: Человек, 2017. – 262 с.
10. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/

УДК 364.04

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ИНВАЛИДОВ: ОПЫТ ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА СЛЕПЫХ

THE REHABILITATION SUPPORT FOR THE DISABLED: EXPERIENCE OF THE ALL-RUSSIAN **ASSOCIATION** OF THE BLIND

Астанин А.А.
Миронова И.А.
Astanin A.A.
Mironova I.A.

Астанин А.А.
ЧОУ ДО «Российская школа подготовки собак-проводников»
Общероссийской общественной организации инвалидов
«Всероссийское ордена Трудового Красного
Знамени общество слепых»,
Россия, 143921, Московская область,
г. Балашиха, д. Чёрное,
ул. Проектная, 66.
Телефон: +7 (495) 527-90-67.
E-mail: artem-astanin@mail.ru

Миронова И.А.
Общероссийская общественная организация инвалидов
«Всероссийское ордена Трудового Красного
Знамени общество слепых»,
Россия, 109012, г. Москва,
Большой Черкасский пер., д.13, стр.4.
Телефон: +7 (495) 628-1374
E-mail: ir-mil@mail.ru

В статье описан опыт Общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское ордена Трудового Красного знамени общества слепых» по организации реабилитационного сопровождения инвалидов по зрению. Определены задачи, решение которых требуется для более эффективного функционирования системы реабилитационного сопровождения общественными организациями инвалидов.

Ключевые слова: *комплексная реабилитация, реабилитационный менеджмент, реабилитационное сопровождение.*

The article describes the experience of the All-russian association of the blind in organizing rehabilitation support for the blind people. The tasks of the effective functioning of the system of rehabilitation support by public organizations of the disabled are determined.

Keywords: *complex rehabilitation, rehabilitation management, rehabilitation support.*

В настоящее время государственная политика Российской Федерации направлена преимущественно на развитие социальной сферы, в частности осуществляется реформа системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. В утвержденной Правительством РФ в конце 2021 года Концепции развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 г. (далее – Концепция) представлены стратегическое видение, соответствующие направления совершенствования данной системы для всех ее участников [5].

Концепцией предлагаются новые для реабилитационной работы понятия, отсутствующие в правовом поле Российской Федерации, в том числе следующие: система реабилитационного менеджмента, сопровождаемая трудовая деятельность инвалидов, социальная занятость и др.

Реализация новых направлений в систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов требуют систематизации и обобщения опыта подобной деятельности, накопленного реабилитационными учреждениями и организациями нашей страны. В первую очередь необходимо проанализировать опыт общероссийских общественных организаций инвалидов, которые вот уже без малого 100 лет стоят на защите прав и интересов инвалидов, реализуя различные мероприятия по комплексной реабилитации своих членов. Так, в рамках решения обозначенной в Концепции задачи по увеличению степени вовлеченности институциональных объединений инвалидов в функционирование системы комплексной реабилитации и абилитации интересен подход к формированию содержания и организационной структуры реабилитационного сопровождения инвалидов по зрению во Всероссийском обществе слепых (далее – ВОС) в контексте разработки концепции реабилитационного менеджмента, как механизма сопровождения при получении человеком с инвалидностью реабилитационных услуг.

Система реабилитационного менеджмента, функционирующая в настоящее время в деятельности Фонда социального страхования при реализации программ реабилитации пострадавших на производстве, представляет собой один из механизмов нижнего, оперативно-координационного уровня управления реабилитацией пострадавших на производстве [10].

Реабилитационный менеджер определяется Концепцией как персональный консультант, который при необходимости помогает инвалиду, его семье или семье, воспитывающей ребенка-инвалида, решать проблемы, возникающие в процессе жизнедеятельности, связанные с инвалидностью, по запросу осуществляет информационное и организационное сопровождение при реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов в организациях различной ведомственной подчиненности в рамках реализации комплексного подхода к реабилитации и абилитации [5].

Ранее мы уже указывали [2] на то, что механизм реабилитационного сопровождения лиц с инвалидностью должен иметь более широкое содержание и представлять собой комплексный процесс по организации взаимодействия инвалида, его семьи и реабилитационных организаций, информированию и консультированию по вопросам получения реабилитационных услуг, оказанию ситуационной помощи в процессе социально-бытовой реабилитации, социально-средовой адаптации, психолого-педагогической реабилитации, обучению и инструктажу по использованию технических средств реабилитации, и средств, не являющихся техническими средствами реабилитации, но повышающих качество жизни инвалида (например, смартфон для инвалида по зрению), и другие услуги.

В силу того, что после установления человеку инвалидности, в том числе бессрочной, значение медицинской реабилитации для его деинвалидизации снижается, при организации реабилитационного сопровождения инвалидов большее внимание следует уделять социальной и профессиональной реабилитации, профессиональной адаптации на рабочем месте, а также вопросам социокультурной реабилитации и реабилитации средствами физической культуры и спорта.

В полной мере этим характеристикам соответствует деятельность в нашей стране общероссийских общественных организаций инвалидов, в первую очередь Всероссийского общества слепых. Основными целями этих организаций являются: защита прав и интересов инвалидов, участие в определении и реализации государственной политики в отношении инвалидов, содействие в реализации государственных полномочий в медицинской, профессиональной, социальной реабилитации и интеграции, приобщение данной категории граждан к труду, образованию, культуре спорту, улучшение их материально-бытовых условий [6].

С первых лет своего существования Всероссийское общество слепых занималось построением и совершенствованием системы реабилитации инвалидов по зрению. Уже к середине 60-х годов прошлого века результаты этой работы получили высокую оценку Министерства социального обеспечения РСФСР [8].

Реабилитационное сопровождение инвалидов по зрению в системе ВОС осуществляется на основании ежегодно утверждаемой Центральным правлением ВОС Программы реабилитации ин-

валидов по зрению (далее – Программа), основной целью которой является восстановление социального статуса инвалидов по зрению и их социальная адаптация. В Программу входят следующие основные мероприятия:

1) международные и всероссийские выставки, конференции, форумы и конгрессы, посвященные реабилитации инвалидов по зрению;

2) восстановительные медицинские мероприятия, санаторно-курортное лечение;

3) профессиональная ориентация, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственная адаптация;

4) социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социокультурная реабилитация инвалидов по зрению, социально-бытовая адаптация;

5) физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт;

6) использование инвалидами по зрению технических средств реабилитации;

7) создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов по зрению к объектам инженерной, транспортной, социальной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации инвалидов по зрению;

8) организационные мероприятия по обеспечению реабилитации инвалидов по зрению.

В системе Всероссийского общества слепых реабилитационное сопровождение инвалидов по зрению осуществляется специалистами 76 региональных и 750 местных организаций ВОС. В этот процесс включены 3 лечебно-профилактических учреждения ВОС (санатории), 4 образовательных учреждения федерального значения, 7 культурно-спортивных реабилитационных комплексов регионального значения и 170 производственных предприятий в 68 регионах РФ.

Задача по выявлению, первичному приему граждан с инвалидностью по зрению, учету, оказание ситуационной помощи в процессе адаптации к новой жизненной ситуации, психологическая поддержка людей, недавно потерявших зрение, планирование реабилитационного маршрута, вовлечение в жизнь и работу организации инвалидов, обеспечение досуга и многое другое осуществляется специалистами региональных и местных организаций ВОС.

Отечественными исследователями (Е.Д. Агеев, А.А. Быков, Подчуфарова, Ю.И. Петров и др.) отмечается определяющая роль целенаправленной деятельности региональных организаций ВОС по оказанию коррекционной помощи поздноослепшим и повышению уровня социальной адаптации незрячих. При этом одной из первых задач оказания коррекционной помощи поздноослепшим определяется задача актуализации мотивационной сферы человека с целью осознания и принятия себя в новых жизненных условиях, а также задача стимулирования переживания утраты зрения, путем организации и обеспечения благоприятных условий протекания этого процесс.

Важным компонентом работы специалистов региональным и местных организаций ВОС с поздноослепшими в процессе реабилитационного сопровождения является формирование у них и членов их семей реабилитационной компетентности по вопросам и направлениям комплексной реабилитации и абилитации с целью формирования системы знаний, умений и навыков, а также личностных качеств незрячего, которые делают его полноправным субъектом системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Мощным реабилитирующим фактором при работе с поздноослепшими, отмечаемым этими учеными, является тот факт, что реабилитационное сопровождение незрячих в региональных и местных организациях ВОС, осуществляют специалисты, имеющие инвалидность по зрению и сами прошедшие все стадии реабилитационного процесса, на своем жизненном примере демонстрирующие его результаты.

Современными исследователями (З.И. Лаврентьева, И.Н. Никулина и др.) отмечается, что сегодня возрастает роль реабилитационно-педагогической деятельности общественных организаций инвалидов, осуществляемая путем оказания инвалидам реабилитационно-образовательных услуг и направленная не только компенсацию утраченных функций и ограничений, проявляющихся в процессе жизнедеятельности инвалида, но и на восстановление его социального статуса за счет вовлечения в профессиональную и общественную деятельность. В ВОС реабилитационно-образовательные услуги инвалидам по зрению предоставляются учреждениями региональных организаций ВОС,

учреждениями дополнительного и дополнительного профессионального образования ВОС, такими как Институт профессиональной реабилитации и подготовки персонала ВОС «Реакомп», Центр реабилитации слепых ВОС, Культурно - Спортивный Реабилитационный Комплекс ВОС, Российская школа подготовки собак-проводников ВОС и другие учреждения.

Таким образом, во Всероссийском обществе слепых выстроена и функционирует эффективная система реабилитационного сопровождения инвалидов по зрению, которая может быть взята за образец при организации работы реабилитационного менеджмента в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Более того, общероссийские общественные организации инвалидов должны взять на себя функцию управления и организации реабилитационного сопровождения своих членов, вместо создания службы реабилитационного менеджмента в рамках структур Фонда социального страхования или медико-социальной экспертизы. Это позволит помимо очевидных преимуществ по увеличению охвата инвалидов реабилитационными услугами и организации индивидуальной работы с человеком с учетом специфики той или иной реабилитационной группы, к которой он относится, добиться интенсификации включения людей с инвалидностью в общественную жизнь, в том числе в рамках институциональных сообществ инвалидов. Однако для более эффективного функционирования системы реабилитационного сопровождения общественным организациям инвалидов придется решить ряд задач, основными из которых должны быть следующие.

Первое. С сожалением приходится констатировать, что современное состояние практики реабилитационной работы ВОС не становилось предметом специального изучения [4]. Поэтому необходимо провести детальное исследование современных реабилитационных практик и регионального опыта общественных организаций инвалидов для обобщения, систематизации, выявления наиболее перспективных из них и последующего тиражирования.

Второе. Многими исследователями отмечается имеющийся в настоящее время в нашей стране недостаток квалифицированных специалистов, способных на высоком профессиональном уровне оказывать инвалидам реабилитационные услуги [5, 11]. В связи с этим следует организовать работу по разработке, научному обоснованию и последующей реализации программ профессиональной подготовки специалистов общественных организаций инвалидов, в том числе в рамках собственных образовательных учреждений организаций инвалидов.

Решению данных задач может способствовать отнесение к ведению федеральных органов государственной власти в области социальной защиты инвалидов полномочий по утверждению типовых дополнительных профессиональных программ в области реабилитации и абилитации инвалидов, медико-социальной экспертизы, предусмотренное проектом федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов», который проходит сейчас стадию согласования с общественными объединениями инвалидов.

Список литературы

1. Агеев Е.Д. Система реабилитации слепых. – Москва: РИО ВОС 1981.- 84 с.
2. Астанин А.А. Организация реабилитационного сопровождения инвалидов по зрению и слепоглухих специалистами Всероссийского общества слепых в условиях пандемии // Состояние и перспективы системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации – 2020. II Межрегиональная конференция (Москва, 18 ноября 2020 г.): Сборник материалов и докладов ; под общей редакцией д. м. н. М.А. Дымочка – Москва: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2020. – С. 260 - 264.
3. Быков А.А. Социально-психологическая реабилитация инвалидов по зрению (преодоление посттравматического синдрома у недавно ослепших): методическое пособие. / Под ред. С.Н. Ваньшина, О.В. Сергеевой. Москва: ИПТК «Логос» ВОС – 2004. – 48 с.
4. Кантор В. З. Психолого-педагогическая реабилитация как практика институционализированного сообщества инвалидов по зрению / Кантор, Н. В. Немирова, В. В. Казанкин // Вестник Ленинградского государственного университета имени А.С. Пушкина. - 2020. -№ 2. – С. 33 – 56.
5. Распоряжение Правительства РФ от 18.12.2021 г. № 3711-р. URL: http://publication.pravo.gov.ru/File/GetFile/0001202112280026?type=pdf (дата обращения: 04.04.2022).

6. Никулина И.Н. Современные подходы к содержанию и организации реабилитационно-педагогической деятельности в общественной организации инвалидов. // Реализация современных подходов к реабилитации инвалидов в процессе общего и профессионального образования: материалы международной научно-практической конференции / науч. Рук. С.С. Лебедева – СПб ГИПСР, СПб ГБУ ПРЦ, СПб. 2013 – 267 с.
7. Подчуфарова О.Б. Формирование навыков социальной адаптации у поздно ослепших: дес…канд пед. наук. Москва: РГБ – 2007. С. 198.
8. Постановление коллегии Министерства социального обеспечения РСФСР от 13.08.1964 года.
9. Психологическое обеспечение элементарной реабилитации слепых: сборник статей. // Под общ. ред. Панина З.Г. Ермолович. – М.: Центральное полиграфическое УПП ВОС. – 92 с.
10. Севастьянов М.А., Коробов М.В., Владимирова О.Н., Сарана А.М. Методы управления процессом реабилитации пострадавших на производстве. // Вестник восстановительной медицины.- № 3. – 2016.- С. 95 – 102.
11. Струкова О.Г. Морозова Е.В. Жукова Е.В. Анализ мониторинга субъектов Российской Федерации по стимулированию работодателей к созданию и оснащению рабочих мест для трудоустройства инвалидов с учетом принципа «разумного приспособления» / О.Г. Струкова, Е.В. Морозова, Е.В. Жукова // Состояние и перспективы системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации – 2020. II Межрегиональная конференция (Москва, 18 ноября 2020 г.): Сборник материалов и докладов; под общей редакцией д. м. н. М.А. Дымочка – Москва: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России; ООО «Канцлр» (Ярославль), 2020. – С. 54 - 66.

Spisok literatry:

1. Ageyev Ye.D. Sistema reabilitatsii slepykh. – Moskva: RIO VOS 1981.- 84 s.
2. Astanin A.A. Organizatsiya reabilitatsionnogo soprovozhdeniya invalidov po zreniyu i slepoglukhikh spetsialistami Vserossiyskogo obshchestva slepykh v usloviyakh pandemii // Sostoyaniye i perspektivy sistemy kompleksnoy reabilitatsii i abilitatsii invalidov i detey-invalidov v Rossiyskoy Federatsii – 2020. II Mezhregional'naya konferentsiya (Moskva, 18 noyabrya 2020 g.): Sbornik materialov i dokladov ; pod obshchey redaktsiyey d. m. n. M.A. Dymochka – Moskva : FGBU FB MSE Mintruda Rossii, 2020. – S. 260 - 264.
3. Bykov A.A. Sotsial'no-psikhologicheskaya reabilitatsiya invalidov po zreniyu (preodoleniye posttravmaticheskogo sindroma u nedavno oslepshikh): metodicheskoye posobiye. / Pod red. S.N. Van'shina, O.V. Sergeyevoy. Moskva : IPTK «Logos» VOS – 2004. – 48 s.
4. Kantor V. Z. Psikhologo-pedagogicheskaya reabilitatsiya kak praktika institutsionalizirovannogo soobshchestva invalidov po zreniyu / Kantor, N. B. Nemirova, V. V. Kazankin // Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta imeni A.S. Pushkina. - 2020. -№ 2. – S. 33 – 56.
5. Rasporyazheniye Pravitel'stva RF ot 18.12.2021 g. № 3711-r. URL: http://publication.pravo.gov.ru/File/GetFile/0001202112280026?type=pdf (data obrashcheniya: 04.04.2022).
6. Nikulina I.N. Sovremennyye podkhody k soderzhaniyu i organizatsii reabilitatsionno-pedagogicheskoy deyatel'nosti v obshchestvennoy organizatsii invalidov. // Realizatsiya sovremennykh podkhodov k reabilitatsii invalidov v protsesse obshchego i professional'nogo obrazovaniya: materialy mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii / nauch. Ruk. S.S. Lebedeva – SPb GIPSR, SPb GBU PRTS, SPb. 2013 – 267 s.
7. Podchufarova O.B. Formirovaniye navykov sotsial'noy adaptatsii u pozdno oslepshikh: des…kand ped. nauk. Moskva: RGB – 2007. S. 198.
8. Postanovleniye kollegii Ministerstva sotsial'nogo obespecheniya RSFSR ot 13.08.1964 goda.
9. Psikhologicheskoye obespecheniye elementarnoy reabilitatsii slepykh: sbornik statey. // Pod obshch. red. Panina Z.G. Yermolovich. – M.: Tsentral'noye poligraficheskoye UPP VOS. – 92 s.
10. Sevast'yanov M.A., Korobov M.V., Vladimirova O.N., Sarana A.M. Metody upravleniya protsessom reabilitatsii postradavshikh na proizvodstve. // Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny.- № 3. – 2016.- S. 95 – 102.
11. Strukova O.G. Morozova Ye.V. Zhukova Ye.V. Analiz monitoringa sub"yektov Rossiyskoy Federatsii po stimulirovaniyu rabotodateley k sozdaniyu i osnashcheniyu rabochikh mest dlya trudoustroystva invalidov s uchetom printsipa «razumnogo prisposobleniya» / O.G. Strukova, Ye.V. Morozova, Ye.V. Zhukova // Sostoyaniye i perspektivy sistemy kompleksnoy reabilitatsii i abilitatsii invalidov i detey-invalidov v Rossiyskoy Federatsii – 2020. II Mezhregional'naya konferentsiya (Moskva, 18 noyabrya 2020 g.): Sbornik materialov i dokladov ; pod obshchey redaktsiyey d. m. n. M.A. Dymochka – Moskva : FGBU FB MSE Mintruda Rossii; OOO «Kantslr» (Yaroslavl'), 2020. – S. 54 - 66.

УДК 612.17

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТ ОСТРЫХ ПАТОЛОГИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF THE ABDOMINAL FORM OF MYOCARDIAL INFARCTION FROM ACUTE ABDOMINAL PATHOLOGIES

Ахметзянов Б.Ф.,
Хаерова А.И.,
Амирова Т.Х.
Ahmetzyanov B. F.,
Haerova A. I.,
Amirova T.H.

Ахметзянов Булат Фанилевич - студент 3 курса специальности «Лечебное дело» ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет» 424001, Йошкар-Ола, ул. Осипенко, 62; рентгенолаборант отделения лучевой диагностики, ГБУ РМЭ РКБ 424037, bulat97872@gmail.com, 89518940969
Хаерова Айсылу Ильдаровна - студентка 3 курса специальности «Педиатрия» ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет» 424001, Йошкар-Ола, ул. Осипенко, 62, khayerova01@bk.ru, 89194145272

Научный руководитель: Амирова Танзиля Хафизовна, доцент кафедры фундаментальной медицины, кандидат медицинских наук, ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет» 424001, Йошкар-Ола, ул. Осипенко, 62, tanzilya.amirova.85@mail.ru, 89024337141.

При классическом варианте острого инфаркта миокарда диагностика не затруднена. Однако, основываясь на статистических данных, в четверти случаев течение заболевания имеет атипичную форму, что существенно усложняет диагностику ОИМ на догоспитальном этапе. Таким образом, своевременное распознавание атипичных форм ОИМ является важной задачей в медицинской практике, так как определяет характер лечения и прогноз жизни больного. В настоящее время особенно актуальны проблемы с абдоминальным течением ОИМ, так как во всех странах наблюдается неуклонный рост удельного веса лиц пожилого возраста.

Ключевые слова: *абдоминальная форма инфаркта миокарда, острый панкреатит, острый холецистит, электрокардиография, ишемическая болезнь сердца.*

Annotation. In the classical variant of acute myocardial infarction, diagnosis is not difficult. However, based on statistical data, in a quarter of cases the course of the disease has an atypical form, which significantly complicates the diagnosis of AMI at the pre-hospital stage. Thus, timely recognition of atypical forms of AMI is an important task in medical practice, since it determines the nature of treatment and the

prognosis of the patient's life. Currently, problems with the abdominal course of AMI are particularly relevant, since in all countries there is a steady increase in the proportion of elderly people.

Key words: *abdominal form of myocardial infarction, acute pancreatitis, acute cholecystitis, electrocardiography, coronary heart disease.*

Инфаркт миокарда – это тяжелая форма ишемической болезни сердца, характеризующееся развитием некроза участка миокарда, который обусловлен абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения.

При исключении случаев смерти от самоубийств, травм и родоразрешений истинный показатель смертности среди взрослого населения от сердечно-сосудистых заболеваний составляет 70%. [1]

Осложнения инфаркта миокарда подразделяются на ранние, возникающие в первые десять дней, и поздние, проявляющиеся после двух-четырех недель ишемии участка миокарда. Обширные и трансмуральные инфаркты приводят к острой сердечной недостаточности, вследствие этого развивается кардиогенный шок. В области некроза участка миокарда может образоваться острая аневризма с осложнениями в виде разрыва аневризмы и тромбоэмболии. Также имеется риск развития эпистенокардического перикардита, характеризующийся вовлечением в ишемический процесс и реактивным воспалением эпикарда (наружной оболочки сердца).

При поздних осложнениях на фоне кардиосклероза формируется хроническая аневризма сердца, которая приводит к развитию хронической сердечной недостаточности и венозному застою в паренхиматозных органах. Также одним из многочисленных поздних осложнений инфаркта миокарда является синдром Дресслера, проявляющийся триадой: сухой перикардит, плеврит, пневмонит. [2]

По наличию и локализации болевого синдрома выделяют типичную и атипичную формы инфаркта миокарда. При типичной форме ИМ боль и жжение часто локализуется за грудиной, иррадиируя в левое плечо, шею и межлопаточное пространство. Очень часто у лиц пожилого и старческого возраста наблюдается атипичные формы клинического течения: абдоминальная (боли в эпигастральной области, наблюдается вздутие живота, тошнота и рвота), астматическая (нередко напоминает приступ бронхиальной астмы, характерна нарастающая одышка), церебральная (неврологические симптомы, нарушение сознания и головокружение). Также в пожилом возрасте наблюдается и безболевая форма, характеризующаяся отсутствием клинических проявлений. Безболевая форма инфаркта миокарда может встречаться в среднем у 30-35% больных пожилого возраста и у около 40% пациентов старческого возраста. [2]

По статистическому исследованию Олимзоды Н.Х., Рафиева Х.К., Собирова С.И. больные поступали в стационар с типичной клиникой – в 75% случаев, ангинозными формами инфаркта миокарда в 86,8% случаев, а с атипичными формами – в 13,2%. У 3,3% больных отмечались жалобы на боли в правой половине грудной клетки, 4% - на боли в эпигастральной области, 4,4% - на приступы стенокардии. Госпитализация с астматической формой болезни регистрируется в 4,3% случаев, с аритмической – 2,2%, с церебральной – 2,2%. В первые 28 дней после возникновения инфаркта миокарда обнаруживаются следующие осложнения: кардиогенный шок – 8,8%, сердечная недостаточность – 15,4%, нарушение ритма – 32,4% и тромбоэмболия – 2,6%. [1]

Частота безболезненных и атипичных форм ОИМ увеличивается с возрастом, что приводит к госпитализации в непрофильный стационар и неблагоприятному прогнозу заболевания. Таким образом, атипичные симптомы у пожилых пациентов не позволяют своевременно определить предынфарктное состояние и поставить соответствующий диагноз.

При изучении данных программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» отмечены особенности в возрастно-гендерных и клинических факторах у больных с атипичными формами острого инфаркта миокарда. Среди 836 случаев заболевания острой ишемии миокарда, атипичные варианты выявлены у 184 больных – это составляет 22%. Также выделяли следующие разновидности: астматический (32,6%), абдоминальный (13,6%), аритмический (7,6%), безболевой (4,9%) и цере-

бральный (4,3%). В группе больных с абдоминальной формой острого инфаркта миокарда больше всего оказалось мужчин (62,5%), с церебральной формой – женщины (75%). Во всех исследуемых данных преобладали лица старше 60 лет. [3] Абдоминальная форма инфаркта миокарда имеет атипичные симптомы, что существенно затрудняет диагностику и приводит к высокой летальности.

Абдоминальная форма инфаркта миокарда на ЭКГ в большинстве случаев представлена признаками задних инфарктов (задне–диафрагмального, заднее–бокового и базального), что объясняется близким нахождением органов брюшной полости и диафрагмального нерва с задне-базальным отделом сердца.

Признаками нижнего инфаркта миокарда являются: патологический зубец Q, QS или QR во 2 и 3 стандартных отведениях, на вдохе и aVF; отклонение сегмента RST. Для задне-боковой формы характерно: патологический зубец Q (продолжительность которого больше или равна 0,04 секунд в 1 и aVL отведениях) в V6 или V5; подъем сегмента RST; отрицательный зубец Т в левых грудных отведениях, иногда и в средних; увеличенный и широкий зубец в отведении V1, иногда V2. Особенности базального инфаркта миокарда: в правых грудных отведениях высокий зубец R; отношение R/S или RVS больше 1; в острой стадии - снижение RST и положительный зубец Т.

Стоит отметить, что большой зубец R в правых грудных отведениях может быть при гипертрофии правого желудочка или блокаде правой ножки пучка Гиса. Дифференцировка с данными состояниями осуществляется на основании клинико-лабораторных анализов и динамики ЭКГ.

По данным исследований из статьи Ю.Г. Боженкова, из 59 больных, поступивших в стационар с атипичными формами ИМ, было подозрение на следующие острые патологии органов брюшной полости: желчекаменная болезнь (острый холецистит) (23,7%), острый панкреатит (18,6%), подозрение на язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (10,2%), желудочно-кишечное кровотечение (11,8%). [4]

В последующих годах для дифференциальной диагностики абдоминальной формы инфаркта миокарда от острых заболеваний брюшной полости проводили определенные исследования. К примеру, при остром холецистите при поступлении больному производят стандартную запись ЭКГ, затем производят блокаду круглой связки печени раствором анестетика в объеме 200-300 мл и через 90 минут повторно снимают ЭКГ. Стоит отметить, что блокада круглой связки печени позволяет разорвать рефлекторную дугу между сердцем и воспаленным желчным пузырем. При инфаркте миокарда после блокады положительная динамика на записи ЭКГ не отмечается, а острый холецистит диагностируют при регрессии патологических изменений.

При остром панкреатите проводился динамический контроль результатов ЭКГ. Сначала производят запись ЭКГ, затем двустороннюю блокаду поджелудочной железы раствором анестетика. Далее снова производят запись ЭКГ и результаты сравниваются. При положительной динамике результатов ЭКГ диагностируют острый панкреатит, а при отсутствии положительной динамики - инфаркт миокарда. [5]

Чувствительность и специфичность электрокардиографии при диагностике острого инфаркта миокарда малоинформативны или низки, таким образом, Европейское общество кардиологов (ESC) и Американский колледж кардиологов (ACC) выделили следующие критерии в постановке диагноза ОИМ: повышение или снижение сердечных маркеров (изоферментов CK-MB), сывороточные тропонины (cTnI /cTnT), а также запись ЭКГ с зубцами Q. В течение многих лет «классическими» индикаторами ОИМ были ферменты АЛТ, АСТ, ЛДГ, КК и тропонины. В настоящее время отмечается возможная роль в диагностике инфаркта миокарда следующих биомаркеров: hFABP, GPBB, S100, PAPP-A, RP, TNF, IL6, IL18, лиганд CD40, MPO, MMP9, молекулы клеточной адгезии, окисленные ЛПНП, глутатион, гомоцистеин, фибриноген и D-димер. В судебно-медицинской практике для постановки диагноза раннего развивающегося инфаркта миокарда были выявлены методом иммуногистохимии такие маркеры как hFABP, белка S100A1, фибриногена [6].

При брюшном инфаркте миокарда применяются следующие группы лекарственных препаратов: наркотические обезболивающие (Морфин, Фентанил), нейролептики (Дроперидол), внутривенное введение нитратов, тромболитики (Стрептокиназа), ингибиторы АПФ (Каптоприл, Энап), антиагреганты и антикоагулянты. При повышенном артериальном давлении и нарушенном сер-

дечном ритме возможно назначение пациентам бета-адреноблокаторов (Метопролол, Атенолол, Бисопролол). На фоне дислипидемии и атеросклероза назначаются статины.

Наиболее эффективным и приоритетным остается хирургическое вмешательство – установка металлических конструкций (стентов) в просвет коронарных артерий или аортокоронарное шунтирование.

В настоящее время «золотым стандартом» постановки диагноза инфаркта миокарда является определение тропонина в крови. К сожалению, в большинстве регионах РФ мобильные бригады скорой медицинской помощи не оснащены дорогостоящим оборудованием, в том числе и экспресс-тестом для определения сердечного тропонина. Данный факт после острых нарушений сердечного кровообращения снижает выживаемость на догоспитальном этапе на 15-30%.

Главным отличительным признаком абдоминальной формы инфаркта миокарда является отсутствие выраженного болевого синдрома за грудиной, характерного для типичных форм заболевания, что также затрудняет своевременную постановку диагноза на догоспитальном этапе. Таким образом, распознать абдоминальную ИМ на фоне патологий брюшной полости – вызывает трудность не только у врачей скорой медицинской помощи, но даже и у опытного терапевта или хирурга. Значительной проблемой в профессии каждого врача является недостаточные теоретические знания и неумение правильно интерпретировать ЭКГ. Для улучшения качества диагностики необходимо проведение дополнительного повышения квалификации фельдшеров по вопросам интерпретации ЭКГ, а также оснащения автомобилей СМП классов А и В для фельдшерских бригад электрокардиографами, где имеется программа автоматического компьютерного анализа ЭКГ. [7]

Таким образом, при дифференцировке абдоминальной формы инфаркта миокарда от острых патологий брюшной полости следует обращать внимание на ЭКГ и признаки ОИМ. Также наличие двух или трех синдромов «острого живота» делает диагностику заболеваний неотложной и прежде всего в плане выявления хирургической патологии.

Список литературы

1. Олимзода Н.Х., Рафиев Х.К., Собиров С.И. «Клинико-эпидемиологические аспекты инфаркта миокарда и частота сердечных осложнений» // ТУ «Республиканский клинический центр кардиологии» и МЗиСЗН РТ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино// 2018г.
2. Инжеватова А.Е., Дзюба А.П., Шаталова М.С. «Осложнения инфаркта миокарда» // 66-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием Тверь, 14-15 мая 2020 г. // С.73
3. Округин С.А., Гарганеева А.А, Кужелева Е.А, Борель К.Н «Возрастно-гендерные и клинико-анамнестические особенности атипичных клинических форм острого инфаркта миокарда»// Российский медицинский журнал. 2017, №23//С. 79-83.
4. Боженков Ю.Г., Ткаченко Т.В., Кондратьев А.В. «Абдоминальные формы инфаркта миокарда» // Российский научно-практический журнал №3 2001г. //С.10-11.
5. Корабельников А.И., Салехов С.А., Салехова М.П., Вебер В.Р. «Способ дифференциальной диагностики абдоминальной формы инфаркта миокарда и острого холецистита и острого панкреатита» //Бюл. №28. Опубл. 10.10.2002.
6. Айдын С., Угур К., Айдын С., Шахин И., Ярдим М. «Биомаркеры при остром инфаркте миокарда: современные перспективы» //Vascular Health and Risk Management, январь 2019 г.// С. 1-11.
7. Базанов С.В., Потапенко Л.В. «К вопросу о расшифровке, описании и интерпретации электрокардиографических данных фельдшерами скорой медицинской помощи»//Международный журнал экспериментального образования 2016. – № 6 (часть 1) //С. 78-79.

Spisok literatury

1. Olimzoda N.H., Rafiev H.K., Sobirov S.I. «Kliniko-epidemiologicheskie aspekty infarkta miokarda i chastota serdechnyh oslozhnenij» // TU «Respublikanskij klinicheskij centr kardiologii» i MZiSZN RT GOU TGMU im. Abuali ibn Sino// 2018g.
2. Inzhevatova A.E., Dzyuba A.P., SHatalova M.S. «Oslozhneniya infarkta miokarda» // 66-j Vserossijskoj mezhvuzovskoj studencheskoj nauchnoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem Tver', 14-15 maya 2020 g. // S.73
3. Okrugin S.A., Garganeeva A.A, Kuzheleva E.A, Borel' K.N «Vozrastno-gendernye i kliniko-anamnesticheskie osobennosti atipichnyh klinicheskih form ostrogo infarkta miokarda»// Rossijskij medicinskij zhurnal. 2017, №23//S. 79-83.
4. Bozhenkov YU.G., Tkachenko T.V., Kondrat'ev A.V. «Abdominal'nye formy infarkta miokarda» // Rossijskij nauchno-prakticheskij zhurnal №3 2001g. //S.10-11.
5. Korabel'nikov A.I., Salekhov S.A., Salekhova M.P., Veber B.R. «Sposob differencial'noj diagnostiki abdominal'noj formy infarkta miokarda i ostrogo holecistita i ostrogo pankreatita» //Byul. №28. Opubl. 10.10.2002.
6. Ajdyn S., Ugur K., Ajdyn S., SHahin I., YArdim M. «Biomarkery pri ostrom infarkte miokarda: sovremennye perspektivy» //Vascular Health and Risk Management, yanvar' 2019 g.// S. 1-11.
7. Bazanov S.V., Potapenko L.V. «K voprosu o rasshifrovke, opisanii i interpretacii elektrokardiograficheskih dannyh fel'dsherami skoroj medicinskoj pomoshchi»//Mezhdunarodnyj zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya 2016. – № 6 (chast' 1) //S. 78-79.

УДК 616 – 036.865

ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ФКУ «ГБ МСЭ ПО РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ» МИНТРУДА РОССИИ

THE PRACTICE OF APPLICATION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF THE FUNCTIONING OF LIFE ACTIVITIES DURING THE MEDICAL AND SOCIAL EXPERTUSE IN FKU “GB MSE FOR THE REPUBLIC OF BURYATIA” MINISTRY OF LABOR OF RUSSIA

Батуева С.Ю.
Batueva S.Yu.

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Бурятия» Минтруда России
Россия, 670045, Улан-Удэ, ул. Николая Петрова, дом 2д

Руководитель экспертного состава Главного бюро
Тел.89834300605
E-mail:snezhana.20022003@mail.ru

Специалисты по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Бурятия» используют в работе согласно действующим нормативно-правовым актам, разработанные с учетом положений МКФ «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», утвержденные приказом Минтруда России от 27.08.2019г. №585н. Внедрение МКФ в практику медико-социальной экспертизы позволяет с высокой степенью достоверности и объективизации оценивать здоровье индивида и определять его нуждаемость в различных видах социальной защиты.

Ключевые слова: *медико-социальная экспертиза (МСЭ), международная классификация функционирования (МКФ), критерии оценки, унификация.*

Specialists in medical and social expertise of the Federal State Institution “GB MSE for the Republic of Buryatia” use in their work in accordance with the current regulatory legal acts developed taking into account the provisions of the ICF “Classifications and criteria used in the implementation of medical and social expertise of citizens by federal state institutions of medical and social expertise”, approved by of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation dated 27.08.2019 No. 585n. The introduction of the ICF into the practice of medical and social expertise makes it possible to assess the health of an individual with a high degree of reliability and objectification and determine his need for various types of social protection.

Key words: *medical-social expertise (MSE), International Classification of functioning (ICF), criteria for evolution, unification.*

Совершенствование и модернизация государственной системы медико-социальной экспертизы (МСЭ) позволяет устанавливать инвалидность с учетом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья и в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов[1].

[1] Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН 13.12.2006. Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс».

Принятая Всемирной организацией здравоохранения в 2001году международная классификация функционирования (МКФ)[2] призвана обеспечить унификацию и определение рамок для определения показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, использование положений которого позволяет подходить к определению инвалидности и установлению потребности инвалидов в мерах социальной защиты, включаю реабилитацию, с современных позиций, и способствовать, как профилактике инвалидности, так и интеграции инвалидов в общество.

Анализ положений МКФ, нормативных документов и литературных данных, а также опыт работы с освидетельствуемыми гражданами позволил использовать в практической деятельности основные разделы МКФ при проведении МСЭ граждан в ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Бурятия» в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами. Применение предусмотренной МКФ классификации функций и структур организма, активности и участия, в том числе по степени выраженности, позволяет с высокой степенью достоверности оценивать здоровье индивида с биологической, психологической и социальной точек зрения и определять его нуждаемость в различных видах социальной защиты, включая реабилитацию.

Использование МКФ при оценке видов стойких расстройств функций организма человека регламентировано приказом Минтруда России от 27.08.2019 г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»[3] и подлежит обязательному исполнению.

МКФ предназначена для кодирования различных показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. В нашей работе мы используем следующие составляющие МКФ:

функции организма и структуры организма;

активность и участие.

Эти составляющие имеют буквенные приставки для каждого кодового обозначения: b - для функций организма, s - для структур организма, d - для активности и участия.

Буквы b, s, d сопровождаются числовым кодом, который начинается с порядкового номера раздела (одна цифра), далее следуют второй уровень (две цифры), третий и четвертый уровни (по одной цифре на каждый). Например, имеются следующие коды классификации функций организма:

b2 Сенсорные функции и боль (обозначение первого уровня);

b210 Функции зрения (обозначение второго уровня);

b2102 Качество зрения (обозначение третьего уровня);

b21022 Контрастная чувствительность (обозначение четвертого уровня).

В МКФ[4] показатели здоровья человека могут быть переданы множеством кодов доменов, относящихся к составляющим классификации. В реальной жизни, по нашему мнению, для адекватной оценки ситуации достаточна оценка до второго уровня детализации (три цифры), от 3 до 18 кодов. Показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем, должны регистрироваться настолько детально, насколько возможно, с помощью наиболее подходящей категории МКФ. Например, наиболее подходящий код для человека с ночной слепотой b21020 - Световая чувствительность. Однако если по каким-либо причинам этот уровень детализации не может быть применен, допустимо использование соответствующего по иерархии «корневого» кода (в этом случае, b2102 - Качество зрения, b21 – Функции зрения, или b2 - Сенсорные функции и боль).

---

2 Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Всемирная организация здравоохранения, 2001; Коллектив переводчиков, перевод на русский язык,2003. Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей экспертов Министерства труда и социального развития РФ, 2003,175 с.

3 Приказ Минтруда России от 27.08.2019г. №585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

4 Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Всемирная организация здравоохранения, 2001; Коллектив переводчиков, перевод на русский язык,2003. Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей экспертов Министерства труда и социального развития РФ, 2003,175 с.

Использование определителя функций организма

Функции организма - это физиологические функции систем организма (включая психические функции). Нарушения - это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существенное отклонение или утрата.

Функции организма кодируются одним определителем, отражающим степень или величину нарушения. Наличием нарушения считается: утрата или отсутствие; снижение; добавление или избыток; отклонение. Нарушение функций человека с гемипарезом может быть описано кодом b7302 - Сила мышц одной стороны тела:

b7302. Выраженность нарушения (первый определитель)

В случае регистрации нарушения функций, используя масштаб общего определителя, можно отразить его выраженность. Например:

b7302.1 ЛЕГКОЕ нарушение силы мышц одной стороны тела (до 5-24 %)

b7302.2 УМЕРЕННОЕ нарушение силы мышц одной стороны тела (до 25-49%)

b7302.3 ТЯЖЕЛОЕ нарушение силы мышц одной стороны тела (до 50-95%)

b7302.4 АБСОЛЮТНОЕ нарушение силы мышц одной стороны тела (до 96-100%)

Отсутствие нарушения функций (согласно установленному пороговому уровню) отмечают индексом «0» общего определителя. Например: b7302.0 НЕТ нарушения силы мышц одной стороны тела. Если имеющаяся информация недостаточна, чтобы определить выраженность нарушения функций, должен использоваться индекс «8». Например, если в записи о здоровье человека говорится, что у человека имеется слабость правой стороны тела, без дальнейшей детализации, тогда может применяться следующий код:

b7302.8 Нарушение силы мышц одной стороны тела не определено.

Соответствие структур функциям организма

Классификации функций организма и структур организма созданы параллельно друг другу. Когда используется код функций организма, пользователю следует проверить, применим ли в данном случае соответствующий код структур организма. Например, функции организма включают основные человеческие ощущения, как b210-b229 - Зрение и связанные с ним функции, а их структурный коррелят представлен как *s210-230* - Глаз и относящиеся к нему структуры.

Использование определителя структур организма

Структуры организма - это анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты. Нарушения - это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существенное отклонение или утрата.

Структуры организма кодируются тремя определителями. Первый определитель отражает степень или величину нарушения, второй определитель используется, чтобы указать на характер изменения, и третий определитель обозначает локализацию нарушения.

Использование определителя активности и участия

Активность - это выполнение задачи или действия индивидом. Участие - это вовлечение индивида в жизненную ситуацию. Ограничение активности - это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид. Ограничение возможности участия - это проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации.

Активность и участие кодируются двумя определителями: определителем реализации, который занимает позицию первой цифры после разделительной точки, и определителем потенциальной способности, который занимает позицию второй цифры после разделительной точки. Идентифицирующий категорию код в перечне «активность и участие» и два определителя составляют желаемую информационную панель.

Определитель реализации определяет, что индивид делает в условиях реально окружающей его среды. Так как реальная окружающая среда рассматривается в социальном контексте, реализация также понимается как «вовлечение в жизненную ситуацию» или «жизненный опыт» человека в актуальных условиях, в которых он живет.

Любые нарушения в диапазоне 0-4% МКФ предлагает рассматривать как отсутствие нарушений, диапазоне 5-24% - незначительные нарушения, диапазоне 25-49% - умеренные, диапазоне 50-95% - тяжелые, > 95% - как абсолютные нарушения.

Структура кодификатора состоит из независимых записей (кодов), объединенных в цепочки, основанные на категориях МКФ[5] с соответствующими определителями.

Ниже приведены примеры цепочек записей (кодов) Кодификатора[6] :

B/b415.3/s750.3/d450.3…

В этой цепочке:

B – код категории инвалидности;

b415.3 – код функций организма с определителем;

/ - признак окончания раздела;

s750.3 - код структур организма с определителем;

d450.3 – код активности и участия с определителями;

В этих цепочках Кодификатора одной функции организма b415.3 соответствуют различные структуры организма s750.3 и s4101.3 и, соответственно, различное продолжение цепочек.

Пример работы по исполнению граф 6 и 7 приказа № 585н[7]:

1. В графе 6 «Виды стойких расстройств функций организма человека. Рубрика МКФ» Приложений № 1 и № 2 к приказу Минтруда России от 27.08.2019 г. № 585н смотрим какие функции по МКФ врач МСЭ должен оценить. Например: в п. 1.1.1 Приложения №1 к приказу № 585н в графе 6 предусмотрено оценить по МКФ: b 440-449; b 410-429.

b 440.0 функция дыхания - незначительные проблемы,

b 445.0 функции дыхательных мышц - нет проблем

b 410.0,b 415.0, b 420.0 функция ССС - нет проблем /

s 4301.1.8.0. поражения структуры легких незначительные нарушения, характеристика изменений не определена, локализация поражения не более 1 сегмента,

s 410.0 структура ССС не изменена /

d 159.0 базисные навыки при обучении - нет затруднений

d 179.0 применение знаний - нет затруднений

d 299.0 выполнение общих задач и требований - нет затруднений

d 369.0 разговор и общение с использованием средств связи и техник общения – нет затруднений

d 469.0 ходьба, передвижение и относящаяся к ним активность - нет затруднений

d.470.0 использование пассажирского транспорта - нет ограничений

d 598.0 самообслуживание - нет затруднений

d 845.0 получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений - нет затруднений.

После детального анализа нарушений функции, структуры, активности и участия по МКФ определяем количественную оценку из предложенного диапазона 10-30%[8].

Если из 16 (100%) объективно оцененных позиций (доменов) только в 2 (12,5%) случаях имеются незначительные нарушения, а в 14 случаях (80%) - нет нарушений, более целесообразно применить количественную оценку 10% из предложенного диапазона 10-30%.

При заочном проведении МСЭ кодировку по МКФ с текстовыми пояснениями к шифрам целесообразно писать в протоколе[9] в разделе «Клинико-трудовой анамнез» после анализа и внесения всех представленных медицинской организацией результатов осмотра и обследований, предусмотренных приказами № 402н/631н[10]. При проведении очного освидетельствования в статусах специа-

---

5 "Организационно-методические основы МСЭ и реабилитации инвалидов по работе с кодификатором категорий инвалидности с учетом положений МКФ, дифференцированным по преимущественному виду помощи, в которой нуждается инвалид" ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта ФМБА России. Информационно-справочные материалы. 2012 г.

6 Домены из МКФ взяты приблизительные, содержание примера может отличаться от реального содержания Кодификатора.

7 Приказ Минтруда России от 27.08.2019г. №585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

8 Приказ Минтруда России от 27.08.2019г. №585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

9 Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30.12.2020 № 979н". Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы"

10 Приказ Минтруда России N 402н, Минздрава России N 631н от 10.06.2021 "Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы".

листов необходимо объективизировать требования МКФ согласно графе 6 Приложения №1 или №2 к приказу Минтруда России № 585н.

Заключение

Применение унифицированных и стандартизированных показателей МКФ позволяет проводить медико-социальную экспертизу и принимать решения об установлении инвалидности, рекомендации мер реабилитации со значительно большей объективизацией экспертных решений. Использование в работе медико-социальной экспертизы МКФ обеспечивает повышение объективности, доступности и эффективности экспертных и реабилитационных мероприятий в целях обеспечения соответствия принципов и механизмов их осуществления требованиям Конвенции ООН о правах инвалидов[11].

Список литературы:

1. Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН 13.12.2006. Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс».
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Всемирная организация здравоохранения, 2001; Коллектив переводчиков, перевод на русский язык,2003. Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей экспертов Министерства труда и социального развития РФ, 2003,175 с.
3. Приказ Минтруда России от 27.08.2019 г. №585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».
4. Дымочка М.А., Лаврова Д.И. Использование МКФ в практике медико-социальной экспертизы. Медико-социальные проблемы инвалидности. Москва: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2011, №2, С. 6-9.
5. Науменко Л.Л., Романова З.А. Анализ основных положений международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья и ее адаптированная для детей и подростков версии. Москва: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2014, №3, С.16-24.
6. «Организационно-методические основы МСЭ и реабилитации инвалидов по работе с кодификатором категорий инвалидности с учетом положений МКФ, дифференцированным по преимущественному виду помощи, в которой нуждается инвалид» ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта ФМБА России. Информационно-справочные материалы. 2012 г.

Spisok literatury:

1. Konvenciya o pravah invalidov. Prinyata rezolyuciej 61/106 General'noj Assamblei OON 13.12.2006. Dostup iz spravochno-pravovoj sistemy «Konsul'tant Plyus».
2. Mezhdunarodnaya klassifikaciya funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya. Vsemirnaya organizaciya zdravoohraneniya, 2001; Kollektiv perevodchikov, perevod na russkij yazyk,2003. Sankt-Peterburg: Sankt-Peterburgskij institut usovershenstvovaniya vrachej ekspertov Ministerstva truda i social'nogo razvitiya RF, 2003,175 s.
3. Prikaz Mintruda Rossii ot 27.08.2019 g. №585n «O klassifikaciyah i kriteriyah, ispol'zuemyh pri osushchestvlenii mediko-social'noj ekspertizy grazhdan federal'nymi gosudarstvennymi uchrezhdeniyami mediko-social'noj ekspertizy».
4. Dymochka M.A., Lavrova D.I. Ispol'zovanie MKF v praktike mediko-social'noj ekspertizy. Mediko-social'nye problemy invalidnosti. Moskva: FGBU FB MSE Mintruda Rossii, 2011, №2, S. 6-9.
5. Naumenko L.L., Romanova Z.A. Analiz osnovnyh polozhenij mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya i ee adaptirovannaya dlya detej i podrostkov versii. Moskva: FGBU FB MSE Mintruda Rossii, 2014, №3, S.16-24.
6. "Organizacionno-metodicheskie osnovy MSE i reabilitacii invalidov po rabote s kodifikatorom kategorij invalidnosti s uchetom polozhenij MKF, differencirovannym po preimushchestvennomu vidu pomoshchi, v kotoroj nuzhdaetsya invalid" FGBU SPb NCEPR im. G.A. Al'brekhta FMBA Rossii. Informacionno-spravochnye materialy. 2012 g.

[11] Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН 13.12.2006. Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс».

УДК 364.04

ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РЕГИОНЕ

TRENDS AND PROSPECTS FOR THE DEVELOPMENT OF COMPREHENSIVE REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN THE REGION

Белогузов И.И., Митина К.А.
Beloguzov I.I., Mitina K.A.

ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова»
Россия, 428015, Чувашская Республика, Чебоксары, Московский проспект, дом 15,

Ассистент кафедры нормальной и патологической физиологии,
врач по медико-социальной экспертизе
Тел. 8 (987) 676-08-76
E-mail: bil2295@mail.ru

ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике – Чувашии» Минтруда России
Россия, 428018, Чувашская Республика, Чебоксары, улица Нижегородская, дом 6,

Руководитель-главный эксперт по медико-социальной экспертизе
Тел. 8 (8352) 24-34-04
E-mail: mse@mse21.ru

В статье рассматриваются тенденции и перспективы развития комплексной реабилитации инвалидов в регионе. Обосновывается необходимость развития комплексной реабилитации инвалидов старше восемнадцати лет на основе исследования опыта других регионов, а также изучения опыта функционирования детского реабилитационного центра. Изучены в динамике показатели численности детей-инвалидов, проходящих реабилитацию в центре, в том числе по возрастным категориям и нозологиям, раскрываются виды и методы комплексной реабилитации. Доказана эффективность и действенность реабилитационных мероприятий на примере центра реабилитации несовершеннолетних, в отношении детей с ДЦП, а также необходимость формирования стандартизированных подходов к оценке эффективности комплексной реабилитации инвалидов.

Ключевые слова: *инвалидность, реабилитация, комплексная реабилитация, двигательные нарушения, кинезиотерапия.*

The article discusses the trends and prospects for the development of comprehensive rehabilitation of disabled people in the region. The necessity of the development of comprehensive rehabilitation of persons with disabilities over the age of eighteen is substantiated on the basis of the study of the experience of other regions, as well as the study of the experience of the functioning of a children's rehabilitation center. The dynamics of the indicators of the number of disabled children undergoing rehabilitation at the center, including by age categories and nosologies, are studied, the types and methods of complex rehabilitation are revealed. The effectiveness and efficiency of rehabilitation measures is proved by the example of the juvenile rehabilitation center, as well as the need to form standardized approaches to assessing the effectiveness of comprehensive rehabilitation of disabled people.

Key words: *disability, rehabilitation, complex rehabilitation, motor disorders, kinesiotherapy.*

Проблемы инвалидности и инвалидов на сегодня относятся к числу наиболее важных проблем государства. Инвалидность как социальное явление является одной из важнейших медико-социальных проблем, избежать которого не может ни одно общество.

По данным Всемирной организации здравоохранения в мире более 1 млрд. чел. являются инвалидами[1]. В Российской Федерации насчитывается 11,5 млн. инвалидов. Доля инвалидов в общей численности населения составляет 7,9 %. Среди детей 721,8 тыс. чел. или 2,3 % общей численности детского населения, имеют категорию «ребенок-инвалид»[2].

На сегодняшний день особая значимость придается вопросам комплексной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации совместно с федеральными органами исполнительной власти ведется работа по совершенствованию правового регулирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов.

Распоряжением Правительства Российской Федерации утверждена Концепция развития в России системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 г[3].

Комплексная реабилитация представляет собой совокупность мероприятий по обеспечению инвалидов, в том числе детей-инвалидов, научно обоснованными, доступными, эффективными и безопасными реабилитационными и абилитационными услугами и техническими средствами реабилитации в сочетании с мерами, направленными на их социальную адаптацию и интеграцию.

В 2018 г. в Пермском крае и Свердловской области, был реализован Пилотный проект по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. За период его реализации произошли положительные изменения в системе комплексной реабилитации инвалидов, которые позволили сформировать эффективные подходы к оказанию реабилитационных услуг инвалидам, изложить их в нормативно-правовых документах и направить в другие регионы России для формирования единых подходов при реализации региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов[4].

С 1 января 2022 г. по 31 декабря 2024 г. в Свердловской и Тюменской областях запланирована реализация пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов. В рамках этого проекта приобрести услугу по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов можно будет с использованием электронного сертификата[5].

В Чувашской Республике в 2021 г. были признаны инвалидами 24292 чел., что составило 2,09 % населения республики.

Среди лиц старше 18 лет в 2021 г. впервые признаны инвалидами 4755 чел., в 2020 г. – 4942 чел. Среди детей в 2021 г. впервые установлена категория «ребенок-инвалид» 507 детям, а в 2020 г. – 471 ребенку[6].

В Чувашской Республике комплексная реабилитация детей-инвалидов осуществляется в Бюджетном учреждении «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» Министерства труда и социальной защиты Чувашской Республики (далее – Центр).

На базе Центра проводятся такие виды реабилитации как медицинская, в рамках которой применяются технологии восстановительного лечения, социальная, психолого-педагогическая.

За 2019-2021 гг. в Центре прошли курсы восстановительного лечения около 3,7 тыс. детей (см. таблицу 1).

---

1 Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.who.int/ru/

2 Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/

3 Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 г.: распоряжение правительства РФ от 18 декабря 2021 г. №3711-р // Собрание законодательства. – 2022. № 1. – Ст. 260.

4 Лайковская Е.Э., Владимирова О.Н., Афонина К.П., Злоказов А.В., Любушкина Т.Л. Оценка результативности формирования системы комплексной реабилитации в Свердловской области: влияние пилотного проекта // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2020. - Т. 23. - №4. - С. 15-22. doi: 10.17816/MSER55044

5 О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов: постановление Правительства РФ от 27 декабря 2021 г. № 2339 // Собрание законодательства. – 2021. № 52 (Часть I). – Ст. 9173.

6 ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.21.gbmse.ru

Таблица 1

Динамика численности детей, завершивших реабилитацию в Центре за 2019-2021 гг., чел.[7]

Год	Завершили курс реабилитации							Средняя продолжительность курса, дн.
	Всего	в том числе:						
		стационарная форма		полустационарная форма		оздоровительный лагерь		
		чел	%	чел	%	чел	%	
2019	1476	365	25,0	886	59,6	225	15,4	17,6
2020	819	309	37,7	510	62,3	-	-	17,3
2021	1426	359	25,2	902	63,2	165	11,6	16,8

По данным таблицы 1 за 2021 г. в Центре завершили курс реабилитации 1426 детей, получивших реабилитационные услуги в Центре в стационарной и полустационарной форме. При этом имеется тенденция к увеличению удельного веса полустационарной формы реабилитации. Востребованность полустационарной формы обусловлена удобством проведения реабилитационных мероприятий в определенное время суток. Стационарная форма обеспечивает доступность комплексной реабилитации для детей, в том числе, проживающих в муниципальных районах Чувашии.

В таблице 2 представлена динамика численности детей по возрастным группам, прошедших комплексную реабилитацию в Центре за 2019-2021 гг.

Таблица 2

Динамика численности детей по возрастным категориям, прошедших комплексную реабилитацию в Центре за 2019-2021 гг., чел.

Год	Возрастные категории:								
	Всего	1-3 года		4-6 лет		7-14 лет		15-18 лет	
		чел	%	чел	%	чел	%	чел	%
2019	1476	206	14,0	310	21	812	55	148	10,0
2020	819	120	14,9	220	26,9	378	46,1	100	12,4
2021	1426	181	12,7	312	21,9	789	55,3	144	10,1

По данным таблицы 2 можно сделать вывод, что дети поступают на реабилитацию в возрасте от 1 до 18 лет. Среди возрастных категорий превалирует группа детей, прошедших реабилитацию в возрасте от 7 до 14 лет (55 % в 2019 г.; 46,1 % в 2020 г.; 55,3 % в 2021 г.).

На рисунке 1 представлена структура основных патологий у детей в 2021 г., прошедших реабилитацию в Центре.

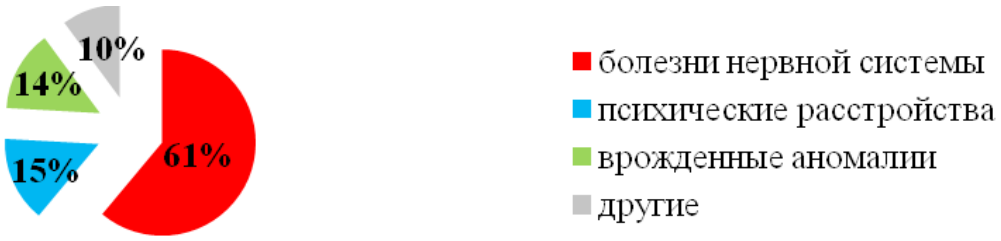


Рисунок 1 - Структура основных патологий у детей, прошедших реабилитацию в Центре в 2021 г.

Структура заболеваний у детей прошедших реабилитацию не имеет существенных изменений в 2021 г. по сравнению с 2019-2020 гг.

[7] БУ «Реабилитационный центр для детей» Минтруда Чувашии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://det-reabilit.soc.cap.ru

В структуре заболеваний у детей, получивших реабилитацию в 2021 г. (рисунок 1), преобладали болезни нервной системы (61 %), психические расстройства наблюдались у 15 % детей, врожденные аномалии были у 14 %, 11 % детей с другими патологиями.

Структура болезней нервной системы у детей, прошедших реабилитацию в Центре представлена на рисунке 2.



Рисунок 2 - Структура заболеваний нервной системы у детей, прошедших реабилитацию в Центре в 2021 г.[8]

Структура заболеваний нервной системы в 2021 г. не имеет также существенных отклонений по сравнению с 2019-2020 гг. Наибольший удельный вес составляет детский церебральный паралич (49 %), на втором месте резидуальная энцефалопатия (43 %), другие заболевания 8 %.

В 2019-2021 гг. в рамках комплексной реабилитации детям с ДЦП в Центре проведено около 1,5 тыс. реабилитационных мероприятий по медицинскому, социальному, психолого-педагогическому направлениям.

Медицинская реабилитация включала в себя различные методики лечебной физкультуры, кинезиотерапевтические программы с применением лечебно-реабилитационных тренажеров, аппаратную физиотерапию, использование нескольких типов вертикализаторов.

Программа социальной реабилитации состояла из трех основных частей: социально-средовая (использование ТСР, обучение правилам безопасного поведения на дорогах), социально-бытовая (формирование способности к самообслуживанию с помощью многофункционального универсального комплекса «ДОН») и социально-культурная (театральные мероприятия, библиотерапия).

Психолого-педагогическое направление включало развивающие программы реабилитации, индивидуальные и групповые занятия по коррекции нарушений речи, в том числе, с использованием логопедических тренажеров «Дэльфа», а также занятия и тренинги в мультисенсорной комнате.

В среднем на одного ребенка с ДЦП на курс реабилитации приходилось 225,6 услуг, в день – 10,7 услуг.

В целях улучшения двигательных навыков у детей с ДЦП особое внимание в комплексной реабилитации уделялось роботизированным системам (комплекс «Локомат»). В результате проведения реабилитационных мероприятий в рамках данного комплекса отмечалась положительная динамика, как статических параметров, так и навыков ходьбы, увеличение мышечной силы, улучшение двигательных возможностей.

Наибольшее внимание в работе Центра уделяется детям с нарушением опорно-двигательной системы.

На рисунке 3 представлена динамика показателей эффективности комплексной реабилитации детей за 2019-2021 гг.

[8] БУ «Реабилитационный центр для детей» Минтруда Чувашии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://det-reabilit.soc.cap.ru

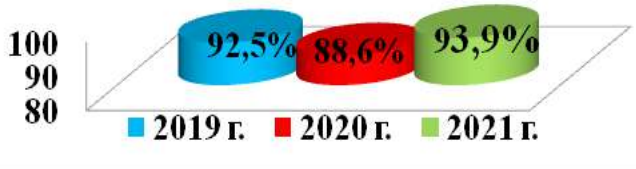


Рисунок 3 – Показатели динамики эффективности комплексной реабилитации у детей в Центре за 2019-2021 гг.[9]

По данным Отчета о деятельности Центра показатель эффективности комплексной реабилитации в 2021 г. составил 93,9 %. В динамике за 2019-2021 гг. показатель эффективности комплексной реабилитации увеличивается, что обусловлено расширением возможности предоставления реабилитационных услуг за счет внедрения в работу специалистами учреждения новых методик и программ.

На базе Центра используются эффективные методы, демонстрирующие высокую результативность комплексной реабилитации у детей и подростков.

Внедрение новых форм работы и технологий реабилитационных мероприятий позволяет расширить возможности комплексной реабилитации.

Важнейшим элементом комплексной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов, с учетом вышеизложенного является оценка качества выполнения реабилитационных мероприятий. Несмотря на многообразие применяемых методик, методов и мер измерения для оценки эффективности проведенных реабилитационных мероприятий в различных реабилитационных центрах отсутствуют четкие подходы и схемы к оценке показателей эффективности реабилитации[10].

Таким образом, создание стандартизированных единых подходов к оценке эффективности комплексной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, позволит обеспечить эффективное проведение реабилитационных мероприятий.

На примере высокой эффективности комплексной реабилитации у детей и подростков, прошедших реабилитацию в Центре, возможно говорить о создании центра комплексной реабилитации для взрослых с целью повышения качества жизни взрослого населения и активной интеграции его в общество.

Список литературы

1. Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 г.: распоряжение правительства РФ от 18 декабря 2021 г. №3711-р // Собрание законодательства. – 2022. № 1. – Ст. 260.
2. О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов: постановление Правительства РФ от 27 декабря 2021 г. № 2339 // Собрание законодательства. – 2021. № 52 (Часть I). – Ст. 9173.
3. Лайковская Е.Э., Владимирова О.Н., Афонина К.П., Злоказов А.В., Любушкина Т.Л. Оценка результативности формирования системы комплексной реабилитации в свердловской области: влияние пилотного проекта // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2020. - Т. 23. - №4. - С. 15-22. doi: 10.17816/MSER55044
4. Бронников В.А., Склянная К.А., Григорьева М.И. Стандартизация услуг по медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в пермском крае // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2020. - Т. 23. - №4. - С. 28-38. doi: 10.17816/MSER55292

[9] БУ «Реабилитационный центр для детей» Минтруда Чувашии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://det-reabilit.soc.cap.ru

[10] Бронников В.А., Склянная К.А., Григорьева М.И. Стандартизация услуг по медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в пермском крае // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2020. - Т. 23. - №4. - С. 28-38. doi: 10.17816/MSER55292

5. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.who.int/ru/
6. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/
7. БУ «Реабилитационный центр для детей» Минтруда Чувашии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://det-reabilit.soc.cap.ru/
8. ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.21.gbmse.ru/

Spisok literatury:

1. Koncepciya razvitiya v Rossijskoj Federacii sistemy kompleksnoj reabilitacii i abilitacii invalidov, v tom chisle detej-invalidov, na period do 2025 g.: rasporyazhenie pravitel'stva RF ot 18 dekabrya 2021 g. №3711-r // Sobranie zakonodatel'stva. – 2022. № 1. – St. 260.
2. O realizacii pilotnogo proekta po okazaniyu uslug po kompleksnoj reabilitacii i abilitacii detej-invalidov: postanovlenie Pravitel'stva RF ot 27 dekabrya 2021 g. № 2339 // Sobranie zakonodatel'stva. – 2021. № 52 (CHast' I). – St. 9173.
3. Lajkovskaya E.E., Vladimirova O.N., Afonina K.P., Zlokazov A.V., Lyubushkina T.L. Ocenka rezul'tativnosti formirovaniya sistemy kompleksnoj reabilitacii v sverdlovskoj oblasti: vliyanie pilotnogo proekta // Mediko-social'naya ekspertiza i reabilitaciya. - 2020. - T. 23. - №4. - C. 15-22. doi: 10.17816/MSER55044
4. Bronnikov V.A., Grigor'eva M.I., Serebryakova V.YU. Tekhnologiya rannej pomoshchi v sisteme profilaktiki detskoj invalidnosti v permskom krae // Mediko-social'naya ekspertiza i reabilitaciya. - 2020. - T. 23. - № 4. - C. 58-67. doi: 10.17816/MSER55321
5. Vsemirnaya organizaciya zdravoohraneniya (VOZ) [Elektronnyj resurs]. - Rezhim dostupa: http://www.who.int/ru/
6. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoj statistiki [Elektronnyj resurs]. - Rezhim dostupa: https://rosstat.gov.ru/
7. BU «Reabilitacionnyj centr dlya detej» Mintruda CHuvashii [Elektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: http://det-reabilit.soc.cap.ru
8. FKU «GB MSE po CHuvashskoj Respublike-CHuvashii» Mintruda Rossii [Elektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: https://www.21.gbmse.ru

УДК 330.34.014.2

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОТРЫВЕ КОРНЯ МЕНИСКА

TACTICS OF TREATMENT FOR THE MENISCUS ROOT TEAR

Бесаев А.Г.
Besaev A.G.

СПБ ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»
Санкт-Петербург, Северный проспект д.1, e-mail: b4@zdrav.spb.ru

Аспирант кафедры травматологии и ортопедии
ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России Россия,
194044, Санкт-Петербург,
Б. Сампсониевский проспект, дом 11/12,
Тел: + 79112171613,
E-mail: alanbesaev@gmail.com

Одной из разновидностей повреждений коленного сустава является отрыв корня мениска непосредственно в месте прикрепления к костной основе или радиальные его разрывы в пределах 1 см от этой зоны.

Биомеханически эту травму можно сравнить с тотальной менискэктомией, что приводит к уменьшению площади тибиофеморального контакта и увеличению контактного давления в поврежденном отделе.

Отрыв корня мениска (его место прикрепления) – это особый вид повреждения мениска, который привлекает пристальное внимание за последние 5 лет и составляет 10-20% от всех разрывов мениска, от которых страдают ежегодно 100 тысяч человек[1,2].

Целостность зон прикрепления менисков обеспечивает их постоянное нахождение в проекции суставной щели.

Ключевые слова: *артроскопия, коленный сустав, операция, магнитно-резонасная томография, мениск, отрыв корня мениска, экструзия, остеоартроз*

Key words: *arthroscopy, knee joint, surgery, magnetic resonance imaging, meniscus, meniscus root tear, extrusion, osteoarthritis*

При отрыве корня мениска происходит его экструзия (т.е. выдавливание за пределы суставной поверхности). При этом вместе с экструзией синдром гиперпрессии мыщелков наблюдается значительно раньше, вследствие чего наступает критический износ хряща и раннее прогрессирование остеоартроза коленного сустава.

Динамика остеоартроза от I-й стадии до III-й может быть пройдена в течении 1го года.

Такие повреждения мениска нередко могут приводить к выраженному нарушению функции сустава, к стойкой утрате трудоспособности, а нередко, к необходимости эндопротезирования коленного сустава.

---

1 James Robinson, Robert F LaPrade – Meniscal Root Repair Using a Single-Tunnel Technique, Smith&Nephew https://doi: 10.1177/0363546517749807. Epub 2018 Jan 24

2 Jorge Chahla, Samuel G. Moulton, Christopher M. LaPrade, Chase S. Dean and Robert F. LaPrade - Posterior Meniscal Root Repair: The Transtibial Double Tunnel Pullout Technique https://doi: 10.1016/j.eats.2016.01.006, 2016 Apr; 5(2): e291–e296

До недавнего времени отрывы корней менисков лечились полной или частичной (парциальной) менискэктомией. В настоящее время шов корня мениска является методом выбора, целью которой являются восстановление кинематики сустава, контактного давления и задержка развития раннего остеоартроза.

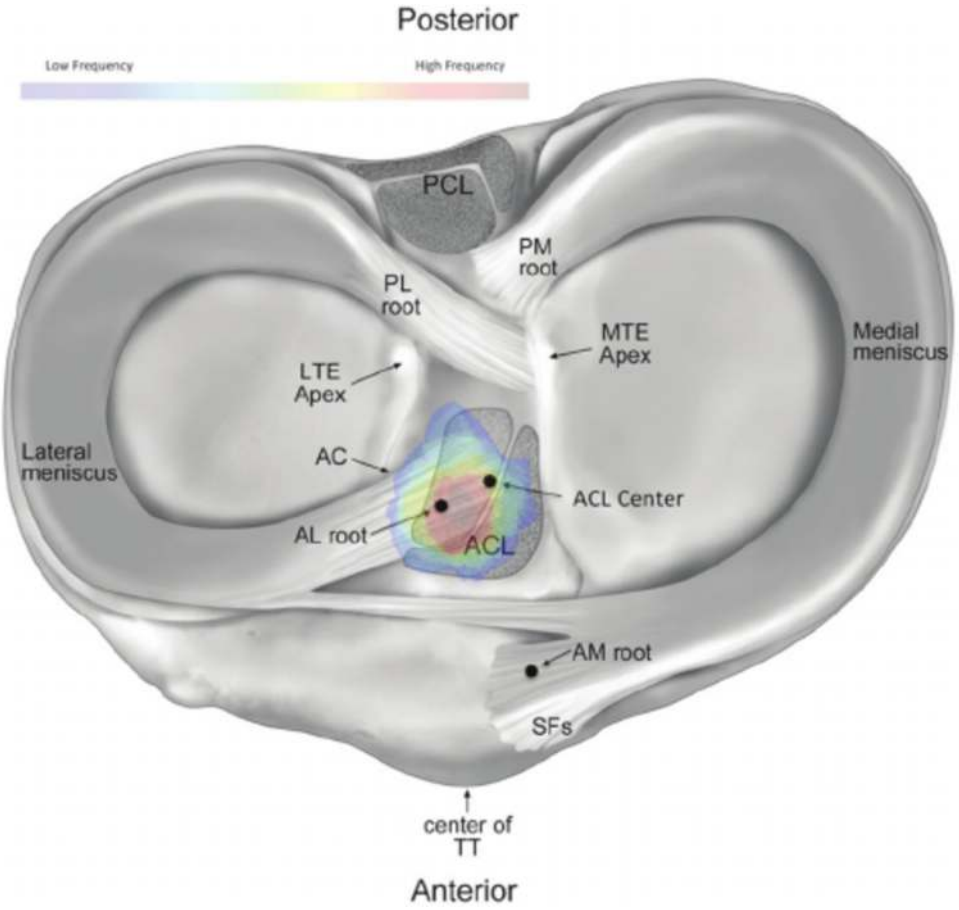
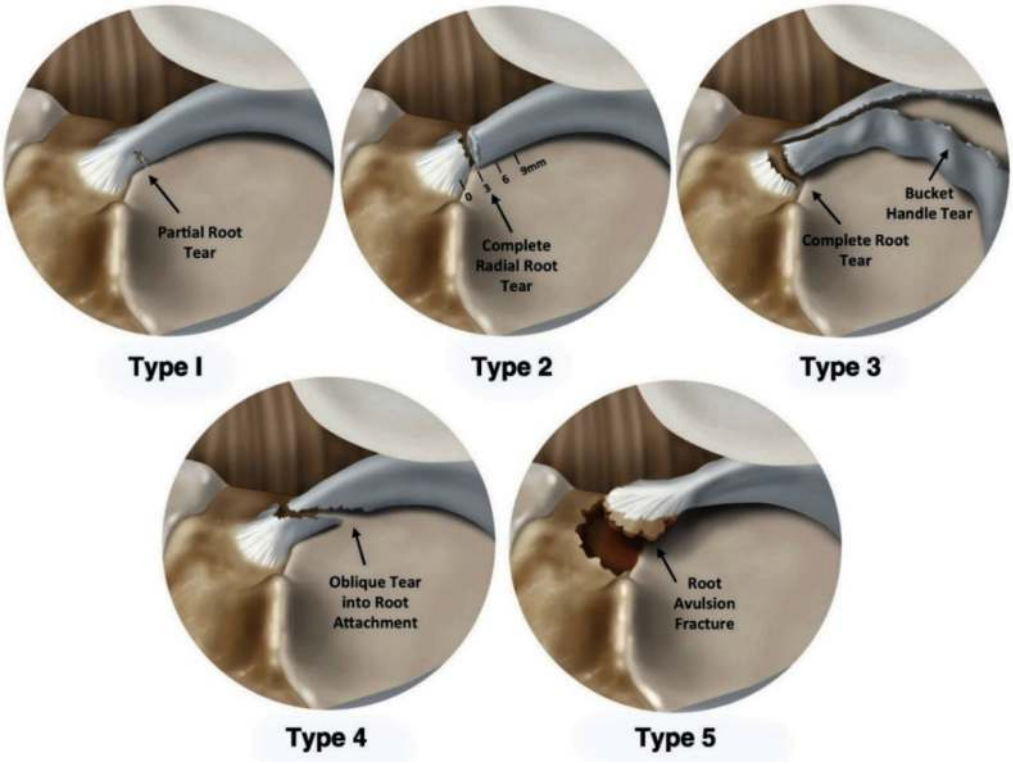


Рис.1. PL/PM root – задний корень латерального/медиального мениска
AL/AM root - передний корень латерального/медиального мениска.

Классификация отрывов корня мениска по LaPrade
1. Частичный разрыв корня
2. Полный (завершенный) радиальный разрыв корня
3. Полный разрыв корня + разрыв по типу «ручки лейки»
4. Косой разрыв корня в зоне прикрепелния
5. Отрывной перелом корня



Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 110 пациентов, которым производилась артроскопия коленного сустава с диагнозом повреждения мениска. Диагноз «Разрыв мениска» был установлен у 89%, а в 11% - отрыв корня мениска. Среди наблюдаемых нами пациентов мужчин было 33%, женщин 67% в возрасте от 25 до 73 лет. Среди наблюдаемых нами пациентов с повреждением мениска преобладали в основном люди в трудоспособном возрасте – 85%.

Известно, что наиболее ценными диагностическими методами при повреждениях мениска являются:

1. Анамнез и клинические данные
2. МРТ
3. Артроскопия

При анализе нашего материала анамнез и клинические данные способствовали установлению диагноза у 60% пациентов. При МРТ – у 90%, а окончательный диагноз был установлен при артроскопии коленного сустава у всех больных.

Как уже отмечалось, операцией выбора при отрыве корня мениска является восстановление целостности его дефекта.

Однако при локализации повреждения вне области корня в некоторых случаях восстановление мениска не представляется возможным из-за характера повреждения. В таких случаях вынужденно используются традиционные методы – резекция поврежденного отдела мениска.

В наших наблюдениях шов корня мениска применили у всех пациентов, в то время как восстановление других отделов мениска удалось лишь в 40% случаев, остальным вынуждены были выполнить частичную резекцию.

По нашим наблюдениям наиболее оптимальным оперативным вмешательством является разработанный нами четырехканальный транстибиальный шов корня мениска.

Этот способ был использован при лечении 6 пациентов.

Результаты. Клинический пример: Пациентка, 48 лет, по профессии менеджер, за 2 месяца до поступления в клинику получила травму - подвернула ногу, почувствовала хруст, резкую боль в подколенной области. Лечилась консервативно – НПВС, хондропротекторы, внутрисуставные инъекции препаратов гиалуроновой кислоты – без значительного положительного эффекта.

После консультации у пациентки диагностирован отрыв заднего корня медиального мениска, предложено оперативное лечение.



Рис.2 Экструзия медиального мениска.

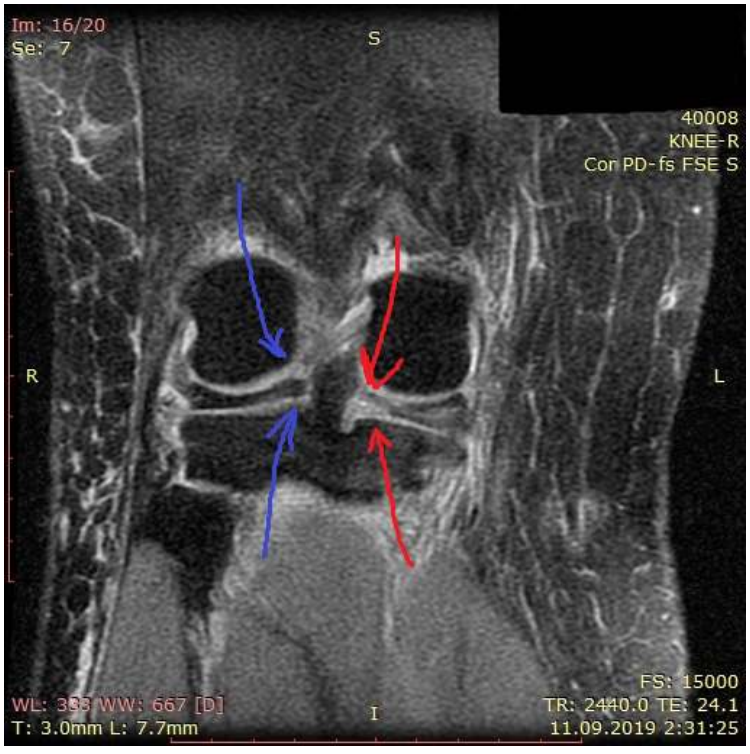


Рис.3. Отрыв корня.

Протокол операции

Передне-латеральный доступ для оптики, передне-медиальный доступ для инструментов. Полость коленного сустава заполнена физиологическим раствором.

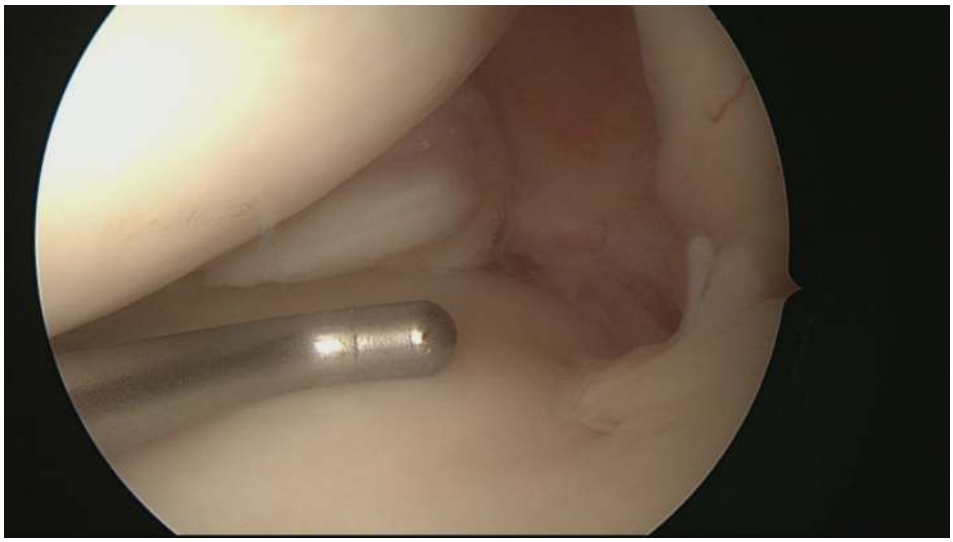


Рис.4 Артроскопия.

При осмотре сустава обнаружено: гипертрофия, гиперемия ворсин синовиальной оболочки в переднем отделе и верхнем завороте без признаков ущемления. Суставной хрящ – хондромаляция I латерального отдела, хондромаляция II-III медиального отдела. Латеральный мениск – без патологии, при пальпации крючком устойчив. Медиальный мениск – отрыв заднего рога от места прикрепления. Передняя крестообразная связка и задняя крестообразная связка без повреждений, незначительно дегенеративно изменены, тесты нестабильности отрицательные, тонус в норме.

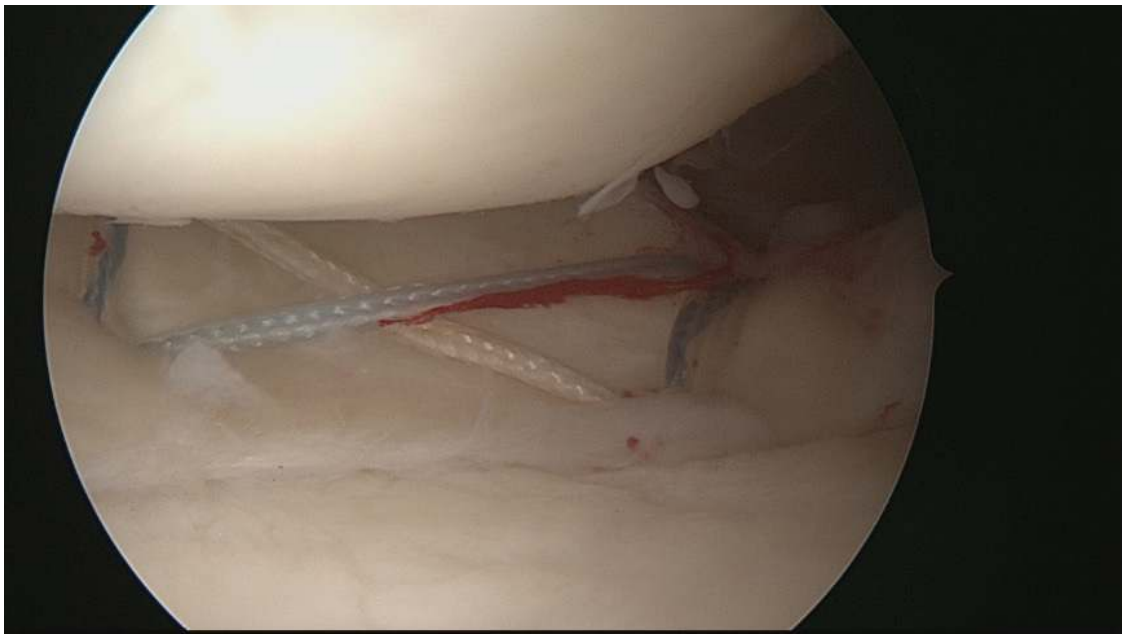


Рис.5 Артроскопия. Этап операции

Выполнено: После обработки зоны Foot Print до «кровяной росы» (при помощи артроскопической кюретки и костного бора на шейвере), прошивания 2-мя П-образным швом и 2-мя продольными швами заднего рога медиального мениска (при помощи шовного скорпиона и прошивных инструментов) и формирования 4х параллельных костных каналов диаметром, произведена рефиксация заднего корня медиального мениска с помощью титановой шовной пуговицы TightRope ABS Button, Round Concave 14 мм (Arthrex). Пуговица фиксирована путем завязывания нитей на большеберцовой кости. Произведен дебридмент зон хондромаляции с помощью артроскопического рашпиля. Полость коленного сустава промыта. Шов ран. Асептическая наклейка. Ортопедический тутор.

Выписана на 2е сутки после оперативного вмешательства.

Амбулаторное лечение 6 недель. Приступила к работе по своей профессии. Осмотрена через полгода. Жалоб не предъявляет. Работает в прежнем режиме.

Вывод: Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что отрыв корня мениска – это результат острой травмы или повторяющихся локальных нагрузок коленного сустава. Чаще всего отрыв корня мениска наблюдается у лиц трудоспособного возраста, а своевременное адекватное хирургическое лечение позволяет избежать грозных осложнений и восстановить трудоспособность. Наиболее оптимальным среди оперативных вмешательств является четырехканальный транстибиальный шов корня мениска, который позволяет снизить послеоперационное ограничение осевой нагрузки до 3х недель и добиться более ранней реабилитации пациентов.

Список литературы:
Spisok literatury:

1. James Robinson, Robert F LaPrade – Meniscal Root Repair Using a Single-Tunnel Technique, Smith&Nephew https://doi: 10.1177/0363546517749807. Epub 2018 Jan 24
2. Jorge Chahla, Samuel G. Moulton, Christopher M. LaPrade, Chase S. Dean and Robert F. LaPrade - Posterior Meniscal Root Repair: The Transtibial Double Tunnel Pullout Technique https://doi: 10.1016/j.eats.2016.01.006, 2016 Apr; 5(2): e291–e296

УДК 616.1

УПРАВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ РИСКАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

MANAGEMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASE RISK IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Бояков Д.Ю.
Boyakov D.Y.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Россия, 390026, Рязань, ул.Высоковольтная, дом 9

Клинический ординатор 2 года обучения по кардиологии, старший лаборант кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы
Тел. 89610340805
E-mail: boyakov96@gmail.com
Научный руководитель, соавтор: 1. к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии, профилактической медицины и общей врачебной практики ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России Якубовская А.Г. (Yakubovskaya A.G.)
2. Гастроэнтеролог высшей квалификационной категории, заведующая гастроэнтерологическим отделением ГБУ РО «ОКБ», главный внештатный специалист-гастроэнтеролог Министерства здравоохранения Рязанской области Кодякова О.В. (Kodyakova O.V.)

Изучение иммуноопосредованных связей между воспалительными заболеваниями кишечника и сердечно-сосудистой патологией может предоставить основу для формирования новых возможностей в своевременной профилактике, диагностике и эффективном лечении заболеваний сердца и сосудов, являющихся абсолютными лидерами по смертности в России и в мире. На сегодняшний день в России не проводилось крупных эпидемиологических исследований, изучавших распространённость традиционных сердечно-сосудистых факторов риска и сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. Проблема становится всё более актуальной по мере повышения качества жизни и экономического благополучия населения. Вашему вниманию представляется обсуждение основных стратегий управления сердечно-сосудистыми рисками у пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона и первые данные российского исследования по динамическому наблюдению за состоянием сердечно-сосудистой системы у пациентов, страдающих воспалительными заболеваниями кишечника.

Ключевые слова: *воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, хроническое системное воспаление.*

The study of immuno-mediated links between inflammatory bowel diseases and cardiovascular pathology can provide a basis for the formation of new opportunities in the timely prevention, diagnosis and effective treatment of heart and vascular diseases, which are absolute leaders in mortality in Russia and in the world. To date, no major epidemiological studies have been conducted in Russia that have

studied the prevalence of traditional cardiovascular risk factors and cardiovascular diseases in patients with inflammatory bowel diseases. The problem is becoming more urgent as the quality of life and economic well-being of the population improve. Your attention is drawn to the discussion of the main strategies for managing cardiovascular risks in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease and the first data of a Russian study on dynamic monitoring of the state of the cardiovascular system in patients suffering from inflammatory bowel diseases.

Key words: *inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's disease, cardiovascular diseases, risk factors, chronic systemic inflammation.*

Изучение взаимосвязей между различными системными заболеваниями с множественными иммунопатиями в рамках аутовоспалительно-аутоиммунного континуума способствует открытию новых горизонтов для развития персонализированной медицины. Примером славных достижений в этой области является появление и внедрение в клиническую практику новых доказательных данных по управлению рисками сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ревматоидным артритом, псориатическим артритом, анкилозирующим спондилоартритом [1]. Несмотря на недавно появившиеся данные первых крупных многоцентровых исследований, успехи в изучении кардиоваскулярных профилактических возможностей у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) куда более скромные. Эта проблема ныне не обсуждается повсеместно среди отечественных специалистов, при том, что распространённость воспалительных заболеваний кишечника имеет тенденцию к неуклонному росту. Мы не можем позволить себе оставить без внимания вопрос оптимизации наших возможностей по профилактике развития жизнеугрожающих сердечно-сосудистых патологий у пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона.

По данным свежих мета-анализов были выявлены статистически значимые независимые ассоциации между воспалительными заболеваниями кишечника и ишемической болезнью сердца (в частности, инфарктом миокарда), а также цереброваскулярной болезнью [2,3], в большей степени выраженные у женщин. ВЗК, кроме того, ассоциируются с повышенным риском тромбоэмболических осложнений [1]. Продемонстрированные данные о повышенных рисках кардиоваскулярной патологии при воспалительных заболеваниях кишечника нельзя объяснить лишь отягощённостью традиционными факторами риска у этой группы пациентов, эта концепция получила название «парадокс ВЗК» [1]. Рациональный подход к ведению пациентов с ВЗК с кардиоваскулярных позиций включает в себя акцент на традиционных и нетрадиционных факторах сердечно-сосудистого риска (к которым относят, в частности, контроль активности ВЗК и акцент на болезнь-модифицирующей терапии) [3]. Необходимо стремиться к формированию индивидуального плана модификации образа жизни, в частности, путём разработки долговременных программ обучения пациентов с использованием дистанционных технологий. Язвенный колит и болезнь Крона ассоциируются с ускоренным атерогенезом и нестабильностью атеросклеротических бляшек, поэтому важно достигать индивидуальных целевых значений холестерина ЛПНП и холестерина не-ЛПВП с учётом модифицирующего влияния как самих воспалительных заболеваний кишечника, так и негативного влияния на липидный профиль некоторых используемых при ВЗК препаратов (например, глюкокортикостероидов). Применяемые при ВЗК препараты могут оказывать как защитное, так и неблагоприятное влияние (в частности, дозозависимое [1]) на сердечно-сосудистые исходы. Глюкокортикостероиды ассоциированы с артериальной гипертензией, инсулинорезистентностью, повышенным риском тромбоэмболических осложнений. Для обсуждения возможных протективных эффектов препаратов, используемых при ВЗК (например, 5-аминосалицилатов, генно-инженерной биологической терапии), ныне доказательных данных недостаточно, требуется дальнейшее изучение. Для реализации принципов пациенториентированного подхода следует придерживаться согласованного плана ведения больных этой группы со стороны гастроэнтерологов и кардиологов/терапевтов/врачей общей практики. В частности, специалисты могут придерживаться взаимоисключающих взглядов по вопросу формирования у пациентов рациональных стереотипов питания и пищевых предпочтений (например, относительно употребления овощей и фруктов, растительной клетчатки). Следует прилагать макси-

мальные усилия для побуждения пациентов к отказу от курения, контролю артериального давления, массы тела, окружности талии, уровня холестерина ЛПНП, повышению уровня физической активности и объёма потребления пищевых продуктов, способствующих профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и рецидивов ВЗК. Необходимо способствовать повышению приверженности пациентов к лечению, в частности путём создания обучающих программ и систем поддержки пациентов. Важным в ведении пациентов с ВЗК является тщательное мониторирование активности заболевания, так как относительный риск сердечно-сосудистых катастроф значительно возрастает при рецидиве язвенного колита или болезни Крона [4]. Воспалительные заболевания кишечника также, являясь большой медико-социальной проблемой, ассоциируются с повышенной распространённостью психологических дисрегуляторных факторов, способствующих значимому повышению уровня провоспалительных цитокинов, таких как, интерлейкин-6 и С-реактивный белок, что затрудняет контроль ВЗК, поддержание клинической, эндоскопической и гистологической ремиссии и может способствовать прогрессированию хронического системного воспаления сосудов [4,5]. Новой областью исследований является изучение факторов урбанизации и экологических аспектов в рамках изучения взаимосвязи хронических системных воспалительных заболеваний.

Нами была оценена распространённость сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их традиционных факторов риска у пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона в городе Рязань. Дополнительно оценивалась артериальная жёсткость на основании метода объёмной сфигмографии. Были включены пациенты в возрасте старше 18 лет, страдающие язвенным колитом (ЯК) или болезнью Крона (БК), с любым стажем заболевания, протяжённостью поражения и любой базисной терапией, подписавшие информированное согласие. Проведены: оценка анамнеза, сбор жалоб, выяснение давности, активности воспалительного заболевания кишечника (ВЗК), проводимой терапии, оценка клинико-демографической характеристики, анализ традиционных сердечно-сосудистых факторов риска, уточнение личного анамнеза сердечно-сосудистых заболеваний; общий осмотр, оценка антропометрических показателей; заполнение опросников (шкала сонливости Эпворта, КОП-25, тест AUDIT); инструментальные исследования (УЗИ сердца, суточное мониторирование АД и ЭКГ, респираторное мониторирование, тредмил-тест, оценка артериальной жёсткости (сердечно-лодыжечный сосудистый индекс), определение лодыжечно-плечевого индекса. Включено 62 пациента (69%- женщины). Средний возраст 46,4±13,3 лет. Клиническая ремиссия у 80%. Частота применения месалазина/сульфасалазина - 84%, генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ)- 21%, глюкокортикостероидов- 16%. Для оценки артериальной жёсткости использовалось определение сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (СЛСИ). Расчётный сосудистый возраст меньше паспортного у 37% (из них ГИБТ получают 22% пациентов), больше паспортного у 29% (ГИБТ у 11%), соответствует паспортному у 32% (ГИБТ у 20%), невозможно определить у 2%. Значения СЛСИ более 9.0 (средний нормативный показатель индекса, полученный в японской популяции, свидетельствует о высоком риске атеросклеротического поражения; артериальная жёсткость, соответствующая этой величине, является тем пределом, после которого существенно нарушается демпфирующая функция магистральных сосудов) регистрировались у 18% пациентов. СЛСИ выше пороговых значений для соответствующей возрастной группы в российской популяции выявлен у 14,5% пациентов (89% из этой группы страдают гипертонической болезнью). Для оценки приверженности к лечению применялся опросник КОП-25. Приверженность модификации образа жизни: высокая- 16%; средняя- 43,5%; низкая- 40,5%. Приверженность лекарственной терапии: высокая- 43,5%, средняя- 38,5%, низкая- 18%. Приверженность медицинскому сопровождению: высокая- 27,5%, средняя- 56,5%, низкая- 16%. Интегральная приверженность лечению: высокая- 21%, средняя- 56,5%, низкая - 22,5%. Артериальная гипертензия выявлена у 40% пациентов. Стенокардия напряжения у 11%, кроме того, для подтверждения или исключения ишемической болезни сердца у 3% других пациентов требуется проведение визуализирующего нагрузочного стресс-метода. Фибрилляция предсердий выявлена у 3% пациентов. Нарушения проводимости: атриовентрикулярная блокада I степени - у 5% пациентов, атриовентрикулярная блокада II степени типа Мобитц II- у одного пациента. Хроническая сердечная недостаточность у 19% (у 92% из них- I стадия). Сахарный диабет у 3%, у одного пациента - нарушение толерантности к глюкозе, у одного пациента - стероидный диабет. Синдром обструк-

тивного апноэ сна диагностирован у 3% пациентов. Курение в анамнезе у 34% пациентов (треть из них не расстались с табаком). Ожирение у 16%; 31% имеют избыточную массу тела. Средний индекс массы тела 25,3±3,8 кг/м2. Низкая физическая активность у 40% пациентов. Семейный анамнез развития сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте у 26%.

Для комплексной оценки распространённости сердечно-сосудистых заболеваний и их традиционных факторов риска в динамике необходимы долговременные крупномасштабные многоцентровые исследования. Исследование механизмов, повышающих сердечно-сосудистый риск у пациентов с ВЗК, а также анализ сходных и различающихся звеньев патогенеза прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ВЗК и другими хроническими иммуноопосредованными заболеваниями может быть полезным для детализации своевременной сердечно-сосдистой профилактической стратегии у больных с ВЗК и создания новой таргетной терапии заболеваний атеросклеротического генеза.

Список литературы

1. Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, Heslinga M, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. Ann Rheum Dis. 2017 Jan;76(1):17-28. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209775.
2. Bigeh A, Sanchez A, Maestas C, Gulati M. Inflammatory bowel disease and the risk for cardiovascular disease: Does all inflammation lead to heart disease? Trends Cardiovasc Med. 2020 Nov;30(8):463-469. doi: 10.1016/j.tcm.2019.10.001.
3. Cainzos-Achirica M, Glassner K, Zawahir HS, Dey AK, Agrawal T, Quigley EMM, Abraham BP, Acquah I, Yahya T, Mehta NN, Nasir K. Inflammatory Bowel Disease and Atherosclerotic Cardiovascular Disease: JACC Review Topic of the Week. J Am Coll Cardiol. 2020 Dec 15;76(24):2895-2905. doi: 10.1016/j.jacc.2020.10.027.
4. Feng W, Chen G, Cai D, Zhao S, Cheng J, Shen H. Inflammatory Bowel Disease and Risk of Ischemic Heart Disease: An Updated Meta-Analysis of Cohort Studies. J Am Heart Assoc. 2017;6(8):e005892. doi:10.1161/JAHA.117.005892.
5. Kappelman MD, Horvath-Puho E, Sandler RS, Rubin DT, Ullman TA, Pedersen L, Baron JA, Sørensen HT. Thromboembolic risk among Danish children and adults with inflammatory bowel diseases: a population-based nationwide study. Gut. 2011 Jul;60(7):937-43. doi: 10.1136/gut.2010.228585.
6. Neuendorf R, Harding A, Stello N, Hanes D, Wahbeh H. Depression and anxiety in patients with Inflammatory Bowel Disease: A systematic review. J Psychosom Res. 2016 Aug;87:70-80. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.06.001.
7. Singh S, Kullo IJ, Pardi DS, Loftus EV Jr. Epidemiology, risk factors and management of cardiovascular diseases in IBD. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2015 Jan;12(1):26-35. doi: 10.1038/nrgastro.2014.202.
8. Sun HH, Tian F. Inflammatory bowel disease and cardiovascular disease incidence and mortality: A meta-analysis. Eur J Prev Cardiol. 2018 Oct;25(15):1623-1631. doi: 10.1177/2047487318792952.
9. Wei L, MacDonald TM, Walker BR. Taking glucocorticoids by prescription is associated with subsequent cardiovascular disease. Ann Intern Med. 2004 Nov 16;141(10):764-70. doi: 10.7326/0003-4819-141-10-200411160-00007.
10. Zanoli L, Inserra G, Castellino P. Increased cardiovascular risk in subjects with a low prevalence of classic cardiovascular risk factors: The inflammatory bowel disease paradox. Trends Cardiovasc Med. 2015 Nov;25(8):705-6. doi: 10.1016/j.tcm.2015.04.001.

Spisok literatury:

1. Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, Heslinga M, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. Ann Rheum Dis. 2017 Jan;76(1):17-28. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209775.
2. Bigeh A, Sanchez A, Maestas C, Gulati M. Inflammatory bowel disease and the risk for cardiovascular disease: Does all inflammation lead to heart disease? Trends Cardiovasc Med. 2020 Nov;30(8):463-469. doi: 10.1016/j.tcm.2019.10.001.

3. Cainzos-Achirica M, Glassner K, Zawahir HS, Dey AK, Agrawal T, Quigley EMM, Abraham BP, Acquah I, Yahya T, Mehta NN, Nasir K. Inflammatory Bowel Disease and Atherosclerotic Cardiovascular Disease: JACC Review Topic of the Week. J Am Coll Cardiol. 2020 Dec 15;76(24):2895-2905. doi: 10.1016/j.jacc.2020.10.027.
4. Feng W, Chen G, Cai D, Zhao S, Cheng J, Shen H. Inflammatory Bowel Disease and Risk of Ischemic Heart Disease: An Updated Meta-Analysis of Cohort Studies. J Am Heart Assoc. 2017;6(8):e005892. doi:10.1161/JAHA.117.005892.
5. Kappelman MD, Horvath-Puho E, Sandler RS, Rubin DT, Ullman TA, Pedersen L, Baron JA, Sørensen HT. Thromboembolic risk among Danish children and adults with inflammatory bowel diseases: a population-based nationwide study. Gut. 2011 Jul;60(7):937-43. doi: 10.1136/gut.2010.228585.
6. Neuendorf R, Harding A, Stello N, Hanes D, Wahbeh H. Depression and anxiety in patients with Inflammatory Bowel Disease: A systematic review. J Psychosom Res. 2016 Aug;87:70-80. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.06.001.
7. Singh S, Kullo IJ, Pardi DS, Loftus EV Jr. Epidemiology, risk factors and management of cardiovascular diseases in IBD. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2015 Jan;12(1):26-35. doi: 10.1038/nrgastro.2014.202.
8. Sun HH, Tian F. Inflammatory bowel disease and cardiovascular disease incidence and mortality: A meta-analysis. Eur J Prev Cardiol. 2018 Oct;25(15):1623-1631. doi: 10.1177/2047487318792952.
9. Wei L, MacDonald TM, Walker BR. Taking glucocorticoids by prescription is associated with subsequent cardiovascular disease. Ann Intern Med. 2004 Nov 16;141(10):764-70. doi: 10.7326/0003-4819-141-10-200411160-00007.
10. Zanoli L, Inserra G, Castellino P. Increased cardiovascular risk in subjects with a low prevalence of classic cardiovascular risk factors: The inflammatory bowel disease paradox. Trends Cardiovasc Med. 2015 Nov;25(8):705-6. doi: 10.1016/j.tcm.2015.04.001.

ПРОФИЛЬ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ГЛАУКОМОЙ В РАМКАХ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

А.В. Бояровская

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

FUNCTIONING ASSESSMENT PROFILE OF A PATIENT WITH GLAUCOMA AS PART OF A MEDICAL AND SOCIAL EXAMINATION

Boyarovskaya A.V.

State Institution «National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation»,
Gorodische, Republic of Belarus

Контактная информация:
Бояровская Анастасия Викторовна, врач-офтальмолог ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», 223027, район д. Юхновка, Колодищанский с/с, 93 Минский р-н, Минская обл., Республика Беларусь.
Рабочий телефон: 8-017-518-13-78,
e-mail: oftalmolog@meir.by.

Аннотация: Глаукома является одной из наиболее частых причин слепоты и слабовидения. Прогнозирование клинического течения заболевания с целью профилактики слепоты и стабилизации патологического процесса является одним из приоритетных направлений в решении проблемы глаукомы.

С целью определения профиля индивидуального функционирования пациента с глаукомой, а также для разработки алгоритма объективизации трудоспособности данной категории пациентов были выбраны домены, наиболее полно отражающие нарушения структур, функций, возможностей активности и участия. Единый профиль оценки функционирования позволяет усовершенствовать проведение медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой путем объективизации принятия экспертного решения, последующего составления индивидуальной программы реабилитации (абилитации) пациента с целью минимизации инвалидизирующих последствий заболевания, устранения или уменьшения барьеров окружающей среды и улучшения качества жизни пациента с глаукомой.

Ключевые слова: *глаукома, медико-социальная экспертиза, профиль оценки функционирования.*

Abstract. Glaucoma is one of the most common causes of blindness and low vision. Predicting the clinical course of the disease in order to prevent blindness and stabilize the pathological process is one of the priorities in solving the problem of glaucoma.

In order to determine the profile of the individual functioning of a patient with glaucoma, as well as to develop an algorithm for objectifying the working capacity of this category of patients, domains were selected that most fully reflect violations of structures, functions, activity and participation opportunities. A unified functional assessment profile allows improving the medical and social examination of patients

with glaucoma by objectifying the adoption of an expert decision, the subsequent compilation of an individual rehabilitation (habilitation) program for the patient in order to minimize the disabling consequences of the disease, eliminate or reduce environmental barriers and improve the quality of life of a patient with glaucoma.

Key words: *glaucoma, medical and social expertise, functioning assessment profile.*

Общее число больных глаукомой в мире неуклонно растет. По данным зарубежных авторов по состоянию на 2010 год в мире насчитывалось 44,7 млн человек с глаукомой. к 2020 г. это число составило около 80 млн. человек, к 2040 г. прогнозируется рост числа больных глаукомой до 111,8 млн человек. Слепота вследствие этого заболевания увеличится с 8,4 в 2020 году до 11,2 млн. человек к 2040 году [1].

Глаукома является одной из наиболее частых причин слепоты и слабовидения с очевидной тенденцией к росту. Так, если в 1991 году в Российской Федерации заболеваемость глаукомой составляла 1,7 на 1000 населения, а как причина инвалидности глаукома занимала второе место, то в настоящее время заболеваемость глаукомой составляет 4,7 на 1000 населения и как причина инвалидизации эта патология выходит на первое место [2,3]. Почти повсеместно в мире глаукома занимает I-IV место в нозологической структуре слепоты. В развитых странах этот показатель ниже, в странах с переходной экономикой и особенно в развивающихся − выше.

В нозологической структуре инвалидизирующих заболеваний органа зрения в Республике Беларусь глаукома прочно занимает одно из первых мест. В 2019, 2020 годах первичная инвалидность вследствие глаукомы составила около 45% от всех заболеваний органа зрения. Около 1000 человек ежегодно становятся инвалидами по зрению вследствие глаукомы [4].

Глаукома — большая группа заболеваний органа зрения, характеризующаяся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления выше приемлемого для данного человека уровня с последующим развитием типичных дефектов поля зрения, снижением остроты зрения и атрофией зрительного нерва. Глаукома — тяжелое нейродегенеративное заболевание, приводящее к необратимой слепоте. Доля первичной открытоугольной глаукомы (далее - ПОУГ) составляет около 90% всех ее форм.

ПОУГ является одной из медико-социальных болезней [5] в силу большой распространенности заболевания, значительных финансовых затрат на медикаментозное лечение каждого конкретного пациента в течение многих лет, а также высокого процента инвалидности по зрению.

ПОУГ относят к мультифакторным заболеваниям [6]. В развитии ПОУГ играют роль наследственность, сердечно-сосудистые нарушения и нарушения гидродинамики глаза, пожилой возраст, расовая принадлежность, наличие высоких аметропий и др. Так, вероятность развития глаукомы при наследственной предрасположенности возрастает в 1520 раз, а при увеличении офтальмогипертензии на 1 мм рт.ст. вероятность глаукомы повышается на 10% [7].

Основными критериями, вызывающими нарушения зрительных функций, которые определяют ограничения жизнедеятельности пациентов с глаукомой, являются: острота зрения, поля зрения, уровень внутриглазного давления, электрофизиологические показатели сетчатки и зрительного нерва, зрительной работоспособности, стабилизации глаукоматозного процесса. Главной характеристикой, отражающей тяжесть патологии органа зрения при глаукоме и определяющей ее влияние на жизнедеятельность человека, является состояние зрительных функций, среди которых основные – острота зрения и оценка полей зрения. При глаукоме отмечается постепенное снижение зрительных функций, часто происходят характерные изменения полей зрения, в то время как острота центрального зрения остается высокой.

Известно, что нестабильно меняющийся уровень внутриглазного давления в связи с неравномерными гидродинамическими нагрузками на зрительный нерв является более сильным фактором развития глаукомы, чем стабильно повышенное его значение. Указанные факторы риска могут встречаться в различных сочетаниях у пациента. Их патогенный потенциал и вектор воздействия будут меняться в зависимости от индивидуальной комбинации и, соответственно, определять прогноз манифестации ПОУГ или характер клинического течения заболевания.

Прогнозирование клинического течения заболевания с целью профилактики слепоты и стабилизации патологического процесса является одним из приоритетных направлений в решении проблемы глаукомы.

С целью определения профиля индивидуального функционирования пациента с глаукомой, а также для разработки алгоритма объективизации трудоспособности данной категории пациентов были выбраны домены, наиболее полно отражающие нарушения структур, функций, возможностей активности и участия.

Для разработки набора доменов, характеризующих профиль индивидуального функционирования пациентов с глаукомой, использовались коды Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ) [8].

Коды МКФ приобретают законченный вид только в присутствии определителя, который отмечает величину уровня здоровья (выраженности проблемы). Использование любого кода сопровождается применением определителя (0, 1, 2, 3, 4).

Оценка отклонений или утрат функций и структур организма, ограничений активности и возможности участия у пациентов с глаукомой проводится по 5-ти бальной шкале оценки МКФ в зависимости от степени выраженности проблемы:

xxx.0 НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные,…) 0-4%;
xxx.1 ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые,...) 5-24%;
xxx.2 УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые,...) 25-49%;
xxx.3 ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные,...) 50-95%;
xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные,...) 96-100%;
xxx.8 не определено;
xxx.9 не применимо.

Для оценки нарушенных функций у пациентов с глаукомой определяются острота зрения и состояние периферического зрения. Оценка остроты зрения в экспертных целях проводится для дали и для близи с учетом объективных признаков наличия или отсутствия заболевания, а также степени их выраженности, в том числе при помощи контрольных методов исследования. Определяется бинокулярность, либо монокулярность зрения, функции полей зрения (при помощи статической и динамической периметрии), периметрические дефекты полей зрения, оценивается качество зрения, сетоощущение, цветоощущение и т.д. Набор доменов для оценки нарушений функций организма при проведении медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Оценка функций при проведении медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой

Функции	Определитель
b 210 Функции зрения	
b 2100 Функции остроты зрения	
b 21000 Острота бинокулярного зрения вдаль	
b 21001 Острота монокулярного зрения вдаль	
b 2101 Функции полей зрения	
b 2102 Качество зрения	
b 21020 Светоощущение	
b 21021 Цветоощущение	
b 21022 Контрастная чувствительность	
b 21023 Качество визуального изображения	
b 215 Функции структур, примыкающих к глазу	
b 220 Ощущения, связанные с глазом и примыкающими к нему структурами	
b 229 Зрение и связанные с ним функции, другие уточненные и не уточненные	

При оценке нарушений структур при проведении медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой оцениваются структуры глазницы, структуры глазного яблока и окружающие глаз: а именно, оценивается состояние конъюнктивы, склеры, сосудистой оболочки, прозрачность и толщина роговицы, состояние радужки, наличие псевдоэксфолиативного синдрома, прозрачность хрусталиков и стекловидного тела, изменения на диске зрительного нерва, выявляемые при офтальмоскопии (патологическое отклонение от нормы пропорций неврального ободка, глаукомная экскавация диска зрительного нерва, перипапиллярная атрофия, клиновидные дефекты в слое нервных волокон сетчатки, примыкающие к краю диска зрительного нерва, геморрагии по краю диска зрительного нерва), состояние слезных желез и относящихся к ним структур. Набор доменов для оценки нарушений структур организма при проведении медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Оценка структур организма при проведении медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой

Структуры	Определитель
s 210 Структура глазницы	
s 220 Структура глазного яблока	
s 230 Структуры, окружающие глаз	
s 2200 Конъюнктива, склера, сосудистая оболочка	
s 2201 Роговица	
s 2202 Радужка	
s 2203 Сетчатка	
s 2204 Хрусталик	
s 2205 Стекловидное тело	
s 2300 Слезные железы и относящиеся к ним структуры	

При исследовании качества жизни пациента с глаукомой основное внимание должно уделяться оценке индивидуального восприятия пациентом своих функциональных возможностей, отношению пациента к тем или иным изменениям в жизни. Имеющееся заболевание влияет не только на физическое состояние человека, но и на психологию его поведения, эмоциональные реакции, часто изменяя его место и роль в социальной жизни, а потому эффективная помощь пациенту невозможна без всестороннего изучения этих проявлений. Набор доменов для оценки активности и участия при проведении медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой представлен в таблице 3.

Таблица 3 – Оценка активности и участия при проведении медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой

Активность и участие	Определитель
d 110 Использование зрения	
d 130 Копирование (подражание)	
d 166 Чтение	
d 170 Письмо	
d 315 Восприятие сообщений при невербальном способе общения	
d 325 Восприятие письменных сообщений при общении	
d 345 Письменные сообщения	
d 360 Использование средств связи и техник общения	
d 460 Передвижение в различных местах	
d 465 Передвижение с использованием технических средств	
d 470 Использование пассажирского транспорта	
d 570 Забота о своем здоровье	

d 5700 Обеспечение собственного физического комфорта	
d 5702 Поддержание собственного здоровья	
d 640 Выполнение работы по дому	
d 750 Неформальные социальные отношения	
d 825 Профессиональное обучение	
d 830 Высшее образование	
d 850 Оплачиваемая работа	

Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время. Эти факторы являются внешними по отношению к пациенту и могут оказывать положительное или отрицательное влияние на его реализацию в обществе, потенциальную способность пациента или на функции и структуру организма пациента. Набор доменов для оценки факторов окружающей среды при проведении медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой представлен в таблице 4.

Таблица 4 – Оценка факторов окружающей среды при проведении медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой

Факторы окружающей среды	Определитель
e 1151 Вспомогательные изделия и технологии для личного использования в каждодневной жизни	
e 120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений	
e 125 Средства и технологии коммуникации	
e 130 Изделия и технологии для обучения	
e 150 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования	
e 155 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования	
e 320 Друзья	
e 325 Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества	
e 340 Персонал, осуществляющий уход и помощь	
e 355 Профессиональные медицинские работники	
e 360 Работники других профессиональных сфер	

Единый профиль оценки функционирования позволяет усовершенствовать проведение медико-социальной экспертизы пациентов с глаукомой путем объективизации принятия экспертного решения, последующего составления индивидуальной программы реабилитации (абилитации) пациента с целью минимизации инвалидизирующих последствий заболевания, устранения или уменьшения барьеров окружающей среды и улучшения качества жизни пациента с глаукомой.

Литература

1. Tham YC, Li X, Wong TY, Quigley HA, Aung T, Cheng CY. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. Ophthalmology. 2014 Nov;121(11):2081-90. doi: 10.1016/j.ophtha.2014.05.013. Epub 2014 Jun 26. PMID: 24974815.
2. Разумовский М.И. Состояние инвалидности и медико-социальная экспертиза // Современная офтальмология: Руководство. – 2-е изд. / Под ред. В.Ф. Даниличева. – СПб: Питер, 2009. – С. 541-556.
3. Либман Е.С., Шахова Е.В. Слепота и инвалидность вследствие патологии органа зрения в России // Вестн. офтальмологии. – 2006. – Т. 122, № 1. – С. 35-37.

4. Информационно-статистический сборник по медицинской экспертизе и реабилитации в Республике Беларусь: в 2 ч.: информ.-стат. сб. / РНПЦ МЭ и Р; сост.: В.Б. Смычек, А.В. Копыток, С.И. Лущинская. – Мн., 2021. – Ч. 1: Показатели инвалидности 2020 г. – 116 с.
5. Алексеев В.Н., Малеванная О.А. Исследование качества жизни больных с первичной открытоугольной глаукомой // Клин. офтальмология. –2003. – Т. 4, № 3. – С. 113-115
6. Leske MC, Wu SY, Hennis A. Risk factors for incident open-angle glaucoma: the Barbados Eye Studies. Ophthalmology. 2008;115:85-93
7. Алешаев М.И. Факторы риска развития первичной открытоугольной глаукомы. Учебное пособие для врачей. Пенза: ГОУ ДПО ПИУ; 2009.
8. Смычёк, В.Б. Основы МКФ. – Минск: БГАТУ, 2015. – 432 с.

References

1. Tham YC, Li X, Wong TY, Quigley HA, Aung T, Cheng CY. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. Ophthalmology. 2014 Nov;121(11):2081-90. doi: 10.1016/j.ophtha.2014.05.013. Epub 2014 Jun 26. PMID: 24974815.
2. Razumovskij M.I. Sostoyanie invalidnosti i mediko-social`naya ekspertiza // Sovremennaya oftal`mologiya: Rukovodstvo. – 2-e izd. / Pod red. B.F. Danilicheva. – SPb: Piter, 2009. – S. 541-556.
3. Libman E.S., Shakhova E.V. Slepota i invalidnost` vsledstvie patologii organa zreniya v Rossii // Vestn. oftal`mologii. – 2006. – T. 122, № 1. – S. 35-37.
4. Informacionno-statisticheskij sbornik po medicinskoj e`kspertize i reabilitacii v Respublike Belarus`: v 2 ch.: inform.-stat. sb. / RNPCz ME` i R; sost.: V.B. Smy`chek, A.V. Kopy`tok, S.I. Lushhinskaya. – Mn., 2021. – Ch. 1: Pokazateli invalidnosti 2020 g. – 116 s.
5. Alekseev V.N., Malevannaya O.A. Issledovanie kachestva zhizni bol`ny`x s pervichnoj otkry`tougol`noj glaukomoj // Klin. oftal`mologiya. –2003. – T. 4, № 3. – S. 113-115
6. Leske MC, Wu SY, Hennis A. Risk factors for incident open-angle glaucoma: the Barbados Eye Studies. Ophthalmology. 2008;115:85-93
7. Aleshaev M.I. Faktory` riska razvitiya pervichnoj otkry`tougol`noj glaukomy`. Uchebnoe posobie dlya vrachej. Penza: GOU DPO PIU; 2009.
8. Smy`chyok, V.B. Osnovy` MKF. – Minsk: BGATU, 2015. – 432 s.

УДК 369.064.7

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

MEDICAL AND SOCIAL PORTRAIT OF CHILDREN BORN WITH EXTREME BODY WEIGHT

Вильцер А. С.
Vilcer A. S.

ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России

Ординатор первого года обучения кафедры педиатрии,
МСЭ и реабилитации детей – инвалидов
Россия, 194044, Санкт-Петербург, Б. Сампсоневский
проспект, дом 11/12
Тел. +79039030816
E-mail: naseusha@mail.ru

Руководитель: Непомнящая С.А., Nepomnyashchaya S.A.
ДПО СПбИУВЭК Минтруда России Россия,194044,
Санкт-Петербург, Б. Самсониевский проспект, дом 11/12

Ассистент кафедры педиатрии, МСЭ и реабилитации
детей – инвалидов
Тел. +79310016017
E-mail: 79310016017@yandex.ru
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Минздрава России, Санкт-Петербург
Калиничева Е.О.
Kalinicheva E. O.
к.м.н., доцент кафедры педиатрии и неонатологии

В данной статье представлен анализ протоколов проведения освидетельствования 150 детей по данным бюро медико-социальной экспертизы № 45 ФКУ «ГБ МСЭ по Санкт – Петербургу» Минтруда России, в результате которого был представлен усредненный портрет новорожденного, основные инвалидизирующие патологии и их структура, связанные с особенностями развития детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), уровень его социально-бытового благополучия.

Ключевые слова: *недоношенные с экстремально низкой массой тела, условия проживания, характеристика семьи, социально-бытовые удобства, отягощенное течение беременности, задержка моторно-речевых функций, задержка физического развития, перинатальное поражение ЦНС, органическое поражение головного мозга, нейросенсорная тугоухость, ретинопатия недоношенных, бронхолегочная дисплазия, врожденные пороки сердца, некротический энтероколит, аганглиоз толстой кишки.*

This article presented an analysis of the protocols for the examination of 150 children according to the Bureau of Medical and Social Expertise No. 45 of the FKU “GB ITU for St. Petersburg” of the Ministry

of Labor of Russia, as a result of which an average porter of a newborn was presented, the main disabling pathologies and their structure associated with features of the development of children with ENMT, the level of their social well-being.

Key words: *premature infants with extremely low body weight, living conditions, family characteristics, social amenities, aggravated pregnancy, delayed motor and speech functions, delayed physical development, perinatal CNS damage, organic brain damage, sensorineural hearing loss, retinopathy of prematurity, bronchopulmonary dysplasia, congenital heart defects, necrotizing enterocolitis, colon agangliosis.*

Текст статьи:

В современном мире технологии выхаживания глубоко недоношенных младенцев шагнули далеко вперёд, что обеспечивает максимальную выживаемость ещё недозревшим младенцам, среди которых особое место занимают дети, родившиеся с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Они представляют особую группу детей, требующих на первом году жизни особого внимания участкового педиатра и других специалистов, так как, чаще всего, имеют тяжелые осложнения со стороны центральной нервной системы, а также сенсорные нарушения; могут выявляться расстройства дыхательной и сердечно-сосудистой систем (в виде бронхо-легочной дисплазии и врожденных пороков сердца), желудочно-кишечного тракта (некротический энтероколит, аганглиоз толстой кишки) и др. Кроме того, младенцы данной категории имеют низкие показатели нервно-психического и физического развития.

Глубоко недоношенные дети в дальнейшем составляют группу риска по формированию инвалидности. Однако, имеющиеся в литературе данные, касающиеся частоты и структуры инвалидности данной категории детей, разрознены и противоречивы. Так, частота встречаемости детей инвалидов раннего возраста в нашей стране варьирует от 18 до 42% (7). Недостаточно данных о процентом соотношений частоты встречаемости различных патологических состояний, приводящих в будущем к формированию стойких нарушений функций организма. Недостаточно оценено влияние биологической терапии на прогноз формирования инвалидности у детей с ЭНМТ.

Недоношенные дети, перенесшие интенсивную терапию и реанимацию в неонатальном периоде, имеют ряд особенностей развития на первом году жизни, которые необходимо учитывать при планировании дальнейшей реабилитации. Однако, в настоящее время существует значительный разрыв между высокими технологиями выхаживания недоношенных детей в специализированных стационарах и последующим наблюдением и реабилитацией их в амбулаторно-поликлинической сети. Отсутствие преемственности, единого научно обоснованного подхода к ведению таких пациентов зачастую приводит к назначению диаметрально противоположных схем лечения и реабилитации. В связи с этим разработка медико-социального портрета детей с ЭНМТ является весьма актуальной и своевременной.

Нами было проведено исследование, целью которого было изучение особенностей условий быта семей, чьи дети входили в группу, оценить их физическое и психическое развитие на момент проведения освидетельствования, изучение анамнеза жизни и состояние соматического здоровья детей, родившихся с ЭНМТ.

Исследование выполнено по данным бюро медико-социальной экспертизы № 45 ФКУ «ГБ МСЭ по Санкт – Петербургу» Минтруда России. Проанализировали протоколы проведенной в 2016-2017 гг. медико-социальной экспертизы 150 детей, из них 96 (64%) детей составили девочки и 54 (36%) мальчиков. Возраст исследуемых составил от 5 месяцев до 6 лет, в среднем - 1 г. 7 мес. (±12 мес.). За первичным освидетельствованием обратились 138 детей (92%), повторное освидетельствование проходили 12 детей (8%). Состояние здоровья оценивали на основании указанных в протоколах сведений из имеющейся у пациентов медицинской документации, а также на основании экспертных заключений педиатра (в том числе, с указанием роста и массы тела исследуемых), невролога и хирурга. Детально оценивались по данным историй болезни нозологии, приводившие к стойким нарушениям функций организма, эффективность проводимых абилитационных/ реабилитационных мероприятий. Диагноз устанавливался по МКБ-10. Подробно анализировались

такие параметры как: состав семьи, бытовые условия, срок гестации, количество беременностей, акушерско-гинекологический анамнез, отягощающие течение беременности данные анамнеза, вид родоразрешения, масса и длина тела ребенка при рождении, оценка по шкале Апгар. Также анализировались антропометрические показатели физического развития и нутриционного статуса на момент освидетельствования.

Математическая обработка результатов исследования произведена с помощью пакета прикладных программ CCS Statistica for Windows v.6.0.437.0. Достоверность исследуемых параметров определяли по непараметрический критерию Уилкоксона.

В результате проведенного исследования было выявлено, что дети с ЭНМТ были рождены от 1-11 (в среднем, от 2±2) беременности, на сроках гестации 26 ± 1 неделя. У всех женщин имело место отягощенное течение беременности; у 44% - в виде акушерско-гинекологической патологии (у 21% из них беременность протекала на фоне урогенитального инфицирования), у 10% - в виде ОРВИ; 11% женщин курили и принимали алкоголь, у 8% - установлен диагноз хронический вирусный гепатит С, у 6% - установлена анемия во время беременности. 45% детей родились путем кесарева сечения по экстренным показаниям. Средняя масса тела при рождении составила 780 ±150 г, длина тела – 31,5 ±3,2 см. 36 детей (24%) родились с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР). Продолжительность пребывания на ИВЛ после рождения составила от 11 до 143 суток, в среднем - 43±32 суток. В стационаре, после их перевода из родильного дома, дети находились, в среднем, в течение 235 ± 52 дней. Анализируя социальную среду развития таких детей, путём статистического анализа заключений бюро МСЭ выявлено, что 96% детей имеют полноценные семьи, 1% - семья не полная, 2% сироты, 1% - ребенок, оставшийся без попечения родителей. Чаще всего в семья 3-4 члена семьи, в которых раннее детей-инвалидов не было. Жилищные условия у них различные: 88,5% проживают в отдельной квартире, 7,5% проживают в жилом помещении в учреждении (социального обслуживания, образования, здравоохранения), 4% проживают в коммунальной квартире. Жилищные условия в основном, были благоприятными: горячая и холодная вода, ванная или душ; центральное отопление и электричество имеется у 100%, канализация у 91%, лифт имеется у 73%, мусоропровод в 73%, интернет у 82%, газ, телефон и балкон у 64%.

На момент освидетельствования в бюро МСЭ у детей оценивались антропометрические данные, анализ которых показал, что у 68% детей имела место выраженная задержка роста, с его отклонением от медианных значений, соответствующих их постнатальному возрасту, на 4,6±1,2σ, дисгармоничное физическое развитие имеет 67%. У 89% обследованных отмечена белково-энергетичекая недостаточность, из которых – 1 степень имеют 21%, 2 степень – 23%, 3 степень – 36% детей.

В результате детальной оценки состояния церебральных структур у таких пациентов были получены следующие данные. Из 104 детей первого года жизни патология центральной нервной системы зафиксирована у 83 (80%): у 48 (58%) - в виде перинатального поражения центральной нервной системы, у 26 (31%) - органического поражения головного мозга, у 9 (11%) – гидроцефалии. Из 46 детей старше года патология центральной нервной системы зафиксирована у 34 (74%): у 22 (80%) – в виде ДЦП (указанный диагноз, как правило, устанавливают в возрасте после года), у 10 (40 %) - органического поражения головного мозга, у 2 (6 %) – гидроцефалии. Ретинопатия недоношенных зафиксирована у 24% детей с ЭНМТ. Нейросенсорная тугоухость 4 степени выявлена у 24 (16%) обследованных (14 из них – первого года жизни).

Нозологическая структура детей с ЭНМТ включала в себя патологию бронхо-легочной и сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта. Так, у 112 (74%) детей была диагностирована бронхо-легочная дисплазия (БЛД), у 105 из них (94%) - в виде новой формы, у 7 (6%) – в виде классической формы. У 67 ребенка (44%) выявлены врожденные пороки сердца (ВПС): у 61 (91%)- в виде открытого артериального протока (у всех проведено его клипирование), у 4 ребенка (6%) диагностировали тетраду Фалло с атрезией легочной артерии (проведена установка системно-легочного шунта слева), у 2 (3%) ребенка – дефект межпредсердной перегородки с его последующей оперативной коррекцией.

20 детям (13%) в первые недели жизни была наложена энтеростома (с её закрытием в дальнейшем): 14 (70%) – в связи с парезом толстой кишки вследствие аганглиоза (с оперативной коррекцией в последующем), 6 (30%) - вследствие перфорации кишечника, обусловленной некротическим энтероколитом. При проведении им медико-социальной экспертизы (в возрасте от 5 месяцев до 7 лет) нарушение функции желудочно-кишечного тракта отмечено только у 1 ребенка 10 месяцев с ранее диагностированным аганглиозом толстой кишки.

Таким образом, у детей с ЭНМТ наблюдаются множественные патологические состояния со стороны органов и систем. И в первую очередь страдают структуры организма с наиболее высоким уровнем метаболических процессов. Наблюдаются различной выраженности церебральные нарушения, патология сенсорных функций, расстройство дыхательной и сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта.

В настоящее время доказано, что у недоношенных новорождённых (при сроке гестации менее 35 нед) гипоксемия приводит к повышению кровотока в стволе головного мозга и перивентрикулярных областях белого вещества. У доношенных новорождённых при поддержании системного АД на нормальном уровне гипоксемия вызывает усиление кровотока во всех областях мозга, но более всего в области ствола, глубоких отделов больших полушарий и базальных ганглиев, как структур, обеспечивающих жизненно важные функции и рефлекторно-двигательные реакции. Дефицит кровоснабжения мозга приводит к ишемическому поражению зон пограничного или коллатерального кровоснабжения бассейнов мозговых артерий, имеющих различное расположение в зависимости от гестационного возраста. Причинами столь частой инвалидизации при массивных ВЖК являются ишемические повреждения перивентрикулярной ткани стенками резко расширенного желудочка с развитием отека мозговой ткани, острым развитием внутричерепной гипертензии. С другой стороны, длительно сохраняющаяся постгеморрагическая вентрикуломегалия пролонгирует дальнейшую ишемизацию мозговой паренхимы [6]. Большое значение в возникновении повреждений перивентрикулярного белого вещества отводится системной воспалительной реакции, формирующейся в ответ на внутриутробно активированный синтез цитокинов у матерей с инфекционными осложнениями течения беременности [3,4].

Также в связи с совершенствованием техники респираторной терапии и выхаживания увеличилось количество выживших глубоко недоношенных детей и повсеместно стали регистрироваться случаи развития БЛД у младенцев, не нуждавшихся в высоких концентрациях кислорода, длительной оксигенотерапии, искусственной вентиляции и не имевших РДС. Это послужило основанием для выделения «новой» БЛД, развивающейся у детей с очень низкой массой тела, гестационным возрастом менее 32 нед при рождении, в том числе после применения сурфактанта. При «новой» БЛД происходит нарушение роста и развития альвеол, сосудов малого круга кровообращения, уменьшение количества альвеол с истончёнными септами, при минимально выраженном фиброзе[5].

Одним из этиологических факторов развития бронхолегочной дисплазии является поражение свободными радикалами кислорода, избыточно образующимися при реоксигенации в процессе реанимации и интенсивной терапии и недостаточностью антиоксидантной системы.

Комбинированное воздействие первичного респираторного заболевания, агрессивной интенсивной терапии и системной воспалительной реакции на незрелые лёгкие недоношенного ребёнка нарушает процесс формирования и роста альвеол происходит повреждение всех структурных компонентов лёгкого. Некроз эпителия дыхательных путей, воспаление и интерстициальный отёк переходят в облитерирующий бронхиолит и перибронхиальный фиброз [5].

Причины возникновения врожденных пороков сердца (ВПС) до конца не ясны. Известно, что наиболее уязвимым для неблагоприятных воздействий на развивающееся сердце является период со 2-й по 7-ю неделю беременности – период закладки и формирования основных структур сердца. Потенциально опасные для формирования патологии сердечно-сосудистой системы плода факторы риска многочисленны и могут сочетаться. К ним относят врожденные и приобретенные заболевания матери (в анамнезе у 3% детей, рожденных с ЭНМТ, у матерей был диагностирован ВПС) был и плода, а также тератогенные факторы внешней среды. Наиболее важными являются наследственные заболевания (хромосомные аномалии и генные мутации), инфекционные, в первую очередь вирусные заболевания (ОРВИ на разных срок диагностированы у 10% матерей

нашей выборки), патология обмена, гормональные нарушения, алкоголизм и прием наркотических веществ, ряд профессиональных вредностей.

Детальное изучение данных патологических состояний, факторов, оказывающих отрицательное влияние на формирование осложнений при комплексной терапии детей с ЭНМТ, на возникновение стойких нарушений функций организма в будущем – весьма важная задача современной медицины. Также известно, что сохранение жизни и здоровья недоношенным новорожденным продолжает оставаться одной из важнейших задач в перинатологии и педиатрии. Изучение проблемы недоношенности приобретает все большую актуальность в связи с введением в Российской Федерации критериев живорожденности согласно рекомендациям ВОЗ.

В 2016-2017 годах демографическая ситуация в городе Санкт-Петербург характеризовалась отрицательной динамикой. Коэффициент рождаемости в регионе в 2016 г. составил 1,32; в 2017 г. - 1,22 родившегося на 1000 детского населения, что ниже среднероссийского уровня (1,62). Отмечалось снижение младенческой смертности на 8% (4,0 на 1000 родившихся живыми в 2013 году, 3,7 на 1000 родившихся живыми в 2017 году). Доля детей, родившихся раньше срока, на протяжении двух лет составляет 19,7-19,2% от всех родившихся, в то время как в Российской Федерации – 6–8%. В настоящее время актуальна проблема выживания и выхаживания этой категории новорожденных с расширением возможных реабилитационных программ в системе ранней помощи для снижения инвалидизации этой категории детей.

Таким образом, представленный медико-социальный портрет детей с ЭНМТ может быть полезен для разработки новых мер профилактики детской инвалидности.

Список литературы

1. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям, родившимся в сроках гестации 22–27 недель/под ред. Д. О. Иванова и соавт., 2016 г., 99 С.
2. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. – М., 2007. – 848 с
3. Распоряжение Правительства РФ от 18.12.2021 N 3711-р <Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года.
4. Филькина О.М., Воробьева Е.А., Долотова Н.В., Матвеева Е.А., Малышкина А.И., Гаджимурадова Н.Д. Факторы риска и алгоритм прогнозирования нарушений здоровья к году жизни у детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Анализ риска здоровью 2016; 13(1): 69–76.
5. Виноградова И.В., Краснов М.В. Состояние здоровья детей с экстремально низкой массой тела при рождении в отдаленные периоды жизни. Вестник современной клинической медицины 2013; 6(1): 20–25.
6. Некрасова Н. В. Медико-социальные аспекты инвалидности у недоношенных детей / Н. В. Некрасова, Е. А. Федянина, О. А. Плотникова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. - № 4. - С. 15-17.

Spisok literatury

1. Klinicheskie rekomendacii po okazaniyu medicinskoj pomoshchi detyam, rodivshimsya v srokah gestacii 22–27 nedel’/pod red. D. O. Ivanova i soavt., 2016 g., 99 S.
2. Neonatologiya: nacional’noe rukovodstvo / pod red. N.N. Volodina. – M., 2007. – 848 s
3. Rasporyazhenie Pravitel’stva RF ot 18.12.2021 N 3711-r <Ob utverzhdenii Koncepcii razvitiya v Rossijskoj Federacii sistemy kompleksnoj reabilitacii i abilitacii invalidov, v tom chisle detej-invalidov, na period do 2025 goda.
4. Fil’kina O.M., Vorob’eva E.A., Dolotova N.V., Matveeva E.A., Malyshkina A.I., Gadzhimuradova N.D. Faktory riska i algoritm prognozirovaniya narushenij zdorov’ya k godu zhizni u detej, rodivshihsya s ochen’ nizkoj i ekstremal’no nizkoj massoj tela. Analiz riska zdorov’yu 2016; 13(1): 69–76.
5. Vinogradova I.V., Krasnov M.V. Sostoyanie zdorov’ya detej s ekstremal’no nizkoj massoj tela pri rozhdenii v otdalennye periody zhizni. Vestnik sovremennoj klinicheskoj mediciny 2013; 6(1): 20–25.
6. Nekrasova N. V. Mediko-social’nye aspekty invalidnosti u nedonoshennyh detej / N. V. Nekrasova, E. A. Fedyanina, O. A. Plotnikova // Mediko-social’naya ekspertiza i reabilitaciya. – 2013. - № 4. - S. 15-17.

УДК 616.831

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2017-2019 ГОДУ

ANALYSIS OF DISABILITY RATES DUE TO THE CONSEQUENCES OF CEREBROVASCULAR DISEASES IN PEOPLE OF YOUNG WORKING AGE IN ST. PETERSBURG IN 2017-2019

Власко В.В., Абросимов А.В., Корнеева С.Ю.
Vlasko V.V., Abrosimov A.V., Korneeva S.Y.

ФКУ «Главное бюро МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России
Россия, 191014, г.Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 58, лит. А

И.о. заместителя руководителя-главного эксперта
Тел. 8 (812) 679-99-42
E-mail: gbmse78@fbmse.ru

В структуре впервые признанных инвалидами среди взрослого населения преобладают инвалиды вследствие болезней системы кровообращения. Исследуемый период (2017-2019 гг.) представляет большой интерес, в связи с тем, что является последним периодом, когда освидетельствования граждан проводились в основном очно. Среди граждан, направленных на медико-социальную экспертизу за период 2017-2019 гг. по поводу цереброваскулярных болезней преобладают граждане пожилого возраста. Чаще всего основным нарушением функций у больных, проходящих освидетельствование по поводу последствий цереброваскулярных болезней, являются нарушения статодинамических функций организма.

Ключевые слова: *цереброваскулярная патология, инвалидность, Санкт-Петербург, молодой трудоспособный возраст.*

In the structure of people recognized as disabled for the first time among the adult population, disabled people due to diseases of the circulatory system predominate. The period under study (2017-2019) is of great interest, due to the fact that it is the last period when examinations of citizens were carried out mainly in person. Among citizens sent for medical and social examination for the period 2017-2019 for cerebrovascular diseases, elderly citizens prevail. Most often, the main dysfunction in patients undergoing examination for the consequences of cerebrovascular diseases are violations of the statodynamic functions of the body.

Key words: *cerebrovascular pathology, disability, St. Petersburg, young working age.*

Актуальность исследования. В Санкт-Петербурге в 2019 г. интенсивный показатель первичной инвалидности при болезнях системы кровообращения составил 16,2 на 10 тыс. населения [10]. Инвалидность вследствие ЦВБ находится на втором месте среди причин инвалидизации вследствие болезней системы кровообращения, и составляет 40% от них [1, 4]. Рассмотрение группы граждан молодого трудоспособного возраста обусловлено тем, что инвалидизация больных из этой возрастной группы несет максимальный вред экономике [5].

Цель исследования: для изучения инвалидности провести ретроспективный анализ первичной инвалидности у лиц молодого трудоспособного возраста.

Научная новизна: исследуемый период (2017-2019 гг.) представляет большой интерес, в связи с тем, что является последним периодом, когда освидетельствования граждан проводились в основном очно (вне мер противодействия коронавирусной инфекции).

Материалы и методы: за 2017-2019 гг. всего в единой автоматизированной вертикально интегрированной информационно-аналитической системе (далее ЕАВИИАС) проведено 30545 освидетельствования граждан с кодом основного заболевания по МКБ I60-I69 (цереброваскулярные заболевания), из них 29029 в бюро и 1516 в экспертных составах главного бюро.

Результаты исследования:

В таблице 1 представлено распределение граждан, освидетельствованных в бюро по возрастным группам, согласно классификации ВОЗ, за исключением двух граждан неизвестного возраста (в ЕАВИИАС отсутствуют сведения о дате рождения).

Таблица 1: Распределение граждан с кодом основного заболевания по МКБ I60-I69 по возрастным группам (различия достоверны

0-17 лет	18-44 года	45-59 лет	60-74 года	75-89 лет	90+ лет
44 (0,2%)	1343 (4,6%)	8140 (28%)	10439 (36%)	7737 (26,7%)	1307 (4,5%)

На первом месте находится группа граждан пожилого возраста (36%), на втором – среднего возраста (28%), на третьем – старческого возраста (26,7%), затем граждане молодого возраста (4,6%), на 5 месте по численности группа долгожителей (4,5%), граждане пожилого возраста достоверно преобладают, $p<0,05$.

Рассмотрим более подробно группу граждан молодого трудоспособного возраста (18-44 года). Из 1343 человек 577 женщин (43%), 766 мужчин (57%), мужчин достоверно больше ($p<0,001$), соотношение показано на рис.1.

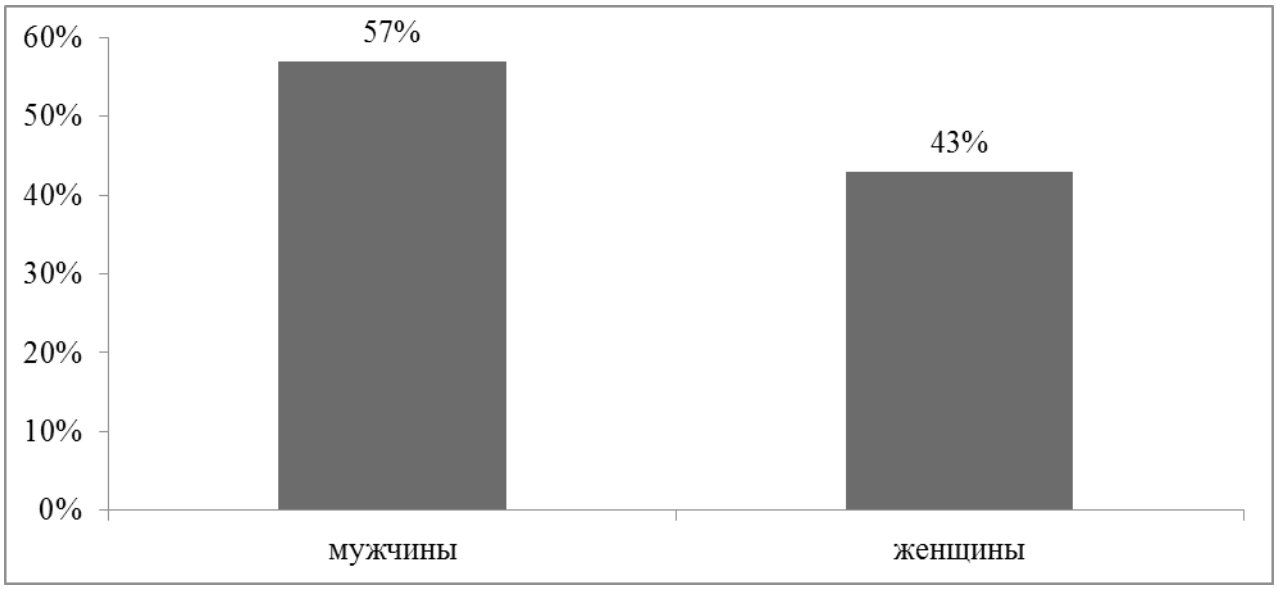


Рис.1 соотношение мужчин и женщин в группе пациентов молодого трудоспособного возраста (различия достоверны, $p<0,05$)

В двух случаях освидетельствование было прекращено. Данные о результатах освидетельствования остальных 1341 граждан представлены в таблице 2.

Таблица 2: Данные о результатах освидетельствования граждан молодого трудоспособного возраста в 2017-2019 гг.

Инвалидность не установлена	Третья группа	Вторая группа	Первая группа	Всего признано инвалидами
140 (10,4%)	617 (46%)	462 (34,5%)	122 (9,1%)	1201 (89,6%)

Наибольшую долю составляют граждане, признанные инвалидами 3 группы, на втором месте – признанные инвалидами 2 группы, далее – не признанные инвалидами и на четвертом месте – инвалиды 1 группы, различия достоверны, $p<0,05$.

Решение о проведении заочной медико-социальной экспертизы (далее МСЭ) было принято в 29 случаях (2,2%), в остальных 1314 случаях (97,8%) были проведены очные освидетельствования, очные освидетельствования преобладают ($p<0,001$).

Всем гражданам, признанным инвалидами (1201 человек) разрабатывалась индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида (далее ИПРА). Технические средства реабилитации (далее ТСР) включены в ИПРА в 747 случаях (62,2%), программы реабилитации с рекомендованными ТСР достоверно преобладают, $p<0,05$.

Таблица 3: Основные нарушения функций у пациентов молодого трудоспособного возраста

Нарушенные функции	**Число граждан и их доля (%)**
Нарушения статодинамических функций	981 (73,2%)
Нарушения функций сердечно-сосудистой системы	223 (16,6%)
Нарушения языковых и речевых функций	68 (5%)
Нарушения психических функций	48 (3,6%)
Нарушения функций системы крови и иммунной системы	5 (0,4%)
Нарушения функций, обусловленный физическим и внешним уродством	5 (0,4%)
Нарушения сенсорных функций	4 (0,3%)
Нарушения функций пищеварительной системы	2 (0,1%)
Без стойких нарушений функций	5 (0,4%)

Данные таблицы 3 свидетельствуют о том, что чаще всего основным нарушением функций у освидетельствуемых лиц по поводу последствий ЦВБ, являются нарушения статодинамических функций организма (73,2%). На втором месте нарушения функций сердечно-сосудистой системы (16,6%), на третьем - нарушения языковых и речевых функций (5%), далее следуют нарушения психических функций (3,6%), нарушения функций системы крови и иммунной системы, нарушения, обусловленные физическим и внешним уродством – по 0,4%), нарушения сенсорных функций - 0,3%, нарушения функций пищеварительной системы (0,1%). Нарушения статодинамических функций достоверно преобладают. В 5 случаях на медико-социальную экспертизу были направлены граждане без стойких нарушений функций организма.

Среди граждан молодого трудоспособного возраста, прошедших освидетельствование в 2017-2019 годах 568 человек было направлено на освидетельствование первично (42,3%), 775 были освидетельствованы повторно (57,7%), повторных освидетельствований значимо больше, $p<0,001$ (рис. 2).

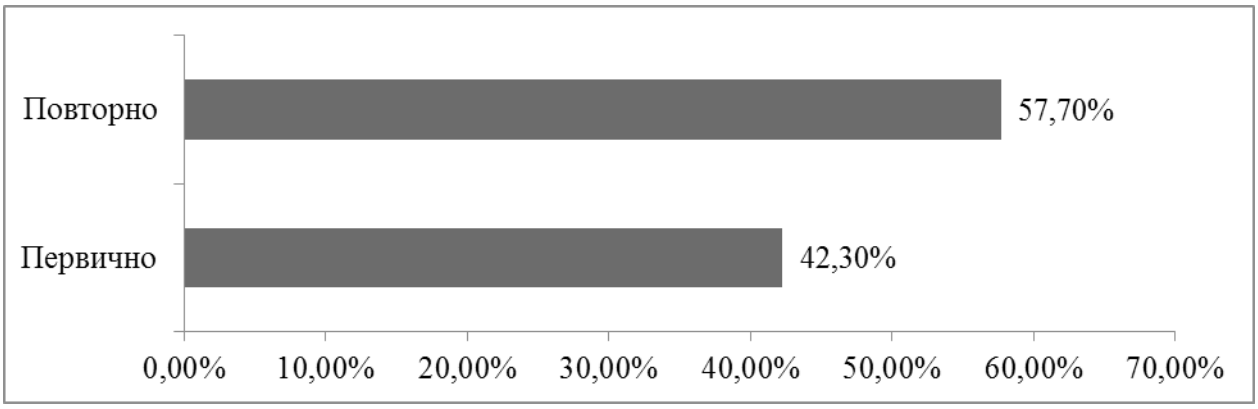


Рис. 2 различия долей граждан первично и повторно признанных инвалидами, различия достоверны с $p<0,05$

Рассмотрим группу граждан впервые направленных на МСЭ. В данной группе 2 освидетельствования были прекращены, из оставшихся 566 человек инвалидами признаны 459 человек (81,1%), не признаны инвалидами 107 человек (18,9%), граждане которым была установлена инвалидность достоверно преобладают, $p<0,001$, различия представлены в таблице 4.

Таблица 4. Впервые направленные на МСЭ граждане молодого трудоспособного возраста

Инвалидность не установлена	Третья группа	Вторая группа	Первая группа	Всего признано инвалидами
107 (18,9%)	259 (45,8%)	140 (24,7%)	60 (10,6%)	459 (81,1%)

Среди граждан, впервые направленных на МСЭ в течение рассматриваемого периода, 214 человек (37,8%) были направлены на МСЭ с открытым больничным листом. Из направленных в период временной нетрудоспособности 65 гражданам инвалидность не установлена (30,4%). Таким образом, более 50% решений об отказе в установлении инвалидности гражданам молодого трудоспособного возраста были вынесены при направлении с открытым больничным листом, что составляет треть случаев направления на МСЭ в период временной нетрудоспособности.

В таблице 5 представлено распределение впервые направленных на МСЭ граждан по группам инвалидности в динамике за три года наблюдения.

Таблица 5. Распределение впервые направленных на МСЭ граждан по группам инвалидности в динамике за три года наблюдения

Год	Инвалидность не установлена	Третья группа	Вторая группа	Первая групп	Всего признано инвалидами
2019	38 (21,6%)	80 (45,5%)	37 (21%)	21 (11,9%)	138 (78,4%)
2018	28 (16,4%)	81 (47,4%)	39 (22,8%)	23 (13,4%)	143 (83,6%)
2017	40 (18,2%)	99 (45%)	64 (29,1%)	17 (7,7%)	180 (81,8%)

В целом, за рассмотренный период наблюдается тенденция к росту числа граждан, не признанных инвалидами (число непризнанных инвалидами в 2019г. достоверно выше, чем в 2017 и 2018гг., $p<0,05$).

Наибольший интерес представляет группа граждан молодого трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами в 2019 году.

Из 138 человек 50 женщин (36,2%), 88 мужчин (63,8%); мужчин достоверно больше (p<0,001). Преобладание мужчин в группе граждан, впервые признанных инвалидами в 2019 г. выражено еще сильнее, чем в целом в группе граждан молодого трудоспособного возраста.

Таблица 6: Данные о результатах освидетельствования ВПИ граждан молодого трудоспособного возраста в 2019 г.

Третья группа	Вторая группа	Первая группа
79 (57,2%)	38 (27,6%)	21 (15,2%)

Как и в целом в группе пациентов молодого трудоспособного возраста в группе впервые признанных инвалидами преобладают граждане, которым была установлена 3 группа инвалидности, их преобладание достоверно, p<0,001.

Решение о проведении заочной медико-социальной экспертизы было принято в 1 случае (0,7%), в остальных 137 случаях (99,3%) было проведено очное освидетельствование, очные освидетельствования преобладают (p<0,001).

Всем гражданам, впервые признанным инвалидами (138 человека) разрабатывалась индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида. Технические средства реабилитации включены в ИПРА в 97 случаях (70,3%), соотношение показано на рисунке 3.

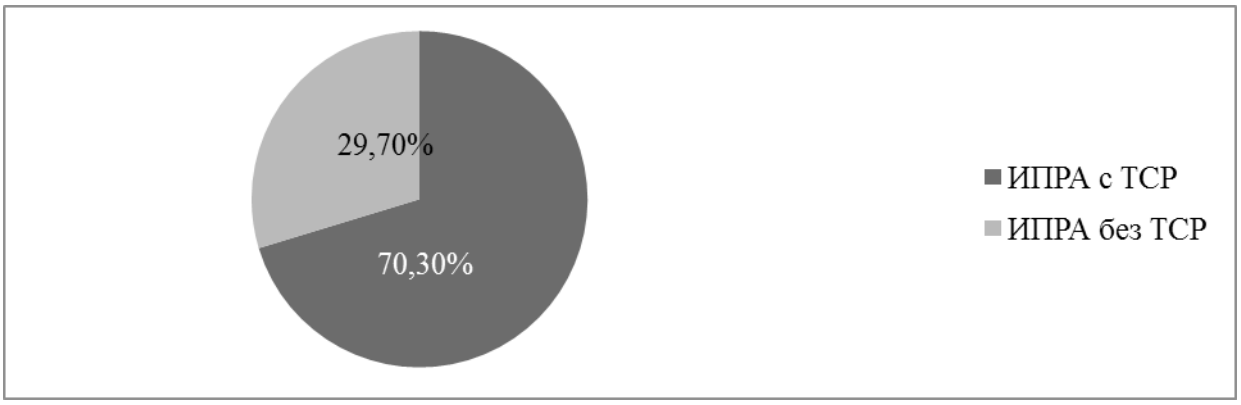


Рис. 3 соотношение программ реабилитации с техническими средствами и без них (различия достоверны с p<0,05)

Впервые признанные инвалидами граждане молодого трудоспособного возраста были разделены на группы в соответствии с наиболее выраженным нарушением функций организма человека, результаты представлены в таблице 7.

Таблица 7: Основные нарушения функций у ВПИ пациентов молодого трудоспособного возраста в 2019 г .

Нарушенные функции	Число граждан и их доля
Нарушения статодинамических функций	111 (80,4%)
Нарушения языковых и речевых функций	13 (9,4%)
Нарушения функций сердечно-сосудистой системы	7 (5,1%)
Нарушения психических функций	5 (3,6%)
Нарушения функций системы крови и иммунной системы	2 (1,5%)

Данные таблицы свидетельствуют о том, что чаще всего основным нарушением функций у больных, проходящих освидетельствование по поводу последствий ЦВБ, являются нарушения статодинамических функций организма (80,4%). На втором и третьем местах по частоте встречаемости следуют нарушения языковых и речевых функций (9,4%) и нарушения функций сердечно-сосудистой системы (5,1%), далее следуют нарушения психических функций (3,6%), нарушения функций системы крови и иммунной системы (1,5%).

Обращает на себя внимание тот факт, что основным нарушением функций в 80,4% случаев является нарушений нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, однако, ИПРА с техническими средствами реабилитации разрабатывается только в 70,3% случаев.

Таблица 8: Структура цереброваскулярной патологии у ВПИ молодого трудоспособного возраста

Заболевание (код по МКБ)	**Число пациентов**	
Субарахноидальное кровоизлияние (I60)	2	
Внутримозговое кровоизлияние (I61)	3	
Инфаркт мозга (I63)	8	
Другие цереброваскулярные болезни (I67)	40	
Поражения сосудов мозга при других болезнях (I68)	1	
Последствия цереброваскулярных заболеваний (I69)	Неуточненные (I69)	28
	Последствия субарахноидального кровоизлияния (I69.0)	2
	Последствия внутричерепного кровоизлияния (I69.1)	5
	Последствия инфаркта мозга (I69.3)	45
	Последствия инсульта, не уточненного как кровоизлияние или инфаркт (I69.4)	4

В таблице 8 представлены структура цереброваскулярной патологии у лиц молодого трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами в 2019 году по поводу цереброваскулярных заболеваний. На первом месте среди используемых кодов по МКБ-10 находятся последствия цереброваскулярных болезней (84 человека) – 60,9%, на втором – другие цереброваскулярные болезни (40 человек) – 29%, далее следует инфаркт мозга (8 человек) – 5,8%, внутримозговое и субарахноидальное кровоизлияние (3 человека) – 2,2%) и (2 человека) – 1,5% соответственно, и поражения сосудов мозга при других болезнях – (1 человек) – 0,7%. Среди последствий цереброваскулярных болезней на первом месте по частоте встречаемости находятся последствия инфаркта мозга 53,6% пациентов. На втором месте последствия неуточненных цереброваскулярных болезней (33,3%), на третьем месте – последствия внутричерепного кровоизлияния (6%).

Заключение. Среди граждан, направленных на МСЭ за период 2017-2019 гг. по поводу ЦВБ преобладают граждане пожилого возраста. Чаще всего основным нарушением функций у граждан, проходящих освидетельствование по поводу последствий ЦВБ, являются нарушения статодинамических функций организма. Среди граждан молодого трудоспособного возраста, впервые направляемых на МСЭ в 2019г, более 20% не были признаны инвалидами. Более 50% решений об отказе в установлении инвалидности гражданам молодого трудоспособного возраста выносятся после направления гражданина на МСЭ в период временной нетрудоспособности, и эти решения составляют практически треть случаев направления на МСЭ с открытым больничным листом. Граждане, впервые признанные инвалидами вследствие ЦВБ, чаще всего нуждались в обеспечении техническими средствами реабилитации, компенсирующими ограничение способности к самостоятельному передвижению.

Список литературы

1. «Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации». Под редакцией М.В. Коробова, В.Г. Помникова. Издательство: Санкт-Петербург, СпецЛит, 2010г.
2. Научно-практический журнал «Медико-социальные проблемы инвалидности» ФГБУ «ФБ МСЭ Минтруда России» (Инвалидности у детей разного возраста. Медико-социальные проблемы детского населения. Оценка функциональных нарушений в медико-социальной экспертизе) 2015-2016.
3. Учебно-методическое пособие «Основные положения международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья». Издательство: Санкт-Петербург, СПИУВЭК, 2013.
4. Методическое пособие «Методика проведения медико-социальной экспертизы и формирование заключений о реабилитационных мероприятиях у детей» под ред. В.Г. Помникова, Г.О. Пениной, О.Н. Владимировой, СПб СПбИУВЭК Минтруда России 2015.
5. «Основные показатели первичной и повторной инвалидности детского населения в Российской Федерации» (статистические сборники). Издательство: Москва, ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России 2015, 2016, 2017.
7. «Классификации и критерии по определению инвалидности при проведении МСЭ с учетом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья». Издательство: Москва, ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы», 2012 г.
8. «Справочник по применению классификаций и критериев при проведении МСЭ с учетом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (методическое пособие). Издательство: Москва, ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы», 2012г.
9. «Справочник по применению количественной оценки в баллах степени выраженности заболеваний, последствий травм или дефектов, приводящих к ограничению основных категорий жизнедеятельности различной степени выраженности» (методическое пособие). Издательство: Москва, ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы», 2012г.
10. Информационная справка «О показателях деятельности и результатах работы Федерального казенного учреждения «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России за 2019 год».

Spisok literatury

1. «Spravochnik po mediko-social'noj ekspertize i reabilitacii». Pod redakciej M.V. Korobova, V.G. Pomnikova. Izdatel'stvo: Sankt-Peterburg, SpecLit, 2010g.
2. Nauchno-prakticheskij zhurnal «Mediko-social'nye problemy invalidnosti» FGBU «FB MSE Mintruda Rossii» (Invalidnosti u detej raznogo vozrasta. Mediko-social'nye problemy detskogo naseleniya. Ocenka funkcional'nyh narushenij v mediko-social'noj ekspertize) 2015-2016.
3. Uchebno-metodicheskoe posobie «Osnovnye polozheniya mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya». Izdatel'stvo: Sankt-Peterburg, SPIUVEK, 2013.
4. Metodicheskoe posobie «Metodika provedeniya mediko-social'noj ekspertizy i formirovanie zaklyuchenij o reabilitacionnyh meropriyatiyah u detej» pod red. V.G. Pomnikova, G.O. Peninoj, N.O. Vladimirovoj, SPb SPbIUVEK Mintruda Rossii 2015.
5. «Osnovnye pokazateli pervichnoj i povtornoj invalidnosti detskogo naseleniya v Rossijskoj Federacii» (statisticheskie sborniki). Izdatel'stvo: Moskva, FGBU «Federal'noe byuro mediko-social'noj ekspertizy» Mintruda Rossii 2015, 2016, 2017.
7. «Klassifikacii i kriterii po opredeleniyu invalidnosti pri provedenii MSE s uchetom Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya». Izdatel'stvo: Moskva, FGBU «Federal'noe byuro mediko-social'noj ekspertizy», 2012 g.
8. «Spravochnik po primeneniyu klassifikacij i kriteriev pri provedenii MSE s uchetom Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya» (metodicheskoe posobie). Izdatel'stvo: Moskva, FGBU «Federal'noe byuro mediko-social'noj ekspertizy», 2012g.
9. «Spravochnik po primeneniyu kolichestvennoj ocenki v ballah stepeni vyrazhennosti zabolevanij, posledstvij travm ili defektov, privodyashchih k ogranicheniyu osnovnyh kategorij zhiznedeyatel'nosti razlichnoj stepeni vyrazhennosti» (metodicheskoe posobie). Izdatel'stvo: Moskva, FGBU «Federal'noe byuro mediko-social'noj ekspertizy», 2012g.
10. Informacionnaya spravka «O pokazatelyah deyatel'nosti i rezul'tatah raboty Federal'nogo kazennogo uchrezhdeniya «GB MSE po g. Sankt-Peterburgu» Mintruda Rossii za 2019 god».

УДК 616-036.82/.85:005.6:614.2

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

ORGANIZATION AND PROCEDURE FOR MEDICAL REHABILITATION IN THE REPUBLIC OF BELARUS

Воронец О.А.[1], Зуева А.В.[2], Копыток А.В.[3]
Voronets O.A., Zuyeva A.V., Kapytok H.V.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»
Республика Беларусь, 223027, Минский р-н, район д. Юхновка, Колодищанский с/с, 93,

[1] научный сотрудник,
Тел.: +375 17 513-90-70,
E-mail: onti@meir.by

[2] научный сотрудник,
Тел.: +375 17 513-90-70,
E-mail: onti@meir.by

[3] заместитель директора по организационно-методической работе, к.б.н., доцент,
Тел.: +375 17 516-70-43,
E-mail: zam.omr@meir.by

В статье представлена организационная структура оказания медицинской реабилитации в организациях здравоохранения Республики Беларусь, рассмотрены нормативные правовые акты, регламентирующие порядок оказания медицинской реабилитации взрослого и детского населения, а также вопросы оценки качества оказания медицинской реабилитации.

Ключевые слова: *медицинская реабилитация, организации здравоохранения, оценка качества.*

The article presents the organizational structure of medical rehabilitation in healthcare organizations of the Republic of Belarus, considers regulatory legal acts regulating the procedure for providing medical rehabilitation for adults and children, as well as issues of assessing the quality of medical rehabilitation.

Key words: *medical rehabilitation, healthcare organizations, quality assessment.*

Реабилитация пациентов и инвалидов является неотъемлемой частью повышения их качества жизни, доступного трудоустройства, полноценного функционирования и интеграции в общество.

Медицинская реабилитация (МР), направленная на максимальное уменьшение или полную ликвидацию последствий заболевания или травмы [1-3], является неотъемлемой частью лечебного процесса, и охватывает весь период от оказания первой медицинской помощи, до максимально возможного уровня восстановления социальных и профессиональных функций человека.

Понятие «медицинская реабилитация» определено Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. N 2435-XII «О здравоохранении». В соответствии с котором медицинская реабилитация – это комплекс медицинских услуг, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных в результате заболевания функций органов или систем организма пациента [4].

Целью проведения МР является восстановление нормальной жизнедеятельности организма пациента и/или компенсация его функциональных возможностей, нарушенных в результате заболевания или травмы.

В настоящее время в Республике Беларусь организация и проведение МР регламентированы нормативными правовыми актами, определяющими уровни оказания медицинской реабилитации, этапы ее проведения и порядок направления пациентов на этапы медицинской реабилитации [5, 6].

Направление пациентов на МР осуществляется врачом-реабилитологом или лечащим врачом. Проводят МР мультидисциплинарные реабилитационные бригады, в состав которых входят следующие специалисты: врач-реабилитолог, врач-ЛФК, врач-рефлексотерапевт, врач-физиотерапевт, логопед, инструктор-методист по физической реабилитации, психолог, медсестра по массажу и др.

При осуществлении МР на пациента заполняется индивидуальная программа медицинской реабилитации пациента (ИПМРП) или план медицинской реабилитации (ПМР). Форма ИПМРП утверждена Постановлением Министерства здравоохранения №77 от 9 июня 2021 «О вопросах проведения медико-социальной экспертизы».

При проведении МР используются психотерапия, технологии лечебной физкультуры, эрготерапия, аппаратная физиотерапия, водолечение, теплолечение, массаж, рефлексотерапия, мануальная терапия и другие методы реабилитации, а также лекарственные средства.

В Республике Беларусь создана и активно функционирует этапная система МР, включающая пять этапов [5]:

1. Стационарный лечебно-реабилитационный этап;
2. Стационарный этап ранней медицинской реабилитации;
3. Амбулаторно-поликлинический этап;
4. Домашний этап медицинской реабилитации;
5. Этап повторной стационарной медицинской реабилитации.

Первый этап – лечебно-реабилитационный – осуществляется в остром периоде заболевания, в т.ч. травмы, в отделениях реанимации и интенсивной терапии, стационарных отделениях организаций здравоохранения по профилю основного заболевания при отсутствии медицинских противопоказаний к МР и в рамках оказания медицинской помощи. Лечебно-реабилитационный этап осуществляется на основе взаимодействия лечащего врача с другими специалистами, работающими в области МР.

Второй этап – этап ранней стационарной медицинской реабилитации – осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания в стационарных отделениях ранней МР.

В стационарные отделения ранней МР направляются пациенты, нуждающиеся в наблюдении специалистов по профилю оказываемой помощи, в проведении высокоинтенсивной и высокотехнологичной реабилитационной помощи, с умеренными и выраженными нарушениями функций после лечения заболеваний высокотехнологичными методами.

Для проведения ранней МР в стационарных условиях пациенты могут направляться из профильных отделений организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, после завершения курса интенсивного лечения, в послеоперационном раннем восстановительном периоде, а также из организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

При поступлении в стационарное отделение ранней медицинской МР пациент осматривается специалистами мультидисциплинарной бригады в соответствии с профилем патологии, которая проводит:

экспертно-реабилитационную диагностику (оценка реабилитационного потенциала, установление клинико-функционального диагноза, определение реабилитационного прогноза, функционального класса нарушений, категорий нарушений, в том числе ограничений жизнедеятельности и др.);

– формирование цели проведения реабилитационных мероприятий;

– формирование ИПМРП.

При выписке пациента из стационарного отделения ранней МР оценивается эффективность проведенной медицинской реабилитации, степень выраженности функциональных нарушений или нарушений, в том числе ограничений жизнедеятельности, выдается выписка из медицинских документов с рекомендациями по дальнейшему проведению медицинской реабилитации. Выданные рекомендации исполняются специалистами организаций здравоохранения, в которых осуществляются дальнейшее медицинское наблюдение, лечение и МР пациента.

Третий этап – амбулаторный этап МР – осуществляется в реабилитационных отделениях амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения (территориальных городских поликлиниках, поликлиниках районных больниц, медико-санитарных частях промышленных предприятий) пациентам с легкими нарушениями функций; легкими, умеренно выраженными, выраженными нарушениями, в том числе ограничениями жизнедеятельности (ФК 1, ФК 2, ФК 3), при отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения и использования интенсивных методов реабилитации, при наличии способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, с уровнем физических, умственных и психических способностей, соответствующих положительному прогнозу восстановления функций.

Четвертый этап МР – домашний этап – осуществляется в ранний и поздний восстановительные периоды на дому пациентам с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4) и крайне низким реабилитационным потенциалом или с отсутствием реабилитационного потенциала при отсутствии медицинских противопоказаний к МР.

Пятый этап МР – этап поздней (повторной) стационарной МР – проводится пациентам в стационарных отделениях медицинской реабилитации в поздний восстановительный период заболеваний, период последствий заболеваний, в случаях, когда последствия заболеваний приобрели стойкий характер и приводят к умеренным и выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК2, ФК3) и требуется применение высокоинтенсивной реабилитационной помощи при условии наличия реабилитационного потенциала, позволяющего рассчитывать на достижение положительного эффекта от МР.

Медицинская реабилитация пациентов завершается в амбулаторном отделении МР поликлиники при восстановлении нарушенных функций, восстановлении или максимальном уменьшении имеющихся нарушений, в том числе ограничений жизнедеятельности, а также в случаях отсутствия эффекта от проведенных реабилитационных мероприятий. При этом необходимо учитывать реабилитационный потенциал, реабилитационный прогноз, решение медико-реабилитационной экспертной комиссии о нуждаемости пациента в МР и другое.

В настоящее время служба МР в стране представлена на всех уровнях оказания медицинской помощи: республиканском, областном, городском.

По состоянию на 31.12.2021 г. в республике функционирует 328 отделений МР, из них 101 стационарное отделение МР с коечной мощностью 4 680 реабилитационных койки.

Медицинская реабилитационная помощь взрослому населению в стационарных условиях осуществляется в 62 отделениях медицинской реабилитации (2 773 коек), детскому населению – в 39 (1 907 койки).

Медицинскую реабилитационную помощь пациентам в амбулаторно-поликлинических условиях оказывают в 227 отделениях медицинской реабилитации.

В структуре коечного фонда отделений МР для взрослого населения 38,1% составляют койки для пациентов с неврологической патологией, 26,5% – с кардиологической и кардиохирургической патологией, 21,5% – ортопедотравматологической патологией, 8,1% – с онкологической патологией, 3,6% – терапевтической и 2,2% - наркологические койки [89].

В стационарных отделениях МР для детского населения койки психоневрологического профиля составляют 31,6%, пульмонологического – 18,5%, ортопедотравматологического – 19,1%, кардиологического – 13,4 %, нефрологического – 5,8%, офтальмологического – 3,1% и т.д.

В последние годы в республике ведется активная работа по разработке и становлению системы оценки качества медицинской помощи. В Республике Беларусь порядок организации и проведения контроля (оценки) качества медицинской помощи регламентируется Законом Республики Беларусь

от 18 июня 1993 г. №2435-XII «О здравоохранении» (в ред. от 11.12.2020 № 94-З), Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 мая 2021 г. №55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи» [7].

Указанное Постановление регламентирует порядок, случаи проведения и критерии оценки качества медицинской помощи, однако при этом не выделены критерии оценки качества медицинской реабилитации. Оказание медицинской реабилитации имеет свою специфику и требует разработки нормативных правовых актов, регламентирующих проведение оценки и контроля качества ее оказания.

В связи с этим в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» в рамках выполнения НИР разработана система контроля качества медицинской реабилитации в организациях здравоохранения, включающая метод оценки качества оказания медицинской реабилитации и критерии оценки качества оказания медицинской реабилитации.

Критерии оценки качества оказания медицинской реабилитации разработаны с учетом условий оказания медицинской помощи населению: для организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях и организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую реабилитацию в стационарных условиях. В основу разработки критериев оценки заложена действующая в стране нормативная правовая база, регламентирующая организацию и проведение медицинской реабилитации.

Оценка качества оказания медицинской реабилитации осуществляется на трех уровнях. Первый уровень – это оценка деятельности организации здравоохранения, оказывающей МР, и включает оценку общих вопросов и вопросов организации работы по оценке качества оказания МР. Оценку проводит ВКК организации здравоохранения или вышестоящая организация. Второй уровень предполагает проведение заместителем руководителя организации здравоохранения оценки оказания МР структурным (реабилитационным) подразделением. В свою очередь на третьем уровне проходит оценка качества оказания МР врачом-реабилитологом. Оценку проводит руководитель (заведующий) структурным (реабилитационным) подразделением по следующим направлениям: общие вопросы, проведение экспертно-реабилитационной диагностики, организация процесса проведения МР, оформление медицинских документов.

Разработанные критерии учитывают специфику оказания МР, отражают своевременность и эффективность ее оказания, правильность выбора методов и мероприятий медицинской реабилитации, степень достижения оптимально возможного для пациента результата, заинтересованность медицинского персонала в результате. Они позволяют подробно и всесторонне оценить условия и качество проведения МР, охватывают все разделы работы организаций здравоохранения. Применение критериев оценки качества оказания МР доступно для использования во всех организациях здравоохранения вне зависимости от их уровня и условий оказания медицинской помощи.

В настоящее время в соответствие с Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.12.2021 г. №1695 реализуется пилотный проект, по результатам которого будет проведен анализ внедрения новой системы оценки качества оказания медицинской реабилитации и внесены изменения в действующие нормативные правовые акты по оценке качества медицинской помощи.

Таким образом, в Республике Беларусь создана и эффективно функционирует служба медицинской реабилитации взрослого и детского населения. Имеется нормативная правовая база, регламентирующая порядок организации и проведения медицинской реабилитации. Проводится работа по совершенствованию организации медицинской реабилитации, повышению ее доступности и качества.

Список литературы

1. Смычек, В.Б. Медико-социальная экспертиза, медицинская реабилитация и качество оказания медицинской помощи в Республике Беларусь: состояние и перспективы развития / В.Б. Смычек и др. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2018. – №2(95). – С. 4–11.

2. Смычек, В.Б. О медицинской реабилитации в Республике Беларусь / В.Б. Смычек // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сборник научных статей. – Минск: Кологрaд, 2018. – С. 218–223.
3. Смычек, В.Б. Реабилитация больных и инвалидов / В.Б. Смычек. – М.: Медлит., 2009. – 506 с.
4. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-XII // Нац. правовой интернет-портал Респ. Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
5. О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.12.2014 года № 1300 // Нац. правовой интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Республики Беларусь. – Минск, 2014
6. О порядке организации и проведения медицинской реабилитации пациентов в возрасте до 18 лет: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.01.2018 г. № 65 // Нац. правовой интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Республики Беларусь. – Минск, 2018
7. Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи: постановление Министерства здравоохранения Респ.Беларусь от 21 мая 2021 г. № 55 // Нац. правовой интернет-портал Респ. Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

Spisok literatury

1. Smychyok, V.B. Mediko-social'naya ekspertiza, medicinskaya reabilitaciya i kachestvo okazaniya medicinskoj pomoshchi v Respublike Belarus': sostoyanie i perspektivy razvitiya / V.B. Smychyok i dr. // Voprosy organizacii i informatizacii zdravoohraneniya. – 2018. – №2(95). – S. 4–11.
2. Smychyok, V.B. O medicinskoj reabilitacii v Respublike Belarus' / V.B. Smychyok // Mediko-social'naya ekspertiza i reabilitaciya: sbornik nauchnyh statej. – Minsk: Kolograd, 2018. – S. 218–223.
3. Smychyok, V.B. Reabilitaciya bol'nyh i invalidov / V.B. Smychyok. – M.: Medlit., 2009. – 506 s.
4. O zdravoohranenii: Zakon Respubliki Belarus' ot 18 iyunya 1993 g. №2435-XII // Nac. pravovoj internet-portal Resp. Belarus' [Elektronnyj resurs] / Nac. centr pravovoj inform. Resp. Belarus'. – Minsk, 2021.
5. O poryadke okazaniya medicinskoj reabilitacii v ambulatornyh, stacionarnyh usloviyah, v usloviyah dnevnogo prebyvaniya, a takzhe vne organizacij zdravoohraneniya: prikaz Ministerstva zdravoohraneniya Respubliki Belarus' ot 10.12.2014 goda № 1300 // Nac. pravovoj internet-portal Respubliki Belarus' [Elektronnyj re-surs] / Nac. centr pravovoj inform. Respubliki Belarus'. – Minsk, 2014
6. O poryadke organizacii i provedeniya medicinskoj reabilitacii pacientov v vozraste do 18 let: prikaz Ministerstva zdravoohraneniya Respubliki Belarus' ot 31.01.2018 g. № 65 // Nac. pravovoj internet-portal Respubliki Belarus' [Elektronnyj resurs] / Nac. centr pravovoj inform. Respubliki Belarus'. – Minsk, 2018.
7. Ob ocenke kachestva medicinskoj pomoshchi i medicinskih ekspertiz, ekspertize kachestva medicinskoj pomoshchi: postanovlenie Ministerstva zdravoohraneniya Resp.Belarus' ot 21 maya 2021 g. № 55 // Nac. pravovoj internet-portal Resp. Belarus' [Elektronnyj resurs] / Nac. centr pravovoj inform. Resp. Belarus'. – Minsk, 2021.

АДЕНОМА ГИПОФИЗА. ПРОЛАКТИНОМА. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И СОВРЕМЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ

ADENOMA OF THE PITUITARY GLAND. PROLACTINOMA. METHODS OF TREATMENT AND MODERN PREVENTION OF HYPERPROLACTINEMIA DEVELOPMENT

Гадоев М.Г.
Иргашева Р.У.
Gadoev M.G.
Irgasheva R.U.

ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет».
424001, Йошкар-Ола, ул. Осипенко, 62

Студенты медицинского института.
Тел. 89969586064
E-mail: khalilovahmed11@gmail.com

Пролактинома – это одна из актуальных проблем современной медицины. Среди аденом гипофиза пролактинома занимает ведущую позицию.

Повышенный уровень пролактина и все последующие изменения в организме человека способствуют развитию тяжелых осложнений: гипогонадизм, олигоспермия, нарушения менструального цикла и другие. Для разрешения данной проблемы наиболее часто используют такие виды лечения как медикаментозная терапия, хирургическое лечение и лучевая нагрузка. На протяжении долгого времени методом лечения было хирургическое вмешательство, однако оно не исключало возникновения рецидивов. Такая ситуация требует более рационального способа разрешения данной патологии. Поэтому необходимо соблюдать такие меры профилактики как выделение пациентов с высоким риском, тщательное наблюдение за уровнем пролактина у людей из группы риска; подбор правильных доз препаратов, что могут спровоцировать снижение дофамина; влияние на этиологические факторы; контроль уровня пролактина у пациентов с ХПН, циррозом печени и другие. Опираясь на проведенный метаанализ, было получено, что использование таких мер профилактики благоприятствует снижению рецидивов пролактиномы.

Ключевые слова: *пролактинома, гипогонадизм, нарушение менструального цикла, медикаментозная терапия.*

Prolactinoma is one of the current problems of modern medicine. Among pituitary adenomas, prolactinoma occupies the leading position.

Elevated prolactin level and all subsequent changes in the human body contribute to the development of severe complications: hypogonadism, oligospermia, menstrual disorders and others. To resolve this problem, the most commonly used treatments such as: drug therapy, surgery and radiation exposure. For a long time, the method of treatment was surgery. However, it did not exclude the occurrence of relapses. This situation requires a more rational way to resolve this pathology.

Therefore, preventive measures such as: isolation of high-risk patients, close monitoring of prolactin levels in people in the risk group; selection of correct doses of drugs which may provoke dopamine reduction; influence on etiological factors; control of prolactin levels in patients with CPN, liver cirrhosis and others have to be observed. Based on the meta-analysis, it was obtained that the use of such preventive measures is favorable to reduce the recurrence of prolactinoma.

Key words: *prolactinoma, hypogonadism, menstrual cycle disorder, drug therapy.*

Пролактинома или аденома передних групп клеток гипофиза – одна из самых распространенных опухолей этой железы и приводит к развитию стойких нейрогуморальных нарушений организма. Ежегодная заболеваемость составляет от 6-10 до 50 случаев на 1 миллион населения [4]. В свою очередь пролактинома обнаруживается чаще других аденом и составляет примерно 33–40% в структуре всех опухолей гипофиза [18]. Такая патология может возникнуть у людей любой возрастной группы. Однако стоит отметить большую встречаемость данной патологии среди женской половины в пубертатном периоде. Приводятся данные о том, что у женщин в этом возрасте 3 раза чаще встречается данная опухоль и может стать причиной нарушения полового созревания. В зрелом же возрасте, в 30-50 лет, эта патология наблюдается с одинаковой частотой [8]. Более 90% пролактином являются микропролактиномами, тогда как макропролактиномы составляют более 50 % из всех встречающихся макроаденом гипофиза. У детей и подростков аденомы гипофиза встречаются очень редко (□3 % всех опухолей головного мозга) в допубертатном возрасте, и чаще всего они являются нефункционирующими аденомами гипофиза. Пролактинома у детей это исключение, клиническая картина и характер течения заболевания могут отличаться от пролактиномы взрослых. Для того, чтобы разобраться в причинах возникновения такого нарушения, необходимо понимать регуляцию выработки пролактина. Его секреция контролируется рядом гормонов, главным из которых является дофамин, который ингибирует его чрезмерную выработку. Секреция пролактина также стимулируется эстрогеном [13]. Другим стимулятором является тиреотропный рилизинг гормон, при снижении которого также может возникать гиперпролактинемия. Основываясь на вышесказанном, можно суммировать, что при нарушении выработки тех или иных гормонов, регулирующих выработку пролактина, возможно формирование данной патологии [2]. Основными физиологическими причинами возникновения данной патологии являются: – стресс, беременность, раздражение молочных желёз и ареолы сосков. Патологическими - поражения гипофиза и гипоталамуса. Стоит отметить, что снижение клиренса пролактина в организме может стимулировать проявление пролактинемии. Лекарственные средства и их влияние опосредуются через центральный эффект антогонистов дофаминовых рецепторов. Например, прием антипсихотиков, антидепрессантов, опиатов и гипотензивных препаратов (блокаторы медленных кальциевых каналов). Снижение клиренса пролактина. Гиперпролактинемия может возникать вторично при заболеваниях печени и почек (цирроз печени, тромбозы почечных артерий, хроническая почечная недостаточность). Механическое раздражение: травма грудной клетки, оперативные вмешательства грудного отдела, мастэктомия, ожоги. Инфекционные агенты на примере герпеса. Поражение спинного мозга: сирингомиелия, эпендимома шейного отдела позвоночника, спинная сухотка. Редкой причиной гиперпролактинемии является эктопическая секреция пролактина. Симптоматическая гиперпролактинемия отмечается при таких заболеваниях, как почечноклеточный рак, гонадобластома, рак шейки матки, неходжкинские лимфомы, колоректальная аденокарцинома и эктопия ткани гипофиза при тератомах яичника. Учитывая редкость данной причины, поиск внематочного источника пролактина считается неоправданным [9]. Норма содержания пролактина в мужском и женском организме различна. У мужчин менее 15 нг/мл, а у женщин менее 20 нг/мл. Яркая клиника и визуализация опухоли на снимках определяется только при достижении уровня пролактина свыше 100 нг/мл, при этом повышение уровня гормона свыше 30 нг/мл будет диагностироваться только клиническими проявлениями [5,18]. Опухоль из пролактинсекретирующих клеток может быть малых (микроаденома) и больших размеров (макроаденома). Микропролактиномы, как правило, встречаются у женщин, а макропролактиномы в 60% случаях встречаются у мужчин. В зависимости от размеров опухоли и будет выбираться тактика лечения. Основными проявлениями гиперпролактинемии у мужчин являются снижение либидо, эректильная дисфункция с гипогонадизмом, проявляющееся олиго или азооспермией. Это связано с тем, что снижаются уровни выработки тестостерона, что также может быть ассоциировано с формированием остеопороза. Мужчины также предъявляют жалобы на снижение зрения, головные боли и нейроофтальмологические симптомы [19]. У женщин проявления гиперпролактинемии часто связано с гормональной дисфункцией ~70% (первичная или вторичная аменорея, галакторея, снижение фертильности) [4,17]. У детей и подростков макропролактинома протекает с такими клиническими симптомами, как головная боль и нарушения зрения. Такое проявление отражает плейотропный эф-

фект лактотропных клеток. Кроме того, у девочек подросткового возраста эти симптомы проявляются вместе с первичной или вторичной аменореей. По вышеуказанному эффекту - возникновение остеопороза при гиперпролактинемии, снижении плотности костной ткани ассоциировано с переломами позвоночника как у мужчин, так и у женщин. Переломы позвоночного столба наиболее часто наблюдаемый признак, связанный со снижением индекса Т (отношение полученного значения плотности кости к среднестатистическому (норма) показателю.) в денситометрии, и отражает длительное течение заболевания на фоне отсутствия лечения. Исследуется влияние повышенного уровня пролактина на обмен липидов. Однако, точный механизм возникновения ожирения при гиперпролактинемии остаётся не исследованным. Для постановки диагноза гиперпролактинемии и выбора тактики дальнейшего лечения необходимо учитывать такие критерии, как: анамнез, осмотр, клинические признаки, результаты лабораторных исследований (особенно уровень пролактина в плазме крови), а также исследования, визуализирующие гипофиз и турецкое седло. Непосредственно диагностика опухоли, произрастающей из лактотропных клеток, базируется на основании стойкого повышения уровня пролактина и выявления аденомы гипофиза посредством нейровизуализации. Увеличение уровня пролактина, как было указано выше 25 нг/л у женщин и 20 нг/л у мужчин уже должно наталкивать врача на более детальное обследование пациента (при учете, что 1 нг/л соответствует 21,2 мЕд/л по стандартам Всемирной Организации Здравоохранения при переводе из одной единицы измерения в другую. Для анализа кровь желательно брать в утренние часы, не менее часа после пробуждения и натощак. Проводить исследование рекомендуется двухкратно, в разные дни, для исключения ложноположительных результатов из-за стресса или его спонтанного повышения [4]. В дополнение, должен быть изучен биохимический анализ крови по уровню пролактина, ТТГ, свободный Т 4 и уровню креатинина, чтобы исключить вторичные причины гиперпролактинемии. Для исключения акромегалии должен быть определен ИФР-1 (инсулиноподобный фактор роста) у всех больных с макропролактиномой , даже если нет никаких проявлений этого заболевания. У женщин детородного возраста с нарушениями менструального цикла обязательно определение хорионического гонадотропина человека (в-хгч) [20]. Помимо упомянутых выше лабораторных исследований, обязательно применение инструментальных методов диагностики для подтверждения диагноза. К ним относятся: МРТ, компьютерная периметрия Goldman (этот метод показан при прилегании опухоли к зрительному перекрёсту), КТ с введением контрастирующего вещества [3,6]. Методом выбора инструментальной диагностики является МРТ, так как только это обследование позволяет визуализировать образования от 1-2 мм. Однако стоит помнить, что структуры и образования меньшей величины не могут быть визуализированы с помощью данного метода, поэтому микроаденомы меньших размеров не визуализируются. По данным исследования Лукьяненка П. И. было проведено МРТ исследование гипофиза у людей с гиперпролактинемией. Выборка исследуемых составила 1200 пациентов (м- 84, ж -1116). Целью этого исследования стала разработка сроков МРТ контроля пациентов с гиперпролактинемией для оценки структуры гипоталамо- гипофизарной системы. Это иной раз подтверждает, что МРТ диагностика является ведущим методом диагностики пролактином, распространенности процесса и позволяет оценивать динамику лечения пациентов после медикаментозной терапии или оперативного вмешательства [13-14]. Целью лечения пациентов с пролактиномой является устранение гиперпролактинемии, не вызывая гипопитуитаризма.

Выделяют три метода лечения:

- Медикоментозная терапия;
- Оперативное вмешательство;
- Лучевая терапия.

На сегодняшний день медикаментозная терапия базируется на длительном применении агонистов дофамина. Препаратом первой линии является Бромкриптин, Каберголин. В рамках многочисленных исследований и за годы клинического применения этих препаратов, они доказали наибольшую эффективность. Действие данных препаратов направлено на нормализацию уровня пролактина в крови, уменьшение размеров пролактиномы и даже положительное влияние на репродуктивное здоровье. Получены данные о том, что у пациенток с пролактиномой после применения препаратов наступала беременность. Клинические исследования показали, что на фоне приема

препарата Каберголина размер макроаденом уменьшился в 82,1 % случаев, а микроаденом- в 90 % случаев. Полное обратное развитие опухолей наблюдался в 57,5 %. Нормализация менструального цикла наблюдалось у более чем у 90% пациенток[12]. Оперативное вмешательство в виде эндоскопической трансфеноидальной, транскраниальной (интра- и экстрадуральной) и комбинированной аденомэктомии является второй линией терапии при неэффективности медикаментозного лечения. Показаниями для хирургической операции являются неотложные состояния, вызванные осложнениями аденомы. К ним относятся: компрессия зрительного перекреста, апоплексия ножек гипофиза и др. Не маловажным показанием к хирургическому удалению аденомы является непереносимость лекарств. Эффективность такого метода лечения при микроаденомах значительна, однако при макроаденомах лишь в 50% случаях [1,14]. К третьему методу прибегают лишь при наличии у таких пациентов противопоказаний к приему лекарств и операции. После лучевой терапии часто возникает гипопитуитаризм [7,16].

Заключение

Таким образом, пролактинома и возникающая в результате этой патологии гиперпролактинемия, является наиболее часто встречающейся опухолью гипофиза. Данное состояние требует правильного подхода к выбору метода лечения. В настоящее время развитие медикаментозной терапии достигло больших результатов, и некоторые исследования приравнивают эффективность агонистов дофамина к трансназальной аденоэктомии. Следует уделять огромное внимание профилактике гиперпролактинемии. На наш взгляд наиболее эффективными способами профилактики являются:

- выделение пациентов с высоким риском,
- тщательное наблюдение за уровнем пролактина у людей из группы риска
- подбор правильных доз препаратов, что могут спровоцировать снижение дофамина
- влияние на этиологические факторы
- контроль уровня пролактина у пациентов с ХПН, циррозом печени и другие.

В целом, исследование данной патологии остаётся актуальной проблемой на сегодняшний день. Дальнейшее изучение этиологии и патогенеза даст возможность выбора правильной этиопатогенетической корректировки и даже таргетной терапии. Также, не исключается принятие мер превентивного воздействия, с целью своевременной диагностики и предотвращения.

Список литературы

1. Астафьева Л.И. Выбор тактики лечения гигантских пролактинсекретирующих аденом гипофиза. Реферат. //Вопросы нейрохирургии им.Н.Н. Бурденко: Квартальный научнопрактический журнал.- 2009. №2. – с.23-29
2. Ворожцова И.Н. [1] , Павленко О.А.[1] , Лукьянёнок П.И.[2] , Коновалова Н.А.[1] 1ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Томск; 2 ФГБУ «НИИ кардиологии СО РАМН», Томск, email: Natula-2014@yandex.ru ПРОЛАКТИНОМА: ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
3. Далантаева Н.С., Бармина И. И., Дедов И. И., Мельниченко Г. А. и др. Гиперпролактинемия. Современные подходы и старые проблемы // Вестник репродуктивного здоровья. – 2009. – № 2. – С.2-8.
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Синдром гиперпролактинемии. М.: Триада. 2004. С. 304.
5. Дзеранова Л.К., Макаровская Е.Е., Кирпатовская Е.Е. и др.Вопросы диагностики и лечения микропролактином. //Проблемы эндокринологии.- 2012.- Т. 38.-с. 22-25. 7. Бухман А.И., Шлыкова В.Г. Ошибки в лучевой диагностике аденом гипофиза.// Проблемы эндокринологии.- 2014.- Т. 45.- с.12-16
6. Иловайская И.А. Современные представления о диагностике и лечении синдрома гиперпролактинемии // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. – № 3(85). – С.127-134.
7. Кадашев Б.А.(ред.) Аденомы гипофиза: клиника, диагностика, лечение.- Тверь, 2007.
8. Кумар В., Аббас А.К., Фаусто Н., Астер Дж. К. Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану / пер. с англ. Е.А. Коган, Р.А. Серова, Е.А. Том 3. М.: Логосфера, 2016. С. 1254-1257
9. Липатенкова А,К. Современная нейроэндокринология// Вестник Российской академии медицинских наук .- 2012.-№8/том67

10. Лукьянёнок П.И. Концепция динамического наблюдения за пациентами с гиперпролактинемией с позиций магнитно-резонансной томографии и эндокринологии // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 2-2. – С.177-178.
11. Лукьянёнок П.И. Магнитно-резонансная томография при аденомах гипофиза, ассоциированных с гиперпролактинемиями. Проспективное наблюдение // Методическое пособие. – 2015. – С. 88-102.
12. Лукьянёнок П.И. Магнитно-резонансная томография: контроль консервативного лечения при аденома гипофиза, ассоциированных с гиперпролактинемией // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7-1. – С.97-104
13. Серов В.Н., Ермолаев О. Ю., Терешин А.Т. Состояние молочных желёз при эндокринных формах бесплодия, сочетающихся с гиперпролактинемией // Маммология.- 2016.- №3.- с.-3-7
14. Татарчук Т.Ф. и др. Гиперпролактинемия как междисциплинарная проблема: от причин к последствиям // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2015. – №. 10. – С. 10-18.
15. Федеральные клинические рекомендации по гиперпролактинемии: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и методы лечения. Российская ассоциация эндокринологов ФГБУ Эндокринологический научный центр Минздрава России. 2015.
16. Шанько Ю.Г., Журавлёв В.А., Смеянович В.А. Дифференциальная диагностика аденом гипофиза и артериальных аневризм хиазмально- селлярной локализации. // ARS medica.Искусство медицины. 2009.- №3.- с.81-87
17. Colao A., Di Sarno A., Landi M.L. et al. Macroprolactinoma shrinkage during cabergoline treatment is greater in naive patients than in patients pretreated with other dopamine agonists: a prospective study in 110 patients. J Clin Endocrinol Metab. 2000; 85 (6): 2247—2252.
18. P. Iglesias, J.J. Diez Macroprolactinoma: a diagnostic and therapeutic update // QJM: An International Journal of Medicine. – 2013. – V. 106 (6). – P.495-504. 2.
19. P. Iglesias, J.J. Diez Macroprolactinoma: a diagnostic and therapeutic update // QJM: An International Journal of Medicine. – 2013. – V. 106 (6). – P.495-504
20. Mark E. Molitch Prolactinoma Management // Endotext. – 2015

Spisoc Literatury

1. Астафьева Л.И. Выбор тактики лечения гигантских пролактинсекретирующих аденом гипофиза. Реферат. //Вопросы нейрохирургии им.Н.Н. Бурденко: Квартальный научнопрактический журнал.- 2009. №2. – с.23-29
2. Ворожцова И.Н. [1] , Павленко О.А.[1] , Лукьянёнок П.И.[2] , Коновалова Н.А.[1] 1ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Томск; 2 ФГБУ «НИИ кардиологии СО РАМН», Томск, email: Natula-2014@yandex.ru ПРОЛАКТИНОМА: ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
3. Далантаева Н.С., Бармина И. И., Дедов И. И., Мельниченко Г. А. и др. Гиперпролактинемия. Современные подходы и старые проблемы // Вестник репродуктивного здоровья. – 2009. – № 2. – С.2-8.
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Синдром гиперпролактинемии. М.: Триада. 2004. С. 304.
5. Дзеранова Л.К., Макаровская Е.Е., Кирпатовская Е.Е. и др.Вопросы диагностики и лечения микропролактином. //Проблемы эндокринологии.- 2012.- Т. 38.-с. 22-25. 7. Бухман А.И., Шлыкова В.Г. Ошибки в лучевой диагностике аденом гипофиза.// Проблемы эндокринологии.- 2014.- Т. 45.- с.12-16
6. Иловайская И.А. Современные представления о диагностике и лечении синдрома гиперпролактинемии // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. – № 3(85). – С.127-134.
7. Кадашев Б.А.(ред.) Аденомы гипофиза: клиника, диагностика, лечение.- Тверь, 2007.
8. Кумар В., Аббас А.К., Фаусто Н., Астер Дж. К. Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану / пер. с англ. Е.А. Коган, Р.А. Серова, Е.А. Том 3. М.: Логосфера, 2016. С. 1254-1257
9. Липатенкова А,К. Современная нейроэндокринология// Вестник Российской академии медицинских наук .- 2012.-№8/том67
10. Лукьянёнок П.И. Концепция динамического наблюдения за пациентами с гиперпролактинемией с позиций магнитно-резонансной томографии и эндокринологии // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 2-2. – С.177-178.

11. Лукьянёнок П.И. Магнитно-резонансная томография при аденомах гипофиза, ассоциированных с гиперпролактинемиями. Проспективное наблюдение // Методическое пособие. – 2015. – С. 88-102.
12. Лукьянёнок П.И. Магнитно-резонансная томография: контроль консервативного лечения при аденома гипофиза, ассоциированных с гиперпролактинемией // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7-1. – С.97-104
13. Серов В.Н., Ермолаев О. Ю., Терешин А.Т. Состояние молочных желёз при эндокринных формах бесплодия, сочетающихся с гиперпролактинемией // Маммология.- 2016.- №3.- с.-3-7
14. Татарчук Т.Ф. и др. Гиперпролактинемия как междисциплинарная проблема: от причин к последствиям // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2015. – №. 10. – С. 10-18.
15. Федеральные клинические рекомендации по гиперпролактинемии: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и методы лечения. Российская ассоциация эндокринологов ФГБУ Эндокринологический научный центр Минздрава России. 2015.
16. Шанько Ю.Г., Журавлёв В.А., Смеянович В.А. Дифференциальная диагностика аденом гипофиза и артериальных аневризм хиазмально- селлярной локализации. // ARS medica. Искусство медицины. 2009.- №3.- с.81-87
17. Colao A., Di Sarno A., Landi M.L. et al. Macroprolactinoma shrinkage during cabergoline treatment is greater in naive patients than in patients pretreated with other dopamine agonists: a prospective study in 110 patients. J Clin Endocrinol Metab. 2000; 85 (6): 2247—2252.
18. P. Iglesias, J.J. Diez Macroprolactinoma: a diagnostic and therapeutic update // QJM: An International Journal of Medicine. – 2013. – V. 106 (6). – P.495-504. 2.
19. P. Iglesias, J.J. Diez Macroprolactinoma: a diagnostic and therapeutic update // QJM: An International Journal of Medicine. – 2013. – V. 106 (6). – P.495-504
20. Mark E. Molitch Prolactinoma Management // Endotext. – 2015

УДК 614.29

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ. СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВПЕРВЫЕ И ПОВТОРНО ПРИЗНАННЫХ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

CEREBRAL PALSY. STATISTICAL INDICATORS OF NEWLY AND RE-RECOGNIZED CHILDREN WITH DISABILITIES

Газдиева Б.М.[1],
Милованова О.А.[2],
Пузин С.Н. [3]
Gazdieva B.M. [1]
Milovanova O.A.,[2]
Puzin S.N.[3]

[1]Газдиева Бэлла Магомедовна - аспирант кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия
125993, 7. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1,стр.1
Тел. 89265360170
bellagazdieva@mail.ru

[2]Милованова Ольга Андреевна- д.м.н., профессор кафедры неврологии детского возраста ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

[3]Пузин Сергей Никифорович - Академик РАН,д.м.н., профессор заведующий кафедрой гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

Рост детской инвалидности - одна из важнейших медико-социальных проблем Российской Федерации, требующая комплексных подходов и решений, направленных на улучшение показателей физического, психического здоровья и детского населения. Анализ нозологической структуры детской заболеваемости показывает, что более 60% составляют болезни нервной системы, приводящие к инвалидизации детей всех возрастных групп [1].

Проведен анализ граждан с ДЦП при впервые установленной категории «ребенок-инвалид» и при переосвидетельствовании в ФКУ ГБ МСЭ г. Москвы за 2019, 2020 и 2021 годы, получены следующие данные: среди первичных детей-инвалидов за последний год их количество уменьшилось на 101 случай за 2019 год и на 8 случаев за 2020 год; среди повторных детей-инвалидов за последний год их количество уменьшилось на 114 случаев в 2019 году и увеличилось на 76 случаев в 2020 году; с 2019 по 2021 среди первичных и повторных детей-инвалидов лидирующее число приходится на спастические формы ДЦП; признание граждан в категории «ребенок-инвалид» устанавливается чаще всего в возрасте от 0 до 3 лет с доминированием мальчиков.

Согласно исследованию целесообразно проведение дальнейшей оптимизации реабилитации детей-инвалидов; создание нового алгоритма взаимодействия медицинского персонала среднего и

высшего звена различных отделений детской поликлиники и бюро МСЭ. Особое значение должно уделяться оптимизации документооборота для обеспечения преемственности реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: *Медико-социальная экспертиза, медико-социальная реабилитация, категория ребенок-инвалид, детский церебральный паралич.*

The growth of children's disability is one of the most important medical and social problems of the Russian Federation, requiring comprehensive approaches and solutions aimed at improving the indicators of physical, mental health and children's population. Analysis of the nosological structure of childhood morbidity shows that more than 60% are diseases of the nervous system, leading to disability of children of all age groups [1].

The analysis of citizens with cerebral palsy with the first established category of "disabled child" and re-examination in the FCU GB ITU of Moscow for 2019, 2020 and 2021, the following data were obtained: among primary disabled children over the past year, their number decreased by 101 cases in 2019 and 8 cases in 2020; among repeat disabled children over the past year, their number decreased by 114 cases in 2019 and increased by 76 cases in 2020; from 2019 to 2021, spastic forms of cerebral palsy account for the leading number among primary and repeat disabled children; recognition of citizens in the category of "disabled child" is established most often at the age of 0 to 3 years with the dominance of boys.

According to the study, it is advisable to further optimize the rehabilitation of disabled children; to create a new algorithm for the interaction of middle and senior level medical personnel of various departments of the children's polyclinic and the ITU bureau. Particular importance should be given to optimizing document flow to ensure continuity of rehabilitation measures.

Keywords: *Medical and social expertise, medical and social rehabilitation, category of disabled child, cerebral palsy.*

Актуальность

В настоящее время имеющиеся условия оказания медицинской реабилитации у данного контингента больных не могут обеспечить в полном объеме весь процесс комплексной реабилитации детей с ДЦП. Поэтому необходимо дальнейшее повышение качества лечебно-реабилитационных мероприятий и их доступности детям с ДЦП.

Своевременность проведения восстановительного лечения, использование комплекса всех необходимых методов реабилитации, включая современные технологии, их непрерывность, преемственность, последовательность, этапность и индивидуальный подход способствует снижению инвалидизации детей, улучшению результатов социальной адаптации, а также снижению материальных затрат на проведение социальной и медицинской реабилитации детей-инвалидов.

Материалы и методы исследования

Проведено сплошное сравнительное исследование. Объект исследования: контингент детей-инвалидов с ДЦП согласно утвержденной Международной классификации болезней (МКБ-10). (G80 – ДЦП; G80.0 – спастический церебральный паралич; G80.1 – спастическая диплегия; G80.2 – детская гемиплегия; G80.3 – дискенетический церебральный паралич; G80.4 – атактический церебральный паралич; G80.8 – другой вид ДЦП; G80.9 – ДЦП неуточненный) за период с 2019 по 2021 гг.

Рассматривались освидетельствованные граждане, которые признаны категории «ребенок-инвалид» впервые и повторно в ФКУ ГБ МСЭ г. Москвы.

Согласно Приказу Министерства труда и социальной защиты РФ № 585 проведена оценка основных категорий жизнедеятельности человека (способность к самообслуживанию; самостоятельному передвижению, ориентации, общению, поведению, обучению, трудовой деятельности). Оценены степени выраженности ограничений категорий (1-я – незначительные нарушения; 2-я – умеренные нарушения; 3-я – выраженные нарушения и 4-я – значительно выраженные нарушения) [2].

Проведена оценка двигательных нарушений по шкале больших моторных функций Gross Motor Function Classification System (GMFCS) R. Palisano et al.

Результаты обследования

По данным проведенного исследования число впервые признанных детей-инвалидов вследствие ДЦП за 2019 - 2021 годы было следующее: доминировала спастическая диплегия (45%); спастический церебральный паралич – 20%; представлены в равном количестве по 11% – атактический церебральный паралич и детская гемиплегия (рис. 1)

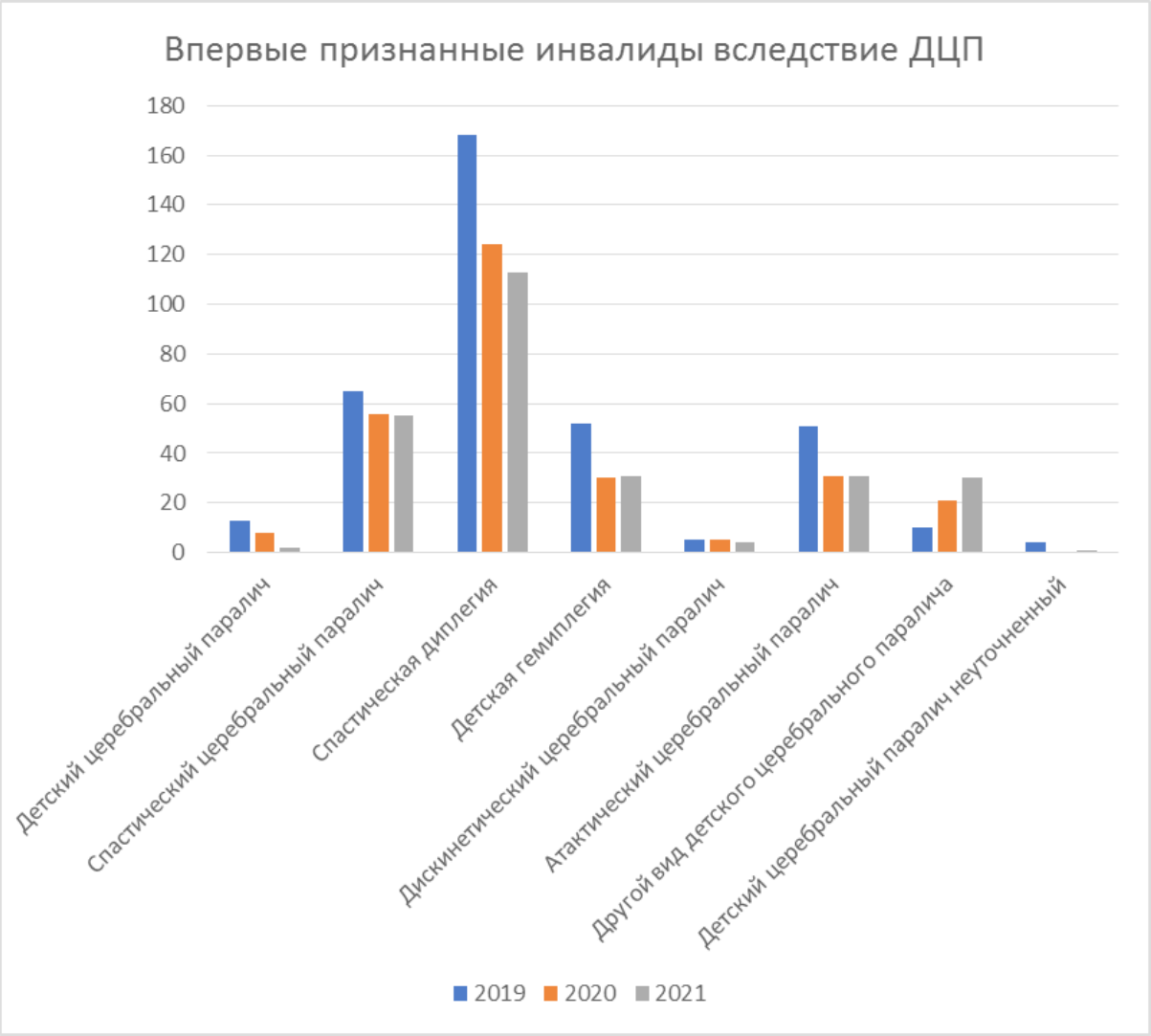


Рис. 1. Число впервые признанных детей-инвалидов вследствие ДЦП за 2019-2021 годы

Проанализировав статистику повторно признанных детей-инвалидов вследствие ДЦП за 2019-2021 годы, можно отметить уменьшение роста спастического церебрального паралича, однако среди них детская гемиплегия увеличилась в 2 раза (рис. 2).

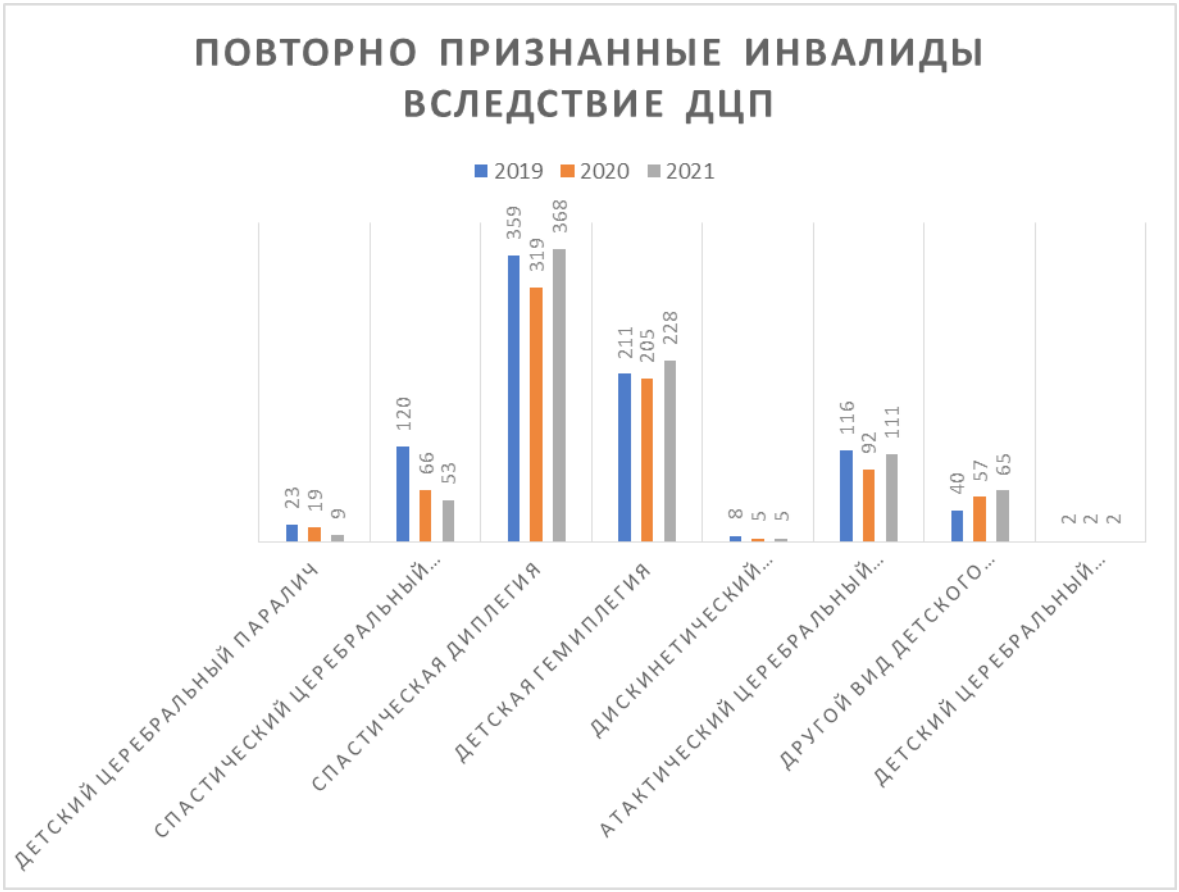


Рис. 2 Число повторно признанных детей-инвалидов вследствие ДЦП за 2019-2021 годы.

Проанализирован возраст граждан с ДЦП в категории ребенок-инвалид в зависимости от гендерных различий и возрастных групп у впервые и повторно признанных детей-инвалидов вследствие ДЦП за 2019 - 2021 годы (табл. 1).

Таблица 1

Динамика роста заболеваемости впервые и повторно признанных детей-инвалидов вследствие ДЦП за 2019 - 2021 гг.).

Год	Всего	Первично								Повторно							
		0-3 года		4-7 лет		8-14 лет		15 лет и старше		0-3 года		4-7 лет		8-14 лет		15 лет и старше	
		м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
2019	**1247**	175	134	21	14	11	10	3	0	220	177	235	183	35	24	3	2
2020	**1040**	128	101	17	13	11	3	2	0	180	121	221	171	40	26	5	1
2021	**1108**	119	86	19	23	14	1	3	2	189	130	226	188	60	36	9	3

Согласно табл. 1 продемонстрировано признание граждан в категории «ребенок-инвалид» преимущественно в возрасте от 0 до 3 лет, кроме того, по гендерному признаку лидирующее место занимают мальчики.

Выводы

Среди впервые признанной категории «ребенок-инвалид» количество детей за последний год уменьшилось на 101 случай за 2019 год и на 8 случаев за 2020 год; среди повторных детей-инвалидов за последний год их количество уменьшилось на 114 случаев в 2019 году и увеличилось на 76 случаев в 2020 году; спастические формы ДЦП (G.80.1) доминируют среди первичных и повторных детей-инвалидов; учитывая гендерный анализ во всех исследовательских группах доминируют мальчики, чаще всего в возрасте от 0 до 3 лет; целесообразна оптимизации документооборота для обеспечения преемственности реабилитационных мероприятий при проведении медико-социальной экспертизы на всех уровнях.

Литература:

1. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н. Проблемы детской инвалидности в современной России // Вестник Российской академии медицинских наук, Том 72, №4, 2017, с. 305-312.
2. Приказ Минтруда России от 27.08.2019 N 585н (ред. от 06.10.2021) «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

Spisok literatury:

1. Baranov A.A., Namazova-Baranova L.S., Terleckaya R.N. Problemy detskoj invalidnosti v sovremennoj Rossii // Vestnik Rossijskoj akademii medicinskih nauk, Tom 72, №4, 2017, s. 305-312.
2. Prikaz Mintruda Rossii ot 27.08.2019 N 585n (red. ot 06.10.2021) «O klassifikaciyah i kriteriyah, ispol’zuemyh pri osushchestvlenii mediko-social’noj ekspertizy grazhdan federal’nymi gosudarstvennymi uchrezhdeniyami mediko-social’noj ekspertizy»

УДК 364.65

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДОУСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ

[1]METHODOLOGICAL APPROACHES IN THE SYSTEM OF EMPLOYMENT OF DISABLED PEOPLE

Горяйнова М.В.[1], Карасаева Л.А.[1], Мясников И.Р.[1], Горяйнов И.В.[2]

[1]ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России
194044, г. Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., д.11/12

[2]Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико–социальной экспертизы по Санкт–Петербургу» Минтруда России
191014, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 58, лит. А

Горяйнова М.В.[1] – старший преподаватель кафедры организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации
Тел. 8 (812) 541-96-02
E-mail: marinagoryainova@mail.ru

Карасаева Л.А.[1] – заведующий кафедры организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации , д-р мед. наук, доцент
Тел. 8 (812) 541-96-02
E-mail: ludkaras@yandex.ru

Мясников И.Р.[1] – ассистент кафедры гуманитарных наук
Тел. 8 (812) 541-96-02
E-mail: goodline@inbox.ru
Горяйнов И.В. [2] – руководитель экспертного состава

В статье рассматриваются методические подходы в системе организации трудоустройства инвалидов в Российской Федерации в современных условиях.

Ключевые слова: *инвалидность, профессиональная реабилитация.*

The article discusses methodological approaches in the system of organizing the employment of disabled people in the Russian Federation in modern conditions.

Key words: *disability, professional rehabilitation.*

Профессиональная реабилитация инвалидов является частью системы реабилитации инвалидов, и представляет систему и процесс восстановления способностей инвалида к трудовой деятельности, поэтому ее основной характеристикой является динамичный процесс реализации мероприятий, включенных в ее систему: профориентации, профессионального образования, трудоустройства и производственной адаптации.

Согласно данным Федерального реестра инвалидов на конец 2021 г., доля работающих инвалидов трудоспособного возраста составляет около 25,5%. По данным выборочного исследования Федеральной службы государственной статистики этот показатель равен 18,7%. Трудовая занятость инвалидов в регионах Российской Федерации составляет всего от 9,0% до 24,0%.

Ведущую роль в системе профессиональной реабилитации инвалидов выполняют специалисты учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ) – определяют потребности инвалидов в мерах профессиональной реабилитации и на основе оценки реабилитационного и трудового потенциала и прогноза разрабатывают программу профессиональной реабилитации в индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА). Реабилитационная направленность в деятельности учреждений МСЭ регламентирована положениями Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ, приказом Минтруда России «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» от 30.12.2020 г. № 979н. В этих нормативно-правовых документах содержатся задачи и функции по реабилитации инвалидов. Деятельность ФГУ МСЭ для реализации мер программы профессиональной реабилитации инвалидов включает следующие этапы: 1) осуществление экспертизы для установления наличия и степени ограничения способности к трудовой деятельности (ОСТД), 2) определение потребностей в мерах профессиональной реабилитации, 3) оценка реабилитационного и трудового потенциала (прогноза), 4) разработка мероприятий профессиональной реабилитации.

Для определения степени ОСТД необходимым является проведение клинико-функциональной, профессионально-трудовой и психофизиологической диагностики.

С целью установления ОСТД специалисты ФГУ МСЭ руководствуются приказом Минтруда от 27.08.2019 г. № 585 «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». Специалистами МСЭ оценивается степень ОСТД освидетельствуемого (впервые или повторно) и способность и возможность осуществлять трудовую деятельность в соответствии требованиям выполняемой должности. Оценивается возможность по содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы. При определении ОСТД первой степени у освидетельствуемого определяются способности к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, а также при необходимости перевода на другую работу более низкой квалификации; при установлении ОСТД второй степени освидетельствуемый способен выполнять трудовую деятельность в специально созданных условиях (на специально созданном рабочем месте) с использованием вспомогательных технических средств. При ОСТД третьей степени у освидетельствуемого определяется способность к выполнению элементарной трудовой деятельности со значительной помощью других лиц или невозможность (противопоказанность) ее осуществления в связи с имеющимися значительно выраженными нарушениями функций организма.

Последующим этапом по профессиональной реабилитации в реабилитационной деятельности ФГУ МСЭ является разработка программы профессиональной реабилитации в ИПРА инвалида. Порядок разработки и реализации ИПРА регламентирован приказом Минтруда России от 13.06.2017 г. № 486н. При формировании ИПРА центральным звеном программы профессиональной реабилитации ИПРА являются трудовые рекомендации, которые определяют режим, условия и формы трудовой деятельности инвалидов. От качества трудовых рекомендаций зависит успешность рационального трудоустройства инвалидов.

Поскольку реализация мер профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов осуществляется на основе разработанной специалистами МСЭ программы профессиональной реабилитации в ИПРА, необходимо подчеркнуть важность межведомственного взаимодействия ФГУ МСЭ и службы занятости населения (СЗН). Именно СЗН отвечает за полноту и качество реализации мер профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов. Все государственные гарантии, касающиеся профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов, реализуются в результате деятельности СЗН. В законе «О занятости населения в Российской Федерации» в ст. 7. «Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере занятости населения» про-

писаны положения о необходимости оценки деятельности органов СЗН по трудоустройству инвалидов согласно разработанным показателям. Положения ст. 13.1 данного закона «Сопровождение при содействии занятости инвалидов» раскрывают содержание понятия «сопровождение занятости инвалида», что означает: «оказание индивидуальной помощи незанятому инвалиду при его трудоустройстве, создание условий для осуществления им трудовой деятельности и ускорения его профессиональной адаптации на рабочем месте, а также формирование пути его передвижения до места работы и обратно и по территории работодателя».

Приказом Минтруда России от 28.03.2022 г. № 174н принят «Стандарт деятельности по осуществлению полномочия в сфере занятости населения по оказанию государственной услуги по организации сопровождения при содействии занятости инвалидов», вступающий в действие 07.05.2022 г. Данный стандарт содержит требования к порядку, составу, последовательности, срокам и результатам предоставления услуги по организации сопровождения при трудоустройстве инвалидов.

Таким образом, для эффективного регулирования вопросов занятости инвалидов регламентирован мультифункциональный подход, в котором участвуют учреждения различных ведомств.

Список литературы:

1. Горяйнова, М. В. Потребность инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации (на примере Санкт-Петербурга) / М. В. Горяйнова, И. В. Горяйнов // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ; ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе». – Санкт-Петербург : Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, 2020. – С. 240-243.
2. Изучение потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации у лиц, впервые признанными инвалидами в Санкт-Петербурге в 2019 г. // Л. А. Карасаева, М. В. Горяйнова, Е. В. Кароль, Е. А. Белавина // Материалы Третьего национального конгресса с международным участием «Реабилитация – 21 век: Традиции и инновации». – 2020. – С. 156-159.
3. Карасаева, Л. А. Организационно-правовые основы трудового устройства инвалидов в современных условиях / Л. А. Карасаева, М. В. Горяйнова, А. А. Нурова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – № 1. – С. 31-40. – DOI 10.17238/issn1999-2351.2020.1.31-40.

Spisok literatury:

1. Goryaynova, M. V. Potrebnost’ invalidov v meropriyatiyakh professional’noy reabilitatsii (na primere Sankt-Peterburga) / M. V. Goryaynova, I. V. Goryaynov // Problemy gorodskogo zdravookhraneniya : sbornik nauchnykh trudov / FGBOU VO «Pervyy Sankt-Peterburgskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet im. akad. I.P. Pavlova» Minzdrava RF; GBU «Sankt-Peterburgskiy nauchno-issledovatel’skiy institut im. I.I. Dzhanelidze». – Sankt-Peterburg : Pervyy Sankt-Peterburgskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet im. akad. I.P. Pavlova, 2020. – S. 240-243.
2. Izucheniye potrebnosti v meropriyatiyakh professional’noy reabilitatsii u lits, vpervyye priznannymi invalidami v Sankt-Peterburge v 2019 g. // L. A. Karasayeva, M. V. Goryaynova, Ye. V. Karol’, Ye. A. Belavina // Materialy Tret’yego natsional’nogo kongressa s mezhdunarodnym uchastiyem «Reabilitatsiya – 21 vek: Traditsii i innovatsii». – 2020. – S. 156-159.
3. Karasayeva, L. A. Organizatsionno-pravovyye osnovy trudovogo ustroystva invalidov v sovremennykh usloviyakh / L. A. Karasayeva, M. V. Goryaynova, A. A. Nurova // Vestnik Vserossiyskogo obshchestva spetsialistov po mediko-sotsial’noy ekspertize, reabilitatsii i reabilitatsionnoy industrii. – 2020. – № 1. – S. 31-40. – DOI 10.17238/issn1999-2351.2020.1.31-40.

УДК: 614.4+ 616.1

СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ COVID-19

VASCULAR COMPLICATIONS IN SURGICAL PRACTICE INCOVID-19

Даитова П.Р.[2], Смирнова Н.А.[2] , Чурзин О.А.[1]
Daitova P.R.[2], Smirnova N.A[2]., Churzin O.A.[1]

[1]ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России,
194044 г. Санкт-Петербург, Б.Сампсониевский пр.11/12,
доцент кафедры хирургии, медико-социальной экспертизы и реабилитации,
тел.+79516830021, e- mail: ochurzin@yandex.ru

[2] ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России,
194044 г. Санкт-Петербург, Б.Сампсониевский пр.11/12,
клинический ординатор кафедры хирургии, медико-социальной экспертизы и реабилитации,
тел.+79214379722, e- mail: daitova95@mail.ru

В статье рассматриваются клинические случаи с сосудистыми осложнениями при коронавирусной инфекции в хирургической практике.

Ключевые слова: *Covid-19, смертность, тромбоз, пандемия, ретромбоз, антикоагулянты.*

The article discusses clinical cases with vascular complications in coronavirus infection in surgical practice.

Key words: *Covid-19, mortality, thrombosis, pandemic, retrombosis, anticoagulants.*

С начала распространения вируса в мире после заражения COVID-19 скончались 5,8 млн человек, более 80% - пожилые люди[1]. Лидером по количеству заражения в РФ стал Санкт-Петербург. Тромбозы-одно из наиболее тяжелых и опасных осложнений ковид-19, которые приводят к летальному исходу. Причем риску тромбообразования подвержены даже пациенты с легкой формой течения коронавирусной инфекцией. Особое внимание заслуживают пациенты, у которых есть хронические заболевания сосудов, как правило данная патология протекает тяжелее в виде сосудистых осложнений, в том числе инсульты и инфаркты[2]. У пациентов COVID-19 развивается васкулярная эндотелиальная дисфункция, коагулопатия, тромбозы с наличием антител к фосфолипидам, с клинической картиной, напоминающей катастрофический антифосфолипидный синдром. Не исключают возможность активации тромбоцитов антителами к SARS-CoV2 как важной причины развития синдрома гиперкогауляции. Три важных механизмов развития венозного и артериального тромбоза при COVID-19 предопределяется триадой Вирхова – повреждением эндотелия сосудов, замедлением тока крови и повышением свертываемости крови. Признаками гиперкоагуляционного синдрома при COVID-19 являются повышенные плазменные концентрации D-димера и фибриногена, уменьшение количества тромбоцитов, увеличение протромбинового времени, изменение международного нормализованного и протромбинового индексов[3].

Существуют доказательства связи части наблюдений постковидного синдрома, наряду с другими патологическими процессами, с пролонгированной тромботической микроангиопатией и со-

[1] Временные методические рекомендации профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), 15 версия (22.02.2022)

[2] Неъматзода О, Гаибов АД, Калмыков ЕЛ, Баратов АК. COVID-19-ассоциированный артериальный тромбоз // Вестник Авиценны. 2021;23(1):85-94. Available from: https://doi.org/10.25005/2074-0581-2021-23-1-85-94

[3] Временные методические рекомендации профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), 15 версия (22.02.2022)

хранящимся синдромом гиперкоагуляции, что обусловило изучить особенности оказания помощи пациентам с заболеваниями сосудов при Covid-19, на основе анализа клинических случаев.

Материалы и методы. Нами проанализированы и изучены истории болезней и протоколы операций 21 больных лечившихся с коронавирусной инфекцей-COVID-19 с подтвержденным ПЦР тестом и рентгенологически в отделении сосудистой хирургии СПб ГБУЗ «Госпиталя ветеранов войн» в период с апреля 2020 по март 2022, прооперированных по поводу острой артериальной недостаточности. Возраст пациентов составил от 56 до 92 лет, в среднем 74 года. Среди общего числа поступивших мужчин было 14, женщин – 8.

У пациентов коронавирусная инфекция проходила от средней до крайне тяжелой степени. Необходимость операции обуславливалась экстренными жизненными показаниями и высоким риском потери конечности.

Для изучения клинико-патогенетических особенностей, а также результатов консервативного и хирургического методов лечения у пациентов с заболеваниями сосудов при Covid-19 нами были проанализированы 5 интересных клинических случаев.

Полученные результаты: Все пациенты были обследованы по стандартной схеме. У 90% пациентов по лабораторным показателям наблюдалось: повышение D-димера до 35.2 мг/л (норма 0-0,55 мг/л), фибриноген –1375 (норма 80-400 мг%). С-реактивного белка до 200 мг/л (норма 0-5 мг/л), прокальцитонина до 16,8нг/мл (норма 0-0,5 нг/мл), интерлейкина 6- до 256 пг/мл (норма-0-7 пг/мл).

Клинический случай №1. Пациент N, 52 года госпитализирован в инфекционное отделение с диагнозом: Основной: U07.1 Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (лабораторно ПЦР + от 02.01.2022 г), средней степени тяжести.2. Илеофеморальный тромбоз справа. Рожистое воспаление правой нижней конечности буллезно-геморрагическая форма в фазе регресса. Осложнение: ТЭЛА, субмассивная, двусторонняя. Инфаркт-пневмония. Гидроторакс справа. Внебольничная двусторонняя вирусная пневмония КТ-1 (25%). Лимфоаденопатия средостения.

Сопутствующий: Сахарный диабет 2 типа. ИБС. АКС, Гипертоническая болезнь III ст. Пароксизмальная ФП н/д. ХСН 2а ст. ХБП 1ст. Ожирение. Проводилось медикаментозное лечение: симптоматическая, противовирусная терапия, клексан 0,8 п/к. дексаметазон + физ. р-р 0,9% 250,0 в/в капельно, меронем 1,0 в/в струйно, никотиновая кислота 2,0 + физ. р-р 250,0, аторис 20 мг, фуросемид 40 мг. Учитывая наличие илеофеморального тромбоза, возобновлена терапия антикоагулянтами (0,4 х 2 р/с).

По данным дуплексного сканирования сосудов н/к отмечается: Илеофеморальный флеботромбоз справа. ОАСНК. Окклюзия ПБА билатерально, магистральных артерий правой и левой голени.-Пациент выписан на 34 сутки с положительной динамикой под наблюдением хирурга по м/ж, с рекомендациями продолжения антикоагулянтной терапии, контроля КТ органов грудной клетки через 2 месяца, соблюдения диеты №9, контроля уровня.-

Клинический случай №2. Пациентка N, 83 года госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом: U 07.1 Коронавирусная инфекция Covid-19 (ПЦР+ от 16.01.2022), вирус идентифицирован, средней степени тяжести. Осложнения: Двусторонняя полисегментарная вирусная пневмония. КТ-1. В отделении получала комплексную, противовирусную, дезинтоксикационную, противовоспалительную, антибактериальную, антикоагулянтную терапию. Несмотря на проводимое лечение состояние пациентки ухудшалось, переведена в ОРИТ.

На 14-е сутки у пациентки на фоне атеросклеротического поражения магистральных артерий правой голени, нестабильной гемодинамики, пневмонии (КТ-1) и тяжелого течения Covid-19 возникла критическая ишемия правой нижней конечности из-за значительного снижения перфузии и оксигенации тканей. Местно: Отека конечностей нет. Правая нижняя конечность бледно-розовая, дистальная треть голени и стопа бледная с диффузным цианозом. Кожа дистальных отделов конечности при пальпации холоднее левой. Движения и чувствительность в правой стопе сохранены, снижены. Напряжения икроножных мышц нет, тугоподвижности суставов, контрактур и трофических деструктивных изменений на момент осмотра нет. Пальпация икроножных мышц умеренно болезненная справа. Левая нижняя конечность бледно-розовая, обычной кожной температуры.

Пульсация определяется на a. tibialis anterior. Учитывая тяжелое состояние пациентки, декомпенсацию дыхательной деятельности, а также степень ишемии конечности реваскуляризующая операция на данный момент не показана. Показаний для ампутации конечности по жизненным показаниям на момент осмотра нет. Дуплексное сканирование артерий нижних конечностей. Заключение: ОАСНК, окклюзия артерий правой голени. Критическая ишемия правой нижней конечности

05.02.2022 отмечалось остановка сердечной деятельности, интенсивные реанимационные мероприятия проводимые дежурной службой реаниматологов оказалась неэффективной, констатирована биологическая смерть.

Посмертный диагноз: Основное заболевание: U 07.1 Коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19 вирус подтвержден ПЦР (+) от 23.01.2022 тяжелое течение. 2.ОАСНК. Окклюзия артерий правой голени. Критическая ишемия правой нижней конечности. Осложнения: Внебольничная полисегментарная двусторонняя пневмония, по данным КТ-1. Сопутствующие: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Склеро-дегенеративные изменения аорты и митрального клапана. Гипертоническая болезнь 3 ст. Риски ССО 4. ЦВБ. Дисциркуляторная энцефалопатия 1-2 ст.

Клинический случай №3. Пациентка N, 80 лет, госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом U07.1 Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован (ПЦР+ от 02.06.2021), средней степени тяжести. Осложнения: Внебольничная пневмония . ДН 0-1. Сопутств.: ИБС. АКС. ГБ3, АГ 2 , риск ССО 3. Трофическая язва правой голени. В отделении получала комплексную, противовирусную, дезинтоксикационную, противовоспалительную, антибактериальную, антикоагулянтную терапию. На 20-е сутки пациентка пожаловалась на болевой синдром в правой нижней конечности, снижение чувствительности и объема движений. При осмотре сосудистым хирургом поставлен диагноз: Острый тромбоз ПБА справа, что подтвердилось заключением дуплексного сканирования сосудов нижних конечностей: ОАСНК. Тромбоз правой подколенной артерии.

24.06.2021 по поводу острой ишемии конечности по экстренным показаниям проведена операция: Эмболэктомия из бедренно-подколенного и бедренно-берцового сегментов артерии правой нижней конечности. В раннем послеоперационном периоде возник ретромбоз, но в связи выраженными атеросклеротическими изменениями, с неудовлетворительностью периферического артериального русла, ухудшением состояния пациентки выполнение тромбэктомии нецелесообразно. После проведения консилиума – пациентке рекомендовано проведение операции - ампутация правой нижней конечности на уровне средней трети бедра. 02.07.2021 по абсолютным жизненным показателям выполнена операция: ампутация правой нижней конечности на уровне средней трети правого бедра. В послеоперационном периоде состояние пациентки оставалось тяжелым, нестабильным, 08.07.2021 зафиксирована остановка кровообращения, в незамедлительном порядке начаты реанимационные мероприятия. Несмотря на проводимые мероприятия 08.07.2021 констатирована биологическая смерть. Посмертный диагноз: 1) U07. 1) Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус идентифицирован (ПЦР (+) от 02.06.2021г.), тяжелое течение; двусторонняя полисегментарная вирусная пневмония. 2) Тромбоз правой бедренной артерии от 21.06.2021, тромбэктомии от 21.06.21; ретромбоз, гангрена правой н/конечности от 24.06.2021, ампутация правой нижней конечности 02.07.2021 Осложнения: ОРДС. ТЭЛА от 08.07.2021. Сопутствующий: ИБС. АКС. ГБ3ст, риск ССО 3. ХСН 2аст 2фк.

Клинический случай №4. Пациентка N, 87 лет поступила 24.02.2022 г. с диагнозом: 1. Коронавирусная инфекция Covid-19, вирус идентифицирован (экспресс-тест + от 20.02.2022 г.), средне-тяжелого течения U 07.12. Артериальный тромбоз плечевой артерии, критическая ишемия левой верхней конечности. Осложнения: Внебольничная полисегментарная двухсторонняя пневмония КТ 1 от 24.02.2022 г. ДН-0. J 12.8. Сопутствующие: АКС. ИБС. ГБ 3 стад. АГ 3 степ. Риск ССО 4. ЦВБ. ДЭ 3 ст.

На следующие сутки отмечается нарастание ишемии, гангрена. Левая верхняя конечность от уровня локтевого сустава фиолетового цвета. Дистальные фаланги левой кисти черного цвета. Пульсация на периферических артериях отсутствует. Чувствительность отсутствует. Движения в суставах кисти отсутствуют. По неотложным показаниям проведена операция - ампутация на уровне

средней трети левого плеча. На 10- сутки после оперативного вмешательства состояние резко ухудшилось. Дежурным реаниматологом зафиксирована остановка сердечной деятельности, начатые реанимационные мероприятия без эффекта и была констатирована биологическая смерть.

Посмертный диагноз: Основной: 1. Коронавирусная инфекция Covid-19, вирус идентифицирован (ПЦР + от 25.02.2022 г.), средне-тяжелого течения U 07.1 2. ОАСНК. Острый тромбоз левой плечевой артерии неизвестной давности. Острая артериальная ишемия 3б ст. Влажная гангрена левого предплечья и кисти. Состояние после операции (28.02.2022 г.) ампутации левой верхней конечности на уровне плеча. Осложнения: Внебольничная полисегментарная двухсторонняя пневмония КТ 1 от 24.02.2022 г. ДН-0-I. ОРДС.

Сопутствующие: АКС. ИБС. ГБ 3 стад. АГ 3 степ. Риск ССО 4. ЦВБ. ДЭ 3 ст.

Клинический случай №5. Пациент N, 68 лет, госпитализирован в инфекционное отделение с диагнозом: Коронавирусная инфекция Covid-19, вирус идентифицирован (экспресс тест + 31.08.2021), средней степени тяжести U 07.1. Осложнения: Внебольничная полисегментарная двухсторонняя пневмония, КТ 2 (06.09.2021 г.), средней степени тяжести. ДН 0-I ст. J12.8. Сопутствующие: ИБС. АКС. На 7-е сутки от момента госпитализации появились признаки острой артериальной недостаточности правой нижней конечности. Клинически правая голень и стопа прохладные на ощупь. Пульсация на передней и задней большеберцовой артериях не определяется. Отмечается нарушение чувствительности правой голени и стопы Дуплексное сканирование сосудов н/к: Тромботическая окклюзия поверхностной бедренной артерии справа. По неотложным показаниям 14.09.2021 г. выполнена операция: тромбэмболэктомия из бедренно-подколенного сегмента артерии правой нижней конечности. В послеоперационном периоде 16.09.2021 г. у пациента развился ретромбоз правой бедренной артерии, в связи с чем по решению консилиума врачей выполнена экстренная операция: повторная эмболэктомия из бедренно-подколенного сегмента артерии правой нижней конечности. 20.09.2021 г. состояние резко ухудшилось, зафиксирована остановка сердечной деятельности, дежурной бригадой начаты реанимационные мероприятия, но без эффекта. Констатирована биологическая смерть.

Посмертный диагноз: Основной: Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован (экспресс тест + 31.08.2021 г.), крайне тяжелое течение. U07.1.

Осложнения: Острый тромбоз правой нижней конечности. Состояние после тромбэмболэктомии из бедренно-подколенного сегмента артерии правой нижней конечности (14.09.2021 г.), повторной эмболэктомии из бедренно-подколенного сегмента артерии правой нижней конечности (16.09.2021 г.). Внебольничная полисегментарная двухсторонняя пневмония, КТ2 от 06.09.2021 г. ДН 3 ст. ОРДС. ИВЛ с 14.09.2021 г. Сопутствующие: ИБС. АКС. ГБ II ст., АГ I ст., риск ССО 4

Выводы. В результате динамического наблюдения выявлено, что многие аспекты острого артериального тромбоза на фоне COVID-19 требуют дальнейшего изучения. Анализ большинства литературных данных демонстрирует высокую ассоциацию артериальных тромбозов со значимыми сердечно-сосудистыми (ФП, ИБС, АГ), хроническими почечными и легочными (ХОБЛ, БА) заболеваниями, СД, онкопатологией и метаболическим синдромом. Ковид-асоциированный артериальный тромбоз характеризуется тем, что требуются дополнительные усилия для улучшения результатов лечения и увеличения выживаемости пациентов. Проведение антикоагулянтной и антиагрегантной терапии является эффективным методом как профилактики, так и лечения пациентов с артериальным тромбозом на фоне коронавирусной инфекции. Проведенный анализ показал, что тромботические осложнения не только часто осложняют течение COVID-19, но и самым неблагоприятным образом сказываются на выживании таких пациентов.

Список литературы:

1. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID -19) 15 версия (22.02.2022) https://minzdrav.gov.ru)
2. Каленчиц Т.И., Кабак С.Л., Диденко Н.С., Дулуб И.П., Хаустович А.Ю. Осложнения COVID-19-ассоциированной пневмонии: тромбоз ветвей легочных артерий (клинический случай). Из электронных ресурсов: https://rumedo.ru/ 861bc4e81ceb715ffb6dfd61d19d1813.pdf
3. Неъматзода О, Гаибов АД, Калмыков ЕЛ, Баратов АК. COVID-19-ассоциированный артериальный тромбоз//Вестник Авиценны.-2021;-23(1):85-94.Available from: https://doi.org/10.25005/2074-0581-2021-23-1-85-94

Spisok literatury:

1. Vremennye metodicheskie rekomendacii. Profilaktika, diagnostika i lechenie novoj koronavirusnoj infekcii (COVID -19) 15 versiya (22.02.2022) https://minzdrav.gov.ru)
2. Kalenchic T.I., Kabak S.L., Didenko N.S., Dulub I.P., Haustovich A.YU. Oslozhneniya COVID-19-associiro-vannoj pnevmonii: tromboz vetvej legochnyh arterij (klinicheskij sluchaj). Iz elektronnyh resursov: https://rumedo.ru/ 861bc4e81ceb715ffb6dfd61d19d1813.pdf
3. Ne”matzoda O, Gaibov AD, Kalmykov EL, Baratov AK. COVID-19-associirovannyj arterial’nyj tromboz// Vestnik Avicenny.-2021;-23(1):85-94.Available from: https://doi.org/10.25005/2074-0581-2021-23-1-85-94

УДК 616.284.122

ОЦЕНКА РОЛИ ОТКРЫТОГО ОВАЛЬНОГО ОКНА В ГЕНЕЗЕ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

ASSESSMENT OF THE ROLE OF AN PATENT FORAMEN OVALE IN THE GENESIS OF VEGETATIVE DISORDERS

Дорофеева В.В.
Dorofeeva V.V.

Науч.руководитель д.м.н. проф.
Помников В.Г.
Pomnikov V.G.
Науч.консультант д.м.н.
Онищенко Е.Ф.
Onishenko E.F.

ФГБУ ДПО СПИУВЭК Минтруда России
Россия,194044, Санкт-Петербург
Б. Сампсониевский проспект, дом 11/12
Ассистент кафедры неврологии МСЭ и реабилитации
Кандидат медицинских наук
Тел. +79218613416
E-mail: DorofeevaVV.121@gmail.com

На сегодняшний день недостаточно изученными остаются особенности течения различных клинических вариантов синдрома вегетативной дисфункции (СВД), их декомпенсация и взаимосвязь с формирующейся сосудистой патологией центральной нервной системой (ЦНС). С практической точки зрения под СВД чаще понимается психогенно обусловленные полисистемные вегетативные нарушения, возникающие в результате нарушения деятельности структур центральной нервной системы: верхние отделы ствола мозга, гипоталамус, лимбическая система, под воздействием стрессорных факторов. Данная картина наблюдается при значительном количестве заболеваний и расстройств. В статье рассмотрена проблема парадоксальной эмболии (ПЭ) как причины церебральных сосудистых катастроф. Рассмотрены патогенетические аспекты данного состояния, приведены актуальные результаты клинико-функциональных исследований, инструментальных и дополнительных методик на всех этапах обследования и наблюдения, включая основной патентный метод выявления готовности к парадоксальной эмболии- пролонгированной контрастной Эхокардиографией (Эхо-КГ), обеспечивающий имитационное моделирование ПЭ. Отдельное внимание уделяется лечебно-профилактическим мероприятиям на ранней стадии функциональных нарушений, а так жеинтервенционным лечебным хирургическим методикам с использованием окклюдерного устройства для улучшения показателей реабилитации и исключения в дальнейшем сосудистых поражений головного мозга.

Ключевые слова: *парадоксальная эмболия, открытое овальное окно, пролонгированная инфузионная контрастная Эхо-КГ (ПИКЭ), вегетативная дисфункция, декомпенсация.*

To date, the features of the course of various clinical variants of autonomic dysfunction syndrome (SVD), their decompensation and relationship with the emerging vascular pathology of the central nervous system (CNS) remain insufficiently studied.From a practical point of view, SVD is more often understood as psychogenically caused polysystemic autonomic disorders that arise as a result of a violation of the ac-

tivity of the structures of the central nervous system: the upper parts of the brain stem, the hypothalamus, the limbic system, under the influence of stressor factors.This picture is observed in a significant number of diseases and disorders. The article deals with the problem of paradoxical embolism (PE) as a cause of cerebral vascular catastrophes. The pathogenetic aspects of this condition are considered, the current results of clinical and functional studies, instrumental and additional techniques at all stages of examination and observation are given, including the main patent method for detecting readiness for paradoxical embolism - prolonged contrast echocardiography (Echo-CG), which provides simulation modeling of PE.Special attention is paid to therapeutic and preventive measures at an early stage of functional disorders, as well as interventional therapeutic surgical techniques using an occluder device to improve rehabilitation indicators and exclude further vascular lesions of the brain.

Keywords: *paradoxical embolism, patent foramen ovale, prolonged infusion contrast Echo-CG (PCE), autonomic dysfunction, decompensation.*

Нарушения вегетативной регуляции в виде клинических вариантов синдрома вегетативной дисфункции (СВД) имеют чрезвычайно высокую распространенность в популяции и достигают по данным некоторых авторов 65-80% (Вейн А.М., 2003; Гуревич Д.В. и соавт., 2004; Чутко Л.С., Фролова Н.С., 2005; Котова О.В., 2011; Наумов К.М., Литвиненко И.В., 2016; Искра Д.А. и соавт., 2017; Помников В.Г. и соавт.. 2017; Воробьёва О.В., 2019). Психовегетативный синдром представляет собой полисистемные сомато-вегетативные расстройства, возникающие в результате нарушения деятельности структур ЦНС в том числе на фоне органической патологии сердечно-сосудистой системы. В силу широкой распространённости в популяции особое внимание привлекает к себе открытое овальное окно (ООО), рассматриваемое, как доминирующий путь реализации парадоксальной эмболии (PettyG.W. etal., 2006; MattleH.P. et al., 2011). В последние годы изучение проблемы парадоксальной эмболии, как одной из причин, приводящей к развитию церебральной дисфункции в том числе острого сосудистого эпизода (ишемического инсульта), встречается в значительном числе исследований. Предметом нашего изучения в данной работе является церебральная сосудистая патология, в связи с чем мы обращаем пристальное внимание на кардио-церебральные дисфункции и роль в этом процессе ВНС.

Определение степени вовлечения в процесс церебральных сосудов и нарушений мозговой гемодинамики, возможностей компенсации и причин декомпенсации будет способствовать реальному прогнозированию течения болезни, составлению обоснованной индивидуальной программы реабилитации, проведению восстановительного лечения молодых больных с вегетативной дисфункцией, приводящей к декомпенсации деятельности центральной нервной системы. С учётом частоты встречаемости ООО в популяции, исследователи всего мира не могут прийти к однозначному пониманию роли наличия или отсутствия данного дефекта межпредсердной перегородки. Наряду с игнорированием данного факта целым рядом исследователей, по другим данным ООО является важным фактором возникновения церебральной сосудистой патологии, особенно у лиц молодого трудоспособного возраста. Синдром вегетативной дисфункции не менее, чем у 25% молодых людей приводит к артериальной гипертензии (АГ), являющейся главным фактором риска сосудистых поражений. Целесообразно определение роли ООО в декомпенсации течения СВД и поиски путей предотвращения сосудистой церебральной патологии у лиц с заболеваниями вегетативной нервной системы.

Научная новизна исследования заключается в рассмотрении необходимости изучения и оценки нарушений системы кровообращения у больных с СВД на фоне ООО в случае выявления специальной методикой готовности к парадоксальной эмболии. Очевидно, что специфика различных профессий (особенно в случае ответственности работника за безопасность окружающих), видов спорта, военных специальностей и т.п. вносит свои коррективы в требования также, определяемые медицинской и медико-социальной экспертизой. В настоящее время очевидна необходимость специальных исследований, уточняющих критерии экспертных оценок ООО для конкретных видов профессиональной деятельности, специального обследования трудоспособных лиц в случае выяв-

ления ООО для исключения ГПЭ, в том числе на фоне СВД с сердечно-сосудистыми проявлениями в анамнезе. При наличии ГПЭ пациенты должны быть включены в специальную группу наблюдения для определения противопоказаний к тем или иным видам труда, спорта и необходимости специализированного лечения. Впервые показано, что наличие открытого овального окна у лиц молодого возраста с СВД является фактором риска возникновения сосудистых церебральных осложнений при наличии выявленной ГПЭ. Предпочтительно своевременное окклюдерное или иное закрытие дефекта межпредсердной перегородки у лиц молодого возраста с СВД в случае выявления у них ГПЭ, что является фактором профилактики тяжёлых сосудистых поражений головного мозга.

Практическая значимость выявления готовности к парадоксальной эмболии у лиц молодого возраста с СВД на фоне ООО при медицинском обследовании, позволит начать необходимые лечебно-профилактические мероприятия на ранней стадии функциональных церебральных сосудистых нарушений.

Наличие ООО у пациентов молодого возраста с СВД при подтвержденной готовности к парадоксальной эмболии следует расценивать, как предиктор острого кардио-церебрального эпизода, требующего активных профилактических или лечебных мероприятий. В ряде случаев пациентам молодого возраста при наличии СВД на фоне ООО при выявляемой ГПЭ показано использование окклюдерного устройства (коррекция дефекта) с целью профилактики возможных тяжёлых церебральных сосудистых осложнений.

Материалы и методы исследования. С учётом цели и задач, исследование выполнено в несколько этапов. На первом этапе исследование проводилось сплошным методом, были определены следующие учетные признаки: код диагноза в соответствии с МКБ-10 пересмотра G-90.8-90.9 (расстройства вегетативной нервной системы), возраст пациента (от 16-39 лет), пол (мужчины/женщины) т.е., в выборку были включены все лица указанного возраста как с перманентным, так и кризовым течением СВД. В связи с этим мы обследовали и анализировали в целом состояние 230 пациентов молодого возраста (от 16 до 39 лет) с ведущими клиническими проявлениями, укладывающимися в понятие СВД. Принципиальным в исследовании являлся комплексный анализ картины когнитивных функций (КФ) у пациентов с ООО по ряду показателей. Во-первых, клинические данные – анамнез, который подтверждался по данным медицинской документации, а также жалоб, данных объективного осмотра и дополнительных методов исследования, включая выявление ООО. Во-вторых, результаты экспериментально-психологического обследования с применением адекватного набора методик. Были использованы количественные и качественные критерии оценки степени снижения каждого психического процесса от легких расстройств до средней степени выраженности и грубых нарушений. Полученные данные сопоставлялись с результатом неврологического обследования, дополнительных лабораторно-инструментальных методов и динамикой наблюдения.

Первая группа пациентов включила 68 больных (56 мужчин, 12 женщин) в возрасте от 18 до 39 лет с диагнозом, соответствующим коду МКБ-10 пересмотра G-90.8-90.9 (расстройства вегетативной нервной системы), госпитализированных в отделения Дорожной клинической больницы г. Санкт-Петербурга в экстренном и плановом порядке для обследования и лечения.

Таблица 1. Пациенты с диагнозом расстройство вегетативной нервной системы (1-я группа, N=68)

Диагноз по МКБ-10 (G-90.8-90.9) и клинические проявления	Пол		Порядок госпитализации	
	м	ж	плановая	экстренная
1. Нарушения ритма сердца	25	1	20	6
2. Синкопальные состояния	5	4	3	6
3. Симпато-адреналовые и вагоинсулярные кризы	3	6	4	5
4. Повышение АД + синусовая аритмия	8	-	-	8
5. Изолированное повышение АД	10	-	7	3
6. Липотимические состояния	4	1	5	-
7. Вестибулопатия + цефалгия	1	-	1	-
Всего больных	56	12	40	28

Второй этап – клинико-диагностический, включил спектр лабораторных, инструментальных диагностических методик кардио-церебрального профиля: Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, МР-артериография брахиоцефальных артерий (БЦА), Эхо-КГ, электроэнцефалография (ЭЭГ), кардиоритмография. Помимо клинических исследований, определяемых основной патологией, для выявления готовности к парадоксальной эмболии, которая является патологическим фоном для возникновения кардио-церебрального острого эпизода, пациентам выполнялась методика имитационного моделирования парадоксальной эмболии, определяющая степень готовности к ней: ПИКЭ с раствором перекиси водорода в сочетании со стресс-тестовым комплексом, включающим пробу Вальсальвы, кашлевой тест, тест с инспираторным напряжением. В целях объективизации наличия вегетативно-сосудистой неустойчивости мы использовали следующие рекомендуемые тесты оценки функционального состояния ВНС с определением вариантов вегетативных дисфункций (клиностатическая проба, ортостатическая проба). Вторая группа составила 142 пациента (36 женщин, 106 мужчин) в возрасте от 16 до 35 лет с ведущими клиническими признаками вегетативной дисфункции. Контрольная группа представлена 20 здоровыми пациентами (мужской пол) без шума сердца в возрасте 17-18 лет. Формирование основных групп пациентов для второго этапа исследования проводилось в разрезе рассматриваемых вопросов медицинской и, отчасти военной экспертизы. Базы исследования: Дорожная клиническая больница г. Санкт-Петербурга, клинические базы ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России.

Таблица 2. Пациенты с диагнозом расстройство вегетативной нервной системы (2-я группа, N=162)

Нозологические подгруппы СВД	**Число обследованных**	**Пол**		**Возраст**
		м	**ж**	
СВД с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы (ФНССС)*	40	34	6	16-29
СВД с синкопе	26	6	20	20-27
Психовегетативные пароксизмы (панические атаки) у лиц с СВД без артериальной гипертензии	16	6	10	19-35
Пациенты с СВД и НШС*	60	60	–	16-18
Контрольная группа без шума сердца	20	20	–	16-18
Всего	162	126	36	16-35

*(ФНССС- функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы; НШС-невинные шумы сердца)

Таблица 3. Частота обнаружения открытого овального окна при проведении чреспищеводной Эхо-КГ (второй группы пациентов)

Нозологические подгруппы СВД	**Число обследованных**	**Частота обнаружения ООО**		**Достоверность различий с контрольной группой (Р)**
		Абс.ч	**%**	
1. Пациенты с СВД и НШС	26	6	23,1	1-5>0,05
2. Пациенты с СВД в виде ФНССС	40	11	27,5	2-5>0,05
3. Пациенты с СВД и психовегетативными пароксизмами	16	5	31,3	3-5<0,05
4. Пациенты с СВД и синкопе	26	10	38,5	4-5<0,05
5. Контрольная группа пациентов	20	4	20	-

Таблица 4. Распространенность ГПЭ при нозологических вариантах СВД (вторая группа)

Нозологические подгруппы СВД	Число обследованных	Частота обнаружения готовности к ПЭ		Достоверность различий с контрольной группой (Р)
		Абс.ч	%	
Пациенты с СВД в виде ФНССС	36	5	14,1	P>0,05
СВД с синкопе	22	7	31,8	P<0,05
Психовегетативные пароксизмы без АГ	16	5	31,3	P<0,05
Пациенты с СВД и НШС	30	6	23,1	P>0,05
Контрольная группа пациентов	19	1	5,3	

Для определения нарушения когнитивных функций у пациентов с СВД использовали краткую шкалу оценки когнитивных функций (Mini-MentalStateExamination – MMSE- КШОПС) (Folstein M.F. etal., 1975), МОСА-тест, тест вербальных ассоциаций, применяли шкалу Векслера для оценки интеллекта у взрослых в адаптации НИИ им. В.М. Бехтерева.

Таблица 5. Исследование когнитивных функций у пациентов с синдромом вегетативной дисфункции

Нозологические подгруппы СВД	Абс.число и % выявленного открытого овального окна	пол		Возраст (лет)	Число пациентов с нарушением КФ		Достоверность различий с контрольной группой (Р)
		м	ж		легкие нарушен.	умерен. нарушен	
1. Контрольная группа (N=15)	1- 6,6%	15	–	17-18	1	–	P>0,05
2. Пациенты с НШС (N=15)	6-40%	15	–	16-18	2	–	P>0,05
3. Пациенты с синкопе (N=15)	6-40%	1	14	21-32	4	–	P<0,05
4. Пациенты с психо-вегетат. пароксизмамиN=15	4-26,6%	6	9	29-36	2	2	P<0,05

Примечание: Достоверность различий по наличию когнитивных нарушений P<0,05 группы 4-1,3-1

Проведенная исследовательская работа позволила нам сделать следующие выводы:

1.Декомпенсация синдрома вегетативной дисфункции у молодых пациентов при наличии церебральной сосудистой симптоматики обусловлена ГПЭ на фоне ООО.

2.Наличие ГПЭ у молодых пациентов с СВД на фоне открытого овального окна является достоверным признаком угрозы тяжёлого сосудистого осложнения и требует применения лечебных и реабилитационных мероприятий.

3. У молодых пациентов с клиническими проявлениями СВД на фоне ООО выявляются легкие и умеренные когнитивные нарушения, значительно не ограничивающие состояние таких категорий жизнедеятельности пациентов как процесс обучения и трудовая деятельность.

4.При декомпенсации СВД у молодых пациентов на фоне ООО целесообразно определение ГПЭ с последующим окклюдерным или иным закрытием дефекта.

Заключение: в ходе исследования нами были изучены клинико-функциональные особенности течения синдрома вегетативной дисфункции у лиц молодого возраста, частота верификации от-

крытого овального окна при проведении чреспищеводной Эхо-КГ и распространенность готовности к парадоксальной эмболии. Показано, что наличие ООО у лиц молодого возраста с СВД является фактором риска возникновения сосудистых церебральных осложнений при наличии выявленной готовности к ПЭ, что поможет пересмотреть существующие терапевтические подходы.

Нами предложено внедрение скрининговой диагностики для оценки органической патологии сердца (трансторакальной Эхо-КГ) у групп лиц ведомственных структур.

В результате проделанной работы изложена идея решения вопроса о закрытии ООО в случае его существования в патологической форме, как предупредительная, профилактическая мера в развитии острого церебрального сосудистого эпизода у лиц молодого возраста. Так, исследования в группе пациентов с синдромом вегетативной дисфункции при наличии и отсутствии открытого овального окна, с использованием скрининговых диагностик кардио-церебрального профиля, а также методики: пролонгированной инфузионной контрастной эхокардиографии в сочетании со стресс-тестовым комплексом, свидетель- ствуют о обоснованной необходимости тщательного диагностического поиска кардиогенных эмбологенно-значимых путей, приводящих к развитию острого церебрального эпизода. Результаты проведенного исследования имеют существенное значение для неврологов, кардиологов, специалистов врачебных комиссий медицинских организаций при оценке профессиональной пригодности пациентов, а так же их дальнейшей маршрутизации с целью выполнения интервенционной медицинской реабилитации.

Принципы и методики работы внедрены и успешно применяются в научно-исследовательской деятельности кафедры неврологии ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, отделений кардиологии, неврологии и восстановительного лечения ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. С.-Петербург».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акарачкова, Е.С. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике / Е.С. Акарачкова // Лечащий врач. -2010. - № 10. – С. 5-8.
2. Белозеров, Ю.М. Ультразвуковая семиотика и диагностика в кардиологии детского возраста/ Г.Н. Потылико, В.В. Болбиков— М.: МКС, 2000. - 171 с.
3. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, лечение, диагностика /А.М. Вейн. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. - 749 с.
4. Воробьёва, О.В. Вегетативная дистония – что скрывается за диагнозом? / О.В. Воробьёва // Трудный пациент. – 2011. – Т. 9, № 10. – С. 16-22.
5. Воробьёва, О.В. Заболевания вегетативной нервной системы / О.В. Воробьёв // Неврология. - 2019. – Т. 1. – С. 770-782.
6. Дайнеко, А.С. Открытое овальное окно как причина очаговой ишемии головного мозга у пациентов с криптогенным инсультом: частота встречаемости и эффективность вторичной профилактики / А.С. Дайнеко, Е.А. Шлойдо, Д.С. Мазиев и соавт. // Актуальные проблемы неврологии, Сыктывкар, 2020. – С. 38-39.
7. Иванов, С.В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия /С.В. Иванов – Автореф. Дисс. д-ра мед. наук. – М., 2002. – 38 с.
8. Исмагилов, М.Ф. Вегетативная конституция, кардиальное равновесие, вегетативная нервная система, синдромы вегетативной дисфункции /М.Ф. Исмагилов// Неврологический вестник. - 2014. – T.XLVI, вып. 4.
9. Коровина, Н.А. Клинико-электрокардиографические параллели у детей с малыми аномалиями развития сердца / Л.П. Гаврюшова, А.А. Тарасова и соавт. //Вестн. аритмологии. – 2000. – № 18. – С. 95.
10. Лиманкина, И.Н. Цереброкардиальный синдром / И.Н. Лиманкина // Вестник аритмологии. – 2009. – Т. 58. – С. 26-34.
11. Мухаметова, А.И. Клинико-психологическое исследование соматоформных расстройств /А.И. Мухаметова, В.В. Васильев// Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2020. - № 4. – С. 41-48.
12. Нагорнная, Н.В. Проба с длительным пассивным ортостазом –золотой стандарт выявления вазовагальных причин синкопальных состояний у детей /Н.В. Нагорная, Н.А. Четверик, Е.В. Пшеничная // Здоровье ребёнка. – 2009. - №3 (18). – С. 86-89.

13. Наумов, К.М. Вегетативные тесты в диагностике синдрома вегетативно-сосудистой неустойчивости / К.М. Наумов, И.В. Литвиненко // Дегенеративные и сосудистые заболевания нервной системы. Сборник статей и тезисов. – СПб, 2016. – С. 69-71.
14. Онищенко, Е.Ф. Способ диагностики пороков сердца с патологическим внутрисердечным сообщением/ Авт. свид. СССР № 16606683, заяв. 18.04.89. – Опубл. 07.07.91. Бюлл № 25.
15. Онищенко, Е.Ф. Открытое овальное окно и инсульт в клинической практике/ Е.Ф. Онищенко/ СПб.:ЭЛБИ-СПб, 2005. – 192 с.
16. Онищенко, Е.Ф. Открытое овальное окно в кардионеврологии / Е.Ф. Онищенко. В.Г. Помников. - СПб.: ЭЛБИ-СПб. – 2016. – 240 с.
17. Погосов, А.В. Начальные клинические проявления соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми симптомами / А.В. Погосов, А.О. Николаевская // Неврологический вестник. – 2015 – Т. XLVII, вып. 3. – С. 52-58.
18. Помников, В.Г. Диагностика когнитивных нарушений сосудистого и посттравматического генеза и возможности их коррекции у пострадавших / В.Г. Помников, Н.Г. Магомедова, С.Н. Жулёв и соавт. // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2017. - №2 (85). – С. 54-59.
19. Помников, В.Г. Церебральная сосудистая патология у пациентов с открытым овальным окном предсердной перегородки / В.Г. Помников, Е.Ф. Онищенко, Н.Н. Березина и соавт.// Практическая неврол. и нейрореабилит. – 2010. – № 1. – С. 10-12.
20. Помников, В.Г. Открытое овальное окно как причина возникновения церебрального инсульта / В.Г. Помников, Е.Ф. Онищенко, М.Я. Татарханова // Материалы международного конгресса, посвящённого дню мозга. – М., 2017. – С. 634-635.
21. Помников, В.Г. Болезни нервной системы / В.Г. Помников, Г.О. Пенина, А.А. Прохоров // Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. - СПб.: Гиппократ. – 2017. – С. 401-602.
22. Рудой, А.С. Структурные аномалии сердца. Национальные (международные) рекомендации /А.С. Рудой, А.А. Бова, Э.В. Земцовский и соавт. – Минск, 2016. – 92с.
23. Суслина, З.А. Патогенетическая гетерогенность ишемического инсульта и открытое овальное окно / З.А. Суслина, А.В. Фонякин, А.О. Чечёткин и соавт.// Анналы клинич. и эксперим. неврологии. - 2008. - № 3. – С. 4-8.
24. Тарасова, А.А. Малые аномалии развития сердца у детей в возрастном аспекте / М.С. Дзис, Л.П. Гаврюшова // Ультразвук. и функционал. диагностика. — 2005. – № 2. – С. 171–172.
25. Фонякин, А.В. Современная концепция кардионеврологии / А.В. Фонякин // Анналы неврологии. – 2007. - № 3. – С. 45-48.
26. Фонякин, А.В. Значение открытого овального окна в патогенезе ишемического инсульта / А.В. Фонякин, А.О. Чечёткин, Н.В. Глебов и соавт.// Журн. неврол. и псих. – 2007. – Спецвыпуск, инсульт. – С. 326-327.
27. Чутко, Л.С. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков / Л.С. Чутко, Т.Л. Корнишина, С.Ю. Сурушкин и соавт. // Журнал неврологии и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2018. – Т. 118, № 1. – С. 43-49.
28. Чутко, Л.С. Психовегетативные расстройства в клинической практике /Л.С. Чутко, Н.Л. Фролова. – СПб.: Наука, 2005. – 176 с.
29. Щукин, И.А. Новые возможности лечения вегетативной дисфункции / И.А. Щукин, А.В. Лебедева, М.С. Фидлер, М.А. Солдатов // РМЖ. Неврология. – 2017. - № 9. – С. 607-611.
30. Шутов, Д.В. О гемодинамической значимости открытого овального окна /А.В. Шутов, Л.Г. Клемина // Вестн. аритмологии. – 2000. – № 18. – С. 132.
31. Яхно, Н.Н. Распространённость когнитивных нарушений при неврологических заболеваниях (анализ работы специализированного амбулаторного приёма)/ Н.Н. Яхно, И.С. Преображенский, В.В. Захаров и соавт. // Неврология, нейропсихология, психосоматика. – 2012. - № 2. – С. 30-34.
32. Adams, H.P. Patent foramen ovale: paradoxical embolism and paradoxical data / H.P. Adams// Mayo Clin. Proc. - 2004. - Vol 79, №1. - P.15-20.
33. Al-Qudah, Z.A. Disorders of the Autonomic Nervous System after Hemispheric Cerebrovascular Disorders: an Update / Z.A. Al-Qudah, H.A. Yacoub, N. Souayah // JVIN. – 2015. – Vol. 8, N4. – P. 43-52.

34. Berthoud, H-R. The lateral hypothalamus as integrator of metabolic and environmental needs: From electrical self-simulation to opto-genetics / H-R. Berthoud, Munzberg H // Physiology Behavior. – 2011. – Vol. 104, N1. – P.29-39.
35. Britton, J. The Ictal Bradycardia Syndrome: Localization and Lateralization / J. Brittom, G. Ghearing, E. Benarroch, G. Cascino // Epilepsia. – 2006. – Vol.47, N. 4. – P. 737-744.
36. Bubhuti, B. Das. Patent Foramen Ovale in Fetal Life, Infancy and Childhood (Review) / B. Das Budhuti // Medical sciences. – 2020. – Vol.8, N.25. – P. 1-13.
37. Christencen, H. Insular lesions, ECG abnormality, and outcome in acute stroke / H. Christencen // Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry. – 2005. – Vol. 75, N 2. – P. 269-271.
38. Cohen, O.S. Educational level as a modulator of cognitive performance and neuropsychiatric features in parkinson disease/ O.S. Cohen, E. Vakil, D.Tanne et al.// Cogn behav neurol. - 2007. – Vol. 20, № 1. – P. 68-72.
39. Colivicchi, F. Cardiac Autonomic Derangement and Arrhythmias in Right-Sided Stroke With Insular Involvement / F. Colivicchi, A. Bassi, M. Santini, C. Caltageroni // Stroke. – 2004. – Vol. 35, N. 9. – P. 2094-2098.
40. De Castro, S. Morfological and functional characteristics of patient foramen ovale and their embolic implications/ S. De Castro, D. Cartoni, M. Fiorelli et al.// Stroke – 2000. – Vol. 31. – P. 2407-2413.
41. Di Tullio, M.R. Patent foramen ovale and the risk of ischemic stroke in a multiethnic population/ M.R. Di Tullio, R.L. Sacco, R.R. Sciacca et al. // J. Am. Coll. Cardiol. 2007. - Vol. 49. - P.797-802.
42. Ghahremani, A. The Role of Right Anterior Insula and Salience Processing in Inhibitory Control / A. Ghahremani, A. Rastogy, S. Lam // Journal of Neuroscience. – 2015. – Vol. 35, N 8. – P. 3291-3292.
43. Fox, E.R. Interatrial septal mobility predicts larger shunts across patent foramen ovales: an analysis with transmitral Doppler scanning /E.R. Fox, M.H. Picard, C.M.Chow et al. // Am. Heart. J. – 2003. - Vol. 145. - P.730-736.
44. Hagen, P.T. Incidenceand size of patent foramen ovale during the first10 decades of life: an autopsy study of 965 normal hearts/ P.T. Hagen, D.G. Scholz, W.D. Edwards // Mayo Clin.Proc. – 1984. – Vol. 59, № 1. – P. 17–20.
45. Hilz, M.J. Right ventromedial prefrontal lesions result in paradoxical cardiovascular activation with emotional stimuli / M.J. Hilz, O. Devinsky, H. Szczepanska et al. // Brain. – 2006. – Vol. 129, N 12. – P. 3343-3355.
46. Homma, S. Patient foramen ovale and stroke / S. Homma, R.L. Sacco // Circulation. – 2005. - Vol. 112. - P. 1063-1072.
47. Kaste, M. From the World Stroke Day to the World Stroke Campaign: one in six: act now! / M. Kaste, B. Norrving // Int. J. of Stroke. – 2010 – Vol. 5, Is. 5. – P. 342-343.
48. Landzberg, M.J. Indications for the closure of patent foramen ovale/ M.J. Landzberg, P. Khairy // Heart. – 2004. – Vol. 90. – P. 219-224.
49. Lieb, R. Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments / R. Lieb, H. Pfister, M. Mastaler // Acta Psychiatr. Scand. – 2000. – Vol. 101. – P. 194-208.
50. Lipovsky, Z.J. Somatization: the concept and its clinical application / Z.J. Lipovsky // Amer. J. Psychiatry. – 1988. – Vol. 145, N. 11. – P. 1358-1568.
51. Manea, M.M. Popa Constentin. Brain-Heart axis. / M.M. Manea, M. Comsa, A. Minca, D. Dragos// Jornal of Medicine and Life. – 2015. – Vol. 8, N. 3. – P. 266-271.
52. Mattle, H.P. Prevention of stroke in patients with patent foramen ovale/ H.P. Mattle, B. Meier, K. Nedeltchev// International Journal of Stroke. - 2011. - Vol. 2, Is. 3. - P. 33-45.
53. O'Gara, P.T.. Percutaneous device closure of patent foramen ovale for secondary stroke prevention / P.T. O'Gara, S.R. Messe, E.M. Tuzcu et al. // J. Am. Coll. Cardiol. - 2009. - Vol. 53. - P. 2014-2018.
54. Oppenheimer, S. Cerebrogenic cardiac arrhythmias / S. Oppenheimer// Clinical Autonomic Research. – 2006. – Vol. 16, N1. – P. 6-11.
55. Petty, G.W. Population-based study of the relationship between patent foramen ovale and cerebrovascular ischemic events/ G.W. Petty, B.K. Khandheria, L. Meissner et al.// Mayo Clin. Proc. - 2006. - Vol. 81. - P. 602-608.
56. Sapru, H.N. Role of the hypothalamic arcuate nucleus in cardiovascular regulation / H.N. Sapru // Autonomic Neuroscience. – 2017. – Vol. 175, N 1-2. – P.38-50.
57. Scheitz, J.F. Insular Cortex Lesions, Cardiac Troponin, and Detection of Previously Unknown Atrial Fibrillation in Acute Ischemic Stroke / J.F. Scheitz, H. Erdur, K.G. Haeusler et al. // Stroke. – 2015. – Vol. 46, N. 5. – P. 1196-1201.

58. Schuchlenz, H.W. Transesophageal echocardiography for quantifying size of patent foramen ovale in patients with cryptogenic cerebrovascular events/ H.W. Schuchlenz, W. Weihs, A. Beitzke et al. // Stroke. - 2002. - Vol. 33. - P. 293-296.
59. Schwerzmann, M. Relation between directly detected patient foramen ovale and ischemic brain lesions in sport divers/ M. Schwerzmann, C. Seiler, E. Lipp et al.// Ann. Intern. Med. – 2001. - Vol. 134. – P. 21-24.
60. Shoemaker, J. Forebrain neurocircuitry associated with human reflex cardiovascular control / J. Shoemaker, R. Goswani // Frontiers in Physiology. – 2015. – Vol. 6. – P. 1-14.
61. Woodward, S.H. Right anterior cingulated cortical volume covaries with respiratory sinus arrhythmia magnitude in combat veterans / S.H. Woodward // The J of Rehabilitation Research and Development. – 2008. – Vol. 45, N3. – P. 451-464.

SPISOK LITERATURY

1. Akarachkova, E.S. K voprosu diagnostiki i lecheniya psihovegetativnyh rasstrojstv v obshchesomaticheskoj praktike / E.S. Akarachkova // Lechashchij vrach. -2010. - № 10. – S. 5-8.
2. Belozerov, Yu.M. Ul'trazvukovaya semiotika i diagnostika v kardiologii detskogo vozrasta/ G.N. Potyliko, V.V. Bolbikov— M.: MKS, 2000. - 171 s.
3. Vejn, A.M. Vegetativnye rasstrojstva. Klinika, lechenie, diagnostika /A.M. Vejn. – M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2003. - 749 s.
4. Vorob'yova, O.V. Vegetativnaya distoniya – chto skryvaetsya za diagnozom? / O.V. Vorob'yova // Trudnyj pacient. – 2011. – T. 9, № 10. – S. 16-22.
5. Vorob'yova, O.V. Zabolevaniya vegetativnoj nervnoj sistemy / O.V. Vorob'yov // Nevrologiya. - 2019. – T. 1. – S. 770-782.
6. Dajneko, A.S. Otkrytoe oval'noe okno kak prichina ochagovoj ishemii golovnogo mozga u pacientov s kriptogennym insul'tom: chastota vstrechaemosti i effektivnost' vtorichnoj profilaktiki / A.S. Dajneko, E.A. Shlojdo, D.S. Maziev i soavt. // Aktual'nye problemy nevrologii, Syktyvkar, 2020. – S. 38-39.
7. Ivanov, S.V. Somatoformnye rasstrojstva (organnye nevrozy): epidemiologiya, komorbidnye psihosomaticheskie sootnosheniya, terapiya /S.V. Ivanov – Avtoref. Diss. d-ra med. nauk. – M., 2002. – 38 s.
8. Ismagilov, M.F. Vegetativnaya konstituciya, kardial'noe ravnovesie, vegetativnaya nervnaya sistema, sindromy vegetativnoj disfunkcii /M.F. Ismagilov// Nevrologicheskij vestnik. - 2014. – T.XLVI, vyp. 4.
9. Korovina, N.A. Kliniko-elektrokardiograficheskie paralleli u detej s malymi anomaliyami razvitiya serdca / L.P. Gavryushova, A.A. Tarasova i soavt. //Vestn. aritmologii. – 2000. – № 18. – S. 95.
10. Limankina, I.N. Cerebrokardial'nyj sindrom / I.N. Limankina // Vestnik aritmologii. – 2009. – T. 58. – S. 26-34.
11. Muhametova, A.I. Kliniko-psihologicheskoe issledovanie somatoformnyh rasstrojstv /A.I. Muhametova, V.V. Vasil'ev// Vestnik nevrologii, psihiatrii i nejrohirurgii. – 2020. - № 4. – S. 41-48.
12. Nagornnaya, N.V. Proba s dlitel'nym passivnym ortostazom –zolotoj standart vyyavleniya vazovagal'nyh prichin sinkopal'nyh sostoyanij u detej /N.V. Nagornaya, N.A. Chetverik, E.V. Pshenichnaya // Zdorov'e rebyonka. – 2009. - №3 (18). – S. 86-89.
13. Naumov, K.M. Vegetativnye testy v diagnostike sindroma vegetativno-sosudistoj neustojchivosti / K.M. Naumov, I.V. Litvinenko // Degenerativnye i sosudistye zabolevaniya nervnoj sistemy. Sbornik statej i tezisov. – SPb, 2016. – S. 69-71.
14. Onishchenko, E.F. Sposob diagnostiki porokov serdca s patologicheskim vnutriserdechnym soobshcheniem/ Avt. svid. SSSR № 16606683, zayav. 18.04.89. – Opubl. 07.07.91. Byull № 25.
15. Onishchenko, E.F. Otkrytoe oval'noe okno i insul't v klinicheskoj praktike/ E.F. Onishchenko/ SPb.:ELBI-SPb, 2005. – 192 s.
16. Onishchenko, E.F. Otkrytoe oval'noe okno v kardionevrologii / E.F. Onishchenko. V.G. Pomnikov. - SPb.: ELBI-SPb. – 2016. – 240 s.
17. Pogosov, A.V. Nachal'nye klinicheskie proyavleniya somatizirovannyh psihicheskih rasstrojstv s serdechno-sosudistymi simptomami / A.V. Pogosov, A.O. Nikolaevskaya // Nevrologicheskij vestnik. – 2015 – T. XLVII, vyp. 3. – S. 52-58.

18. Pomnikov, V.G. Diagnostika kognitivnyh narushenij sosudistogo i posttravmaticheskogo geneza i vozmozhnosti ih korrekcii u postradavshih / V.G. Pomnikov, N.G. Magomedova, S.N. Zhulyov i soavt. // Vestnik nevrologii, psihiatrii i nejrohirurgii. – 2017. - №2 (85). – S. 54-59.
19. Pomnikov, V.G. Cerebral'naya sosudistaya patologiya u pacientov s otkrytym oval'nym oknom predserdnoj peregorodki / V.G. Pomnikov, E.F. Onishchenko, N.N. Berezina i soavt.// Prakticheskaya nevrol. i nejroreabilit. – 2010. – № 1. – S. 10-12.
20. Pomnikov, V.G. Otkrytoe oval'noe okno kak prichina vozniknoveniya cerebral'nogo insul'ta / V.G. Pomnikov, E.F. Onishchenko, M.Ya. Tatarhanova // Materialy mezhdunarodnogo kongressa, posvyashchyonnogo dnyu mozga. – M., 2017. – S. 634-635.
21. Pomnikov, V.G. Bolezni nervnoj sistemy / V.G. Pomnikov, G.O. Penina, A.A. Prohorov // Spravochnik po mediko-social'noj ekspertize i reabilitacii. - SPb.: Gippokrat. – 2017. – S. 401-602.
22. Rudoj, A.S. Strukturnye anomalii serdca. Nacional'nye (mezhdunarodnye) rekomendacii /A.S. Rudoj, A.A. Bova, E.V. Zemcovskij i soavt. – Minsk, 2016. – 92s.
23. Suslina, Z.A. Patogeneticheskaya geterogennost' ishemicheskogo insul'ta i otkrytoe oval'noe okno / Z.A. Suslina, A.V. Fonyakin, A.O. Chechyotkin i soavt.// Annaly klinich. i eksperim. nevrologii. - 2008. - № 3. – S. 4-8.
24. Tarasova, A.A. Malye anomalii razvitiya serdca u detej v vozrastnom aspekte / M.S. Dzis, L.P. Gavryushova // Ul'trazvuk. i funkcional. diagnostika. — 2005. – № 2. – S. 171–172.
25. Fonyakin, A.V. Sovremennaya koncepciya kardionevrologii / A.V. Fonyakin // Annaly nevrologii. – 2007. - № 3. – S. 45-48.
26. Fonyakin, A.V. Znachenie otkrytogo oval'nogo okna v patogeneze ishemicheskogo insul'ta / A.V. Fonyakin, A.O. Chechyotkin, N.V. Glebov i soavt.// Zhurn. nevrol. i psih. – 2007. – Specvypusk, insul't. – S. 326-327.
27. Chutko, L.S. Sindrom vegetativnoj disfunkcii u detej i podrostkov / L.S. Chutko, T.L. Kornishina, S.Yu. Surushkin i soavt. // Zhurnal nevrologii i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 2018. – T. 118, № 1. – S. 43-49.
28. Chutko, L.S. Psihovegetativnye rasstrojstva v klinicheskoj praktike /L.S. Chutko, N.L. Frolova. – SPb.: Nauka, 2005. – 176 s.
29. Shchukin, I.A. Novye vozmozhnosti lecheniya vegetativnoj disfunkcii / I.A. Shchukin, A.V. Lebedeva, M.S. Fidler, M.A. Soldatov // RMZh. Nevrologiya. – 2017. - № 9. – S. 607-611.
30. Shutov, D.V. O gemodinamicheskoj znachimosti otkrytogo oval'nogo okna /A.V. Shutov, L.G. Klemina // Vestn. aritmologii. – 2000. – № 18. – S. 132.
31. Yahno, N.N. Rasprostranyonnost' kognitivnyh narushenij pri nevrologicheskih zabolevaniyah (analiz raboty specializirovannogo ambulatornogo priyoma)/ N.N. Yahno, I.S. Preobrazhenskij, V.V. Zaharov i soavt. // Nevrologiya, nejropsihologiya, psihosomatika. – 2012. - № 2. – S. 30-34.

УДК 614.2+614.29:616-036.865+004.77

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПО ПЕРЕДАЧЕ ЭЛЕКТРОННЫХ НАПРАВЛЕНИЙ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE IMPLEMENTATION OF INTERDEPARTMENTAL INTERACTION WITH MEDICAL ORGANIZATIONS FOR THE TRANSFER OF ELECTRONIC REFERRALS FOR MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE

[1]Запарий С.П.,
[2]Владимирова О.Н.,
[1]Кузьменко И.О.
[1]Zaparii S.P.,
[2]Vladimirova O.N.,
[1]Kuzmenko I.O.

[1]ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве» Минтруда России, г. Москва
[2]ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, г. Санкт-Петербург

Запарий Сергей Петрович, д-р мед. наук, доцент, руководитель ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве», г. Москва; E-mail: info@mse77.ru;

Владимирова Оксана Николаевна, д-р мед. наук, доцент, ректор ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, Санкт-Петербург; E-mail: spbipde@mail.ru;

Кузьменко Ирина Олеговна, врач по МСЭ, руководитель Бюро №64 – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России; E-mail: info@mse77.ru

В статье представлены результаты анализа поступивших электронных направлений на медико-социальную экспертизу и проведена оценка эффективности реализации межведомственного взаимодействия в г. Москве за 2021 год.

Проведенное исследование выявило, что из поступивших направлений на МСЭ в бумажном варианте оформлено дел на 100881 гражданина, из них 23347 электронных направления, что составило 23,1%. Из 23347 электронных направлений на МСЭ с ошибками получено 13524 (57,9%) форма 088/у, оформленных с нарушениями установленных правил. Число качественно заполненных электронных форм 088/у в количестве 9823 (52,1%).

По результатам представленных из Департамента здравоохранения города Москвы в 98 (75%) из 131 медицинских организации доступен функционал, обеспечивающий межведомственное электронное взаимодействие посредством подсистемы «Реестр электронных медицинских документов» Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Минздрава России (далее – РЭМД) и обеспечена передача 14477 электронных направлений на МСЭ в РЭМД (22% от общего числа направлений на МСЭ). Лишь в 86 (66%) из 131 медицинских организаций отправля-

ются данные в РЭМД, в 34% медицинских организациях проводится донастройка взаимодействия с РЭМД.

Ключевые слова: *инвалид, электронное направление, реализация, эффективность выполнения, реестр электронных медицинских документо*

The article deals with the results of the analysis of the received electronic referrals for medical and social expertise and assesses the effectiveness of the implementation of interdepartmental cooperation in Moscow in 2021.

The research revealed that 10881 (23,1%) of the received directions to the medical and social expertise were in electronic form from total amount 100,881. From 23,347 electronic directions to the medical and social 13,524 (58%) were with errors in form 088/y. The number of correct electronic forms 088/y were 9823 (52%).

According to the results presented from the Moscow Department of Health, 98 (75%) out of 131 medical organizations have full functional of the subsystem "Register of Electronic Medical Documents" (REMD). 14477 (22%) electronic referrals were sent to medical and social expertise to the REMD. Only in 86 (66%) out of 131 medical organizations, data is successfully sent to the REMD, 34% of medical organizations customize the cooperation of the REMD.

Key words: *disabled person, electronic referral, implementation, performance efficiency, register of electronic medical documents*

Экономические и социальные преобразования, происходящие в нашей стране, выдвигают в число важнейших задач государства и общества социальную защиту инвалидов. Она предполагает практическую реализацию такой политики и принципов, как государственный характер социальной защиты, соблюдение правовых, экономических и организационных гарантий предоставления инвалидам основных видов социальной помощи, ее доступность и комплексность осуществления индивидуальных программ реабилитации, участие инвалидов в формировании государственной политики в сфере социальной защиты.

В настоящее время между медицинскими организациями и бюро медико-социальной экспертизы осуществляется электронный документооборот, способствующий:

- формированию комфортных условий получения услуги по медико-социальной экспертизе, в том числе дистанционно;
- обеспечению удобства и простоты установления инвалидности;
- повышению открытости и доступности учреждений МСЭ;
- повышению качества принимаемых при проведении медико-социальной экспертизы решений и снижение количества решений, обжалованных гражданами.

Цель исследования: оценить качество оформления формы 088/у граждан в электронном виде, поступивших в структурные подразделения ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России для проведения медико-социальной экспертизы и разработки ИПРА.

Материалы и методы

Объектом исследования явились электронные формы 088/у за 2021 год, в количестве 23347 единиц, предоставленные в ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России.

Карты дефектов заполнялись специалистами по МСЭ в бюро ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России с последующим формированием базы данных по ошибкам.

Методы исследования: выкопировка сведений, описательная статистика (абсолютные, экстенсивные показатели), сравнительный анализ, графический метод.

Результаты и их обсуждение

Направление граждан на МСЭ регламентировано нормативным документом – Постановление Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. N 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (ред. от 26.11.2020). Пунктом 16 Правил предусмотрено, что организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, направляет гражданина на МСЭ после прове-

дения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма. Форма направления на МСЭ - №088/у – утверждена совместным приказом Минтруда России и Минздрава России от 01.02.2021 № 27н/36н. Сформулирована четкая инструкция по заполнению электронного направления. Форма 088/у в форме электронного документа передается в бюро МСЭ с использованием медицинских информационных систем медицинских организаций, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов РФ, единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, федеральной государственной информационной системы «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» в соответствии с Порядком информационного взаимодействия в целях проведения МСЭ между медицинскими организациями и бюро МСЭ, утвержденным приказом Минтруда России и Минздрава России от 27 февраля 2020г. №80/131н.

Дефекты при направлении граждан на МСЭ состоят не только в некачественном оформлении электронного документа, но и пропуска заполнения пунктов, необходимых для освидетельствования граждан.

По данным официальной статистики ГБ МСЭ по г. Москве, за период январь по 31.12.2021 поступили бумажные направления на 100881 человек, из них 23347 в электронном виде (23,1%).

Из 23347 поступивших электронных направлений на МСЭ с ошибками было получено 13524 (58%).

Следует отметить, что качественно оформленные электронные формы 088/у составляли 9823 единиц (52%).

На рис. 1 представлены наиболее часто встречающиеся дефекты заполнения направлений на МСЭ, при которых освидетельствование граждан не представляется возможным.

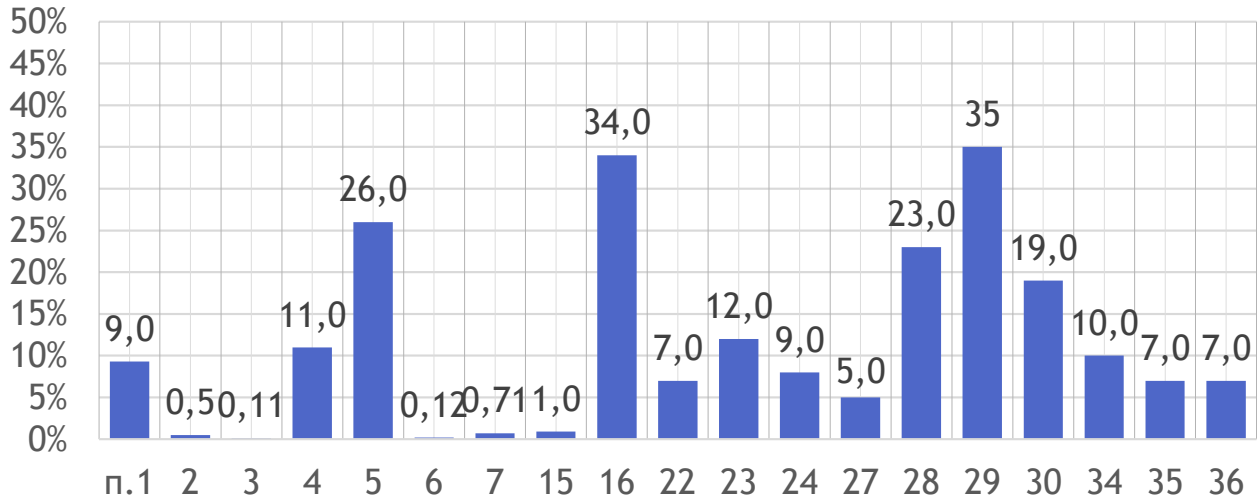


Рис.1 Удельный вес электронных направлений с грубыми ошибками (освидетельствование невозможно) в ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве», (%)

п.1 Номер и дата протокола врачебной комиссии медицинской организации
п.2 МСЭ проводится на дому
п.3 Гражданин нуждается в паллиативной помощи
п.4 Дата выдачи направления на МСЭ
п.5 Цель направления на МСЭ
п.6 ФИО гражданина
п.7 Дата рождения гражданина
п.15 СНИЛС

п.16 Паспортные данные гражданина
п.22 Наблюдается в медицинской организации (год, года)
п.23 Анамнез заболевания
п.24 Анамнез жизни
п.27 Антропометрические данные
п.28 Состояние здоровья гражданина при направлении на МСЭ
п.29 Сведения о мед. обследованиях
п.30 Диагноз
п.34 Мероприятия по мед. реабилитации
п.35 Мероприятия по реконструктивной хирургии
п.36 Мероприятия по протезированию и ортезированию

Наименьшее количество ошибок в пунктах: 2, 3, 6, 7, 9, 15 (до 1%) – в п.2 (63 направлений) – отсутствует отметка о необходимости проведения МСЭ на дому, в п.7 (96 направлений) – не заполняется или неправильно указана дата рождения гражданина, в п.15 (124 направлений) – отсутствует СНИЛС.

В 691 случае (5%) в электронных направлениях на МСЭ отсутствуют или приводятся неполные сведения об антропометрических данных и физиологических параметрах гражданина, рекомендуемых мероприятиях по реконструктивной хирургии и протезированию и ортезированию. В 1264 случаев (9%) не указаны или не совпадают с бумажной формой 088/у номера и дата протокола ВК медицинской организации, в 1340 случаев (10%) не указываются мероприятия по медицинской реабилитации. В п.22 выявлено 969 случаев (7%) не приводятся данные наблюдения гражданина медицинской организацией.

В п.4 выявлено 1544 (11,5%) ошибок, где отсутствует или не совпадают даты выдачи гражданину электронного направления на МСЭ с бумажным направлением. В п. 23 выявлено 1676 (12%) случаев малоинформативны данные об анамнезе заболевания. Не приводятся данные о частоте и длительности обострений, проведенном лечении, его эффективности. Все сведения при освидетельствовании приходится уточнять по амбулаторным картам, выпискам из стационара, что безусловно, усложняет и удлиняет процесс освидетельствования. В п.5 выявлено 3504 (26%) случаев, где отсутствует или некорректно заполнена цель направления гражданина на МСЭ.

Один из наиболее важных пунктов направления на МСЭ – 30-й: диагноз с указанием основного, сопутствующего заболеваний и их осложнений. В диагнозе выделяют 2 части: морфологическую и функциональную, поэтому необходимо отразить нозологию, стадию патологического процесса либо степень тяжести, характер течения, фазу активности, ведущие клинические, клинико-морфологические синдромы, характер и степень нарушения функций органа или системы. Диагнозы в электронных направлениях на МСЭ не соответствуют требованиям. Число замечаний к оформлению диагноза составило 2624 (19%). С аналогичной частотой в 3107 случая (23%) выявлены ошибки описания статуса состояния здоровья гражданина при направлении на МСЭ, а именно: отсутствуют такие показатели как ЧСС, ЧДД, АД, характеристика пульса, описание пульса на периферических сосудах, указания на объем движений в суставах, не предоставляются результаты проб и другие данные физикального осмотра. Локальный статус отсутствует или не полностью описан (часто при грыжах, культе, послеоперационных рубцах).

По п.16 выявлено ошибок в 4614 случае (34%), где не заполнены кем выдан документ, удостоверяющий личность и часть направлений с некорректной серией и номером паспорта гражданина.

Значительно больше выявлено дефектов 4699 (35%), относящихся к объему обследований при направлении на МСЭ, к их информативности, полноте и сроках выполнения. Результаты исследований отсутствуют в электронном документе (сканы не прикреплены), что затрудняет освидетельствование гражданина и требует возврата направления на МСЭ в медицинскую организацию, в связи с отсутствием полного объема медицинских обследований, в соответствии Перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, утвержденного приказом Минтруда России и Минздрава России от 10.06.2021 №402н/631н. Большая часть сканированных докумен-

тов – это электронная подпись председателя ВК и повторные заключения врачей-специалистов или полностью отсутствуют: выписки из стационара, заключения врачей-специалистов, протоколы ВК.

Проблемы отмечаются и в РЭМД, а именно, в разделе: «опись документов» прикрепленные файлы (в количестве 50-60 страниц) затрудняет проведение освидетельствования.

Сведения о результатах дополнительных медицинских обследований включается в направление на МСЭ, и медицинская организация осуществляет его обратную передачу в бюро с уведомлением гражданина (его законного или уполномоченного представителя) в течение 14 рабочих дней со дня поступления возвращенного направления, без непосредственного участия гражданина, в соответствии п.19 (2) Правил признания лица инвалидом, утвержденным постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 № 95.

Необходимо отметить, что сроки освидетельствования увеличиваются и нередко приводит к конфликтам со стороны граждан.

На рис. 2 представлены дефекты заполнения электронных направлений на МСЭ, где освидетельствование затруднено.

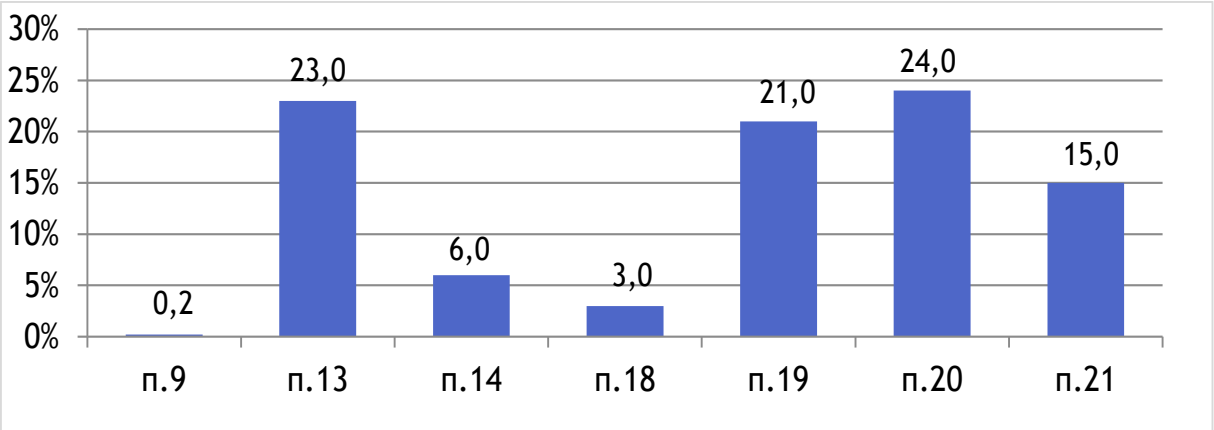


Рис.2. Доля электронных направлений с грубыми ошибками (освидетельствование затруднено) в ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве», (%)

п.9 Гражданство
п.13 Гражданин находится по месту жительства
п.14 Контактная информация
п.18 Первично или повторно
п.19 Сведения о результатах предыдущей экспертизы
п.20 Сведения о получении образования
п.21 Сведения о трудовой деятельности

Наименьшее количество ошибок в пунктах: 9 (28) и 18 (375), в электронных направлениях не заполнено гражданство и отсутствует отметка первично или повторно направляется гражданин на МСЭ. В 766 случаях (6%) не указана контактная информация гражданина. В п.19 выявлено 2869 ошибки (21%), где не представлены сведения о результатах предыдущей экспертизы и в п.21 составило 2081 дефект (15%) о сведениях трудовой деятельности. В п.20 выявлено 3204 случая (24%), где частично или полностью не представлены сведения о полученном образовании. По п.13 составило 3091 дефект (23%), (отсутствует запись о местонахождении гражданина: в стационарных условиях, в организации социального обслуживания, в исправительном учреждении, по месту жительства, иной организации, а также обязательно указывается ОГРН организации и адрес).

За 2021 год проведено освидетельствований по электронным направлениям на медико-социальную экспертизу 1912 дел, что составило 8,19%.

Электронное направление на МСЭ получено позже направления на МСЭ на бумажном носителе в 19766 (85%) от полученных электронных направлений на МСЭ за год (23347).

Заключение:

Вопросы электронного документооборота постоянно обсуждаются с Департаментом здравоохранения г. Москвы, находятся на постоянном контроле. Часть проблем связано со сбоями в системе РЭМД.

Для улучшения качества электронных направлений в бюро МСЭ №64 проводится постоянно работа с председателями ВК и врачами – методистами медицинских организаций.

Председателям врачебных комиссий рекомендуется организовать обучение врачей — специалистов медицинских организаций по порядку заполнения электронных направлений, согласно приказу №27н/36н от 01.02.2021г.

Руководству Департамента здравоохранения рекомендуется организовать обучение председателей ВК по оформлению электронных направлениях, согласно нормативным документам.

Рекомендуется председателям ВК и бюро МСЭ ведение журнала учета ошибок при оформлении электронных направлений на медико-социальную экспертизу с их анализом для принятия решения.

Руководителям бюро МСЭ активизировать работу с медицинскими организациями по передаче электронных направлений на медико-социальную экспертизу.

Список литературы:

1. Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. N 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» С изменениями и дополнениями от: 7 апреля 2008 г., 30 декабря 2009 г., 6 февраля, 16 апреля, 4 сентября 2012 г., 6 августа 2015 г., 10 августа 2016 г., 24 января, 29 марта, 21 июня 2018 г., 22 марта, 16 мая, 4, 27 июня, 14 ноября 2019 г., 30 апреля, 24 сентября, 22 октября, 26 ноября 2020 г.;
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 1 февраля 2021 г. N 27н/36н «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения»;
3. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 27 февраля 2020 г. N 80н/131н «Об утверждении Порядка информационного взаимодействия в целях проведения медико-социальной экспертизы между медицинскими организациями и бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах».

Spisok literatury:

1. Postanovlenie Pravitel’stva RF ot 20 fevralya 2006 g. N 95 «O poryadke i usloviyah priznaniya lica invalidom» S izmeneniyami i dopolneniyami ot: 7 aprelya 2008 g., 30 dekabrya 2009 g., 6 fevralya, 16 aprelya, 4 sentyabrya 2012 g., 6 avgusta 2015 g., 10 avgusta 2016 g., 24 yanvarya, 29 marta, 21 iyunya 2018 g., 22 marta, 16 maya, 4, 27 iyunya, 14 noyabrya 2019 g., 30 aprelya, 24 sentyabrya, 22 oktyabrya, 26 noyabrya 2020 g.;
2. Prikaz Ministerstva truda i social’noj zashchity RF i Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 1 fevralya 2021 g. N 27n/36n «Ob utverzhdenii formy napravleniya na mediko-social’nuyu ekspertizu medicinskoj organizaciej i poryadka ee zapolneniya»;
3. Prikaz Ministerstva truda i social’noj zashchity RF i Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 27 fevralya 2020 g. N 80n/131n «Ob utverzhdenii Poryadka informacionnogo vzaimodejstviya v celyah provedeniya mediko-social’noj ekspertizy mezhdu medicinskimi organizaciyami i byuro mediko-social’noj ekspertizy v gorodah i rajonah».

УДК 616.831

СРАВНЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКИХ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ КОМИ ПО ДАННЫМ ТЕРРИТОРИАЛЬНО-ПОПУЛЯЦИОННОГО РЕГИСТРА ИНСУЛЬТОВ

COMPARISON OF ISCHEMIC AND HEMORRHAGIC STROKE IN RESIDENTS OF THE REPUBLIC OF KOMI ACCORDING TO THE DATA OF THE TERRITORIAL POPULATION REGISTER OF STROKE

Заславский А.С.,
Пенина Г.О.,
Помников В.Г.
Zaslavskij A.S.,
Penina G.O.,
Pomnikov V.G.

ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России

Россия, 191014, Санкт-Петербург
Литейный проспект, д. 58
Врач по МСЭ, невролог экспертного состава №9

Сосудистые заболевания головного мозга являются важнейшей медико-социальной проблемой, так как занимают одно из первых мест в структуре общей смертности и инвалидности населения в России. Большая протяженность Республики Коми с юга на север и с запада на восток, а также разнообразие физико-географических условий создают существенную разницу в климате отдельных ее районов, что дает возможность в рамках одного региона провести сравнение групп граждан, проживающих на крайнем севере и проживающих в других районах. Всего в Регистр инсультов Республики Коми за период с сентября 2007г. по декабрь 2018 г. внесено 19984 человеках с установленным диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения.

Ключевые слова: *Республика Коми, острые нарушения мозгового кровообращения, регистр инсульта.*

Vascular diseases of the brain are the most important medical and social problem, as they occupy one of the first places in the structure of general mortality and disability of the population in Russia. The large length of the Komi Republic from south to north and from west to east, as well as a variety of physical and geographical conditions create a significant difference in the climate of its individual regions, which makes it possible to compare groups of citizens living in the far north and living in others within one region. areas. In total, the Stroke Registry of the Komi Republic for the period from September 2007 to December 2018 introduced in 19984 people with an established diagnosis of acute cerebrovascular accident.

Key words: *Republic of Komi, acute disorders of cerebral circulation, stroke register.*

Введение

Сосудистые заболевания головного мозга являются важнейшей медико-социальной проблемой, так как занимают одно из первых мест в структуре общей смертности и инвалидности населения в России (Скворцова В.И., 2004; Яхно Н.Н., Виленский Б.С., 2005). В Российской Федерации через год после перенесенного инсульта к трудовой деятельности возвращаются не более 10-12% пациентов, а 25 - 30% остаются до конца жизни инвалидами (Помников В.Г. и соавт., 2021). Высокая медико-социальная значимость проблемы ОНМК привела к тому, что в 2013г персонализирован-

ная медицина была на государственном уровне признана приоритетной областью научных знаний (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 №2580-Р). Лечение острых нарушений мозгового кровообращения на современном этапе остается недостаточно эффективным (Kasner, S. Et al. 2001; Wijdicks E.F.M., 2010). Это объясняется не только ограниченной способностью нервной ткани к регенерации и узостью «терапевтического окна», во время которого лечебные мероприятия могут быть наиболее эффективны, но и недостаточным числом лечебных учреждений, которые могут оказать больным с инсультом адекватную медицинскую помощь (Джинджихадзе, Р.С. и соавт. 2012). Тем не менее, реализующаяся в Российской Федерации программа по борьбе с сосудистыми поражениями головного мозга уже дает положительные результаты, согласно имеющимся данным (Скворцова В.И. и соавт., 2018).

Цель исследования. Изучить и дать оценку эпидемиологическим показателям ОНМК в Республике Коми. Охарактеризовать структуру гендерных и возрастных характеристик пациентов с инсультом.

Материалы и методы исследования

Объект исследования – территориально-популяционный Регистр инсульта Республики Коми – данные о 19984 человеках с установленным диагнозом ОНМК, внесенных за период наблюдения (сентябрь 2007 г. – декабрь 2018 г.). В Республике Коми проведен длительный проспективный клинико-эпидемиологический анализ динамики показателей распространенности, заболеваемости ОНМК в зависимости от территориально-географических характеристик, возраста, пола, факторов риска, включая психоэмоциональное напряжение. Полученные данные позволяют оценить распространенность инсульта с учетом географических особенностей Республики Коми, что дает возможность планировать организацию и объемы медицинской помощи больным с данными заболеванием. Адекватная оценка частоты встречаемости факторов риска даст возможность более эффективно проводить работу среди всех слоев населения по профилактике острых нарушений мозгового кровообращения.

Результаты и их обсуждение

За период наблюдения (сентябрь 2007 г. – декабрь 2018 г.) в Регистр внесено 19984 человека с установленным диагнозом ОНМК. Средний возраст пациентов с инсультом составил 64,35±12,65 лет. Среди изучаемых пациентов с ОНМК значимо преобладают женщины (10276 человек, 51,4%), гендерный индекс 1,06:1. Такое соотношение полов в целом характерно для населения Российской федерации. Средний возраст мужчин с ОНМК составил, по данным Регистра инсульта, 60,8±11,6 лет, средний возраст женщин – 67,7±12,6 лет, т.е. женщины достоверно старше ($p<0,001$). Пациенты с геморрагическим инсультом (САК, внутримозговые кровоизлияния) составили 15,1% от числа пациентов за весь период наблюдения. Пациенты, перенесшие ишемический инсульт – 80,7%. Остальные пациенты перенесли инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт. Соотношение церебральных ишемий и геморрагий среди пациентов Регистра составило, таким образом, 5,34:1, со статистически значимым преобладанием ишемических ОНМК ($p<0,001$).

Пациенты, перенесшие ишемический инсульт составляют 80,7% (16130 человек) всех пациентов, внесенных в регистр. Средний возраст пациентов с ишемическим инсультом составил 65,1±12,4. Среди изучаемых пациентов с ОНМК преобладают женщины, различия достоверны с $p<0,05$. Число мужчин 7874, остальные пациенты женского пола, гендерный индекс 1,05:1. Средний возраст мужчин с ишемическим ОНМК составил, по данным регистра инсульта, 61,4±11,4 лет, средний возраст женщин – 68,7±12,2 года, т.е. женщины достоверно старше ($p<0,001$). Нейровизуализация проведена в 59,6% случаев. По имеющимся в регистре данным, пациенты, выжившие в течение 21 дня, составили 78,9%, умершие 14%, остальные 7,1% были выписаны ранее 21 дня и сведения о них в регистре отсутствуют. Таким образом, смертность от ишемических инсультов составляет 15% от числа пациентов с известным на 21 сутки исходом. Среди факторов риска у анализируемой группы пациентов с инсультами значимо ($p<0,001$) преобладает артериальная гипертензия, отмеченная у 15232 пациентов (94,4%). Курение как фактор риска отмечено у 30,8%. Сопутствующие заболевания сердца выявлены у 44,5% больных с ишемическим инсультом. Дислипидемические расстройства обнаружены у 44,2% (7129 пациентов). У 18,3% пациентов отмечался сахарный диабет. Мерцательная

аритмия встречалась у 21,7% пациентов. Инфаркт миокарда в анамнезе отмечался у 13,1% пациентов с ищемическим инсультом. Связь заболевания с перенесенным стрессом отмечает 9% больных.

Изучение данных о распределении госпитализации по месяцам показывает, что больше всего пациентов с ишемическим ОНМК в течение года зарегистрировано в январе – 10,1%, наименьшее – в декабре – 7%, различия достоверны с $p<0,05$. Сезонность госпитализации такова: наибольшее количество ишемических ОНМК зарегистрировано в весенний период – 27,9%, наименьшее – осенью – 23,2%, сезонные различия достоверны с $p<0,001$. Распределение по месяцам, демонстрирующее ежегодный значимый рост числа инсультов в январе по сравнению с декабрем свидетельствует, по всей видимости, о негативном влиянии большого количества выходных непрерывно на здоровье населения.

Из пациентов с ишемическим инсультом была выделена группа пациентов, которые одновременно подвержены влиянию множества факторов риска (артериальная гипертензия, курение, мерцательная аритмия, инфаркт в анамнезе, другие заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет), численность группы составила 27 человек (0,17% от всех пациентов с ишемическими ОНМК), соотношение женщин и мужчин 1:3,5. В группе пациентов с ОНМК по ишемическому типу и без вышеуказанных факторов риска 237 пациентов, соотношение женщин и мужчин 1,58:1, различия между группами достоверны, $p<0,001$, данные различия представлены на рисунке 13. Обращает на себя внимание тот факт, что при рассмотрении многих групп с факторами риска выявлялось преобладание женщин в группах с фактором риска (группы пациентов с дислипидемическими нарушениями, сахарным диабетом, мерцательной аритмией), в группе пациентов с множеством факторов риска одновременно наблюдается доминирование пациентов мужского пола.

Средний возраст пациентов в группе с множеством факторов риска составил 65,5±11,8, в группе без факторов риска – 53,8±14,8, различия между группами группами достоверны, $p<0,001$. В группе пациентов с большим количеством факторов риска доля выживших на 21е сутки после инсульта составила 55,6%, умерших – 29,6%, сведения об остальных пациентах в регистре отсутствуют. Таким образом, умершие составили 34,8% от пациентов с известным на 21-е сутки исходом. В группе без факторов риска доля выживших на 21е сутки после инсульта составила 86%, умерших – 9,3%, сведения об остальных пациентах в регистре отсутствуют. Таким образом, умершие составили 9,7% от пациентов с известным на 21-е сутки исходом, различия между группами достоверны, $p=0.003$. В группе пациентов с множеством факторов риска смертность гораздо выше, чем среди пациентов без факторов риска, что закономерно.

В группе пациентов с множеством факторов риска 10 повторных (37%), 48,1% первичных. В группе пациентов без факторов риска 19% повторных ОНМК (45 человек), 69,6% первичных, различия между группами статистически достоверны, $p=0,036$. В группе пациентов с множеством факторов риска закономерно выше доля повторных ОНМК, и это несмотря на более высокую летальность в этой же группе.

Пациенты, перенесшие геморрагический инсульт составляют 15,1% (3022 человека) всех пациентов, внесенных в регистр, соотношение ишемических и геморрагических ОНМК составило 5,34:1. Средний возраст пациентов с геморрагическим инсультом составил 60,2±13, что достоверно ($p<0,001$) ниже, чем в группе пациентов с ишемическими инсультами. Среди изучаемых пациентов с ОНМК преобладают женщины, различия достоверны с $p=0,012$. Число мужчин с геморрагическими ОНМК 1462, остальные пациенты женского пола, гендерный индекс 1,07:1, что значимо не отличается от пациентов с ишемическими инсультами. Средний возраст мужчин с геморрагическим ОНМК составил, по данным регистра инсульта, 57,2±11,9 лет, средний возраст женщин – 63,1±13,4 года, т.е. женщины достоверно старше ($p<0,001$), и возраст мужчин и возраст женщин достоверно, $p<0,001$ ниже чем у пациентов с ишемическими ОНМК. Нейровизуализация (компьютерная томография) у пациентов с геморрагическими инсультами проведена в 60,6% случаев, у пациентов с ОНМК по ишемическому типу – в 59,6% случаев, различия не значимы. По имеющимся в регистре данным, пациенты с геморрагическими ОНМК, выжившие в течение 21 дня, составили 51,8%, умершие 45,1%, остальные 3,1% были выписаны ранее 21 дня и сведения о них в регистре отсутствуют. Таким образом, смертность от геморрагических инсультов составляет 46,5% от чис-

ла пациентов с известным на 21 сутки исходом. Пациенты с ишемическими ОНМК, выжившие в течение 21 дня, составили 78,9%, умершие – 14%, остальные 7,1% были выписаны ранее 21 дня и сведения о них в регистре отсутствуют. Смертность от ишемических инсультов составляет 15% от числа пациентов с известным на 21 сутки исходом, что достоверно ($p<0,001$) ниже, чем среди пациентов с геморрагическими ОНМК. Смертность от инсульта в зависимости от его типа представлена на рисунке 15. Во всем мире отмечают более высокую летальность от геморрагического инсульта, связанную с большой опасностью кровоизлияний в замкнутую полость черепа, способных привести к дислокации срединных структур и стремительно наступающему летальному исходу.

Среди факторов риска у анализируемой группы пациентов с геморрагическими инсультами значимо ($p<0,001$) преобладает артериальная гипертензия, отмеченная у 2761 пациентов (91,4%). Курение как фактор риска отмечено у 32,3%. Сопутствующие заболевания сердца выявлены у 30,2% больных с геморрагическим инсультом. Дислипидемические расстройства обнаружены у 31,1% (939 пациентов) У 9,7% пациентов отмечался сахарный диабет. Мерцательная аритмия встречалась у 10,3% пациентов. Инфаркт миокарда в анамнезе отмечался у 6,2% пациентов с геморрагическим инсультом. Связь заболевания с перенесенным стрессом отмечает 9,6% больных.

Наибольшее число пациентов с геморрагическим инсультом госпитализировано в январе (11,2%), наименьшее – в июле (6,2%), различия достоверны $p<0,001$. Что касается сезонности распределения – чаще всего ОНМК по геморрагическому типу случались в весенний период (28,9%), реже всего – летом (20,8%), различия достоверны $p<0,001$. Структура разделения по месяцам демонстрирует те же тенденции, что у группы пациентов с инсультом в целом – значимое преобладание числа пациентов госпитализированных в январе над таковым в декабре.

У пациентов с ишемическим инсультом достоверно ($p<0,001$) чаще встречаются такие факторы риска как дислипидемические расстройства, сопутствующие заболевания сердца, мерцательная аритмия и инфаркт в анамнезе, что представлено на рисунке 17. Эта тенденция может быть связана с тем, что группа пациентов с ишемическим инсультом характеризуется более высоким средним возрастом, чем группа пациентов с ОНМК по геморрагическому типу.

При попытке выделить из пациентов с геморрагическим инсультом группу, пациентов, которые одновременно подвержены влиянию множества факторов риска (артериальная гипертензия, курение, мерцательная аритмия, инфаркт в анамнезе, другие заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет) остается только 1 пациент. Удалось выделить группу пациентов с геморрагическим инсультом, у которых вышеуказанные факторы риска отсутствовали, было принято решение сравнивать ее с общей группой пациентов с геморрагическими ОНМК. В группе пациентов с ОНМК по геморрагическому типу и без факторов риска 84 пациента, соотношение женщин и мужчин 1,4:1, различия между группами недостоверны. Средний возраст пациентов в группе без факторов риска составил 46,1±17,7, что достоверно ($p<0,001$) ниже, чем в целом по группе с геморрагическими инсультами. В группе без факторов риска доля выживших на 21е сутки после инсульта составила 61,9%, умерших – 36,9%, сведения об остальных пациентах в регистре отсутствуют. Таким образом, умершие составили 37,3% от пациентов с известным на 21-е сутки исходом, различия с группой пациентов с геморрагическим инсультом статистически не значимы. В группе пациентов без факторов риска 11,9% повторных ОНМК (10 человек), 73,8% первичных, различия статистически недостоверны.

Выводы

Средний возраст пациентов с геморрагическим инсультом составил 60,2±13, что достоверно ($p<0,001$) ниже, чем в группе пациентов с ишемическими инсультами (65,1±12,4). Смертность от ишемических инсультов составляет 15% от числа пациентов с известным на 21 сутки исходом, что достоверно ($p<0,001$) ниже, чем среди пациентов с геморрагическими ОНМК (46,5%). У пациентов с ишемическим инсультом достоверно ($p<0,001$) чаще встречаются такие факторы риска как дислипидемические расстройства, сопутствующие заболевания сердца, мерцательная аритмия и инфаркт в анамнезе.

Список литературы:

1. Джинджихадзе, Р.С. Декомпрессивная гемикраниэктомия в лечении агрессивного ишемического инсульта /Р.С. Джинджихадзе, В.А. Лазарев, А.В. Ким// Российский нейрохирургический журнал имепи профессора А.Л. Поленова.- 2012 г. - №2.
2. Помников В.Г., Объективизация функциональных нарушений в учреждениях медико-социальной экспертизы с помощью инструментальных методов диагностики / В.Г. Помников, И.В. Михайлов, М.М. Исаев // Материалы четырнадцатой научно-практической конференции неврологов Северо-Западного Федерального округа Российской Федерации с международным участием, Сыктывкар, 2021, с.71-73

Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 №2580-Р О Стратегии развития медицинской науки в РФ на период до 2025 г.

3. Скворцова, В.И. Рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование эффективности и безопасности мексидола в комплексной терапии ишемического инсульта в остром периоде / В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117. – № 3-2. – С. 55–65.
4. Скворцова, В. И. Взгляд на проблему. Медицинская и социальная значимость проблемы инсульта. / В.И. Скворцова // Качество жизни – 2004. - №4. - С. 2 – 6.
5. Яхно, Н.Н., Инсульт как медико–социальная проблема. / Н.Н. Яхно , Б.С. Виленский // Русский медицинский журнал. – 2005. –Т.13. –№ 12. –С.807–815.
6. Kasner, S. Predictors of fatal brain edema in massive hemispheric ischemic stroke. / S. Kasner, Demchuk A.M., Berrouschot J. et al. // Stroke 2001; 32: 2117-2123.
7. Wijdicks, E.F.M. Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. / E.F.M. Wijdicks, N.V. Panayiotis, S. Gary et al. // Neurology 2010; 74: 1911

Spisok literatury:

1. Dzhindzhihadze, P.C. Dekompressivnaya gemikraniektomiya v lechenii agressivnogo ishemicheskogo insul’ta /P.C. Dzhindzhihadze, V.A. Lazarev, A.B. Kim// Rossijskij nejrohirurgicheskij zhurnal imepi professora A.L. Polenova.- 2012 g. - №2.
2. Pomnikov V.G., Ob”ektivizaciya funkcional’nyh narushenij v uchrezhdeniyah mediko-social’noj ekspertizy s pomoshch’yu instrumental’nyh metodov diagnostiki / V.G. Pomnikov, I.V. Mihajlov, M.M. Isaev // Materialy chetyrnadcatoj nauchno-prakticheskoj konferencii nevrologov Severo-Zapadnogo Federal’nogo okruga Rossijskoj Federacii s mezhdunarodnym uchastiem, Syktyvkar, 2021, s.71-73
3. Rasporyazhenie Pravitel’stva Rossijskoj Federacii ot 28.12.2012 №2580-R O Strategii razvitiya medicinskoj nauki v RF na period do 2025 g.
4. Skvorcova, V.I. Randomizirovannoe dvojnoe slepoe placebo-kontroliruemoe issledovanie effektivnosti i bezopasnosti meksidola v kompleksnoj terapii ishemicheskogo insul’ta v ostrom periode / V.I. Skvorcova, L.V. Stahovskaya i dr. // ZHurnal nevrologii i psihiatrii im. C.C. Korsakova. – 2017. – T. 117. – № 3-2. – S. 55–65.
5. Skvorcova, V. I. Vzglyad na problemu. Medicinskaya i social’naya znachimost’ problemy insul’ta. / V. I. Skvorcova // Kachestvo zhizni – 2004. - №4. - C. 2 – 6.
6. Yahno, N.N., Insul’t kak mediko–social’naya problema. / N.N. YAhno , B.S. Vilenskij // Russkij medicinskij zhurnal. – 2005. –T.13. –№ 12. –S.807–815.
7. Kasner, S. Predictors of fatal brain edema in massive hemispheric ischemic stroke. / S. Kasner, Demchuk A.M., Berrouschot J. et al. // Stroke 2001; 32: 2117-2123.
8. Wijdicks, E.F.M. Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. / E.F.M. Wijdicks, N.V. Panayiotis, S. Gary et al. // Neurology 2010; 74: 1911

УДК 618.19-006.6-036.865:[616-006:577.29]

ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОПУХОЛИ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III СТАДИИ

MOLECULAR SUBTUPES OF THE III STAGE BREAST CANCER AS A DEFINITION CRITERIA AT THE CLINICAL AND LABOUR PROGNOSIS

Ильюхин П.А.
Ilyukhin P.A.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Республика Беларусь, 220013, Минск, ул. П. Бровки, 3, корп. 3

Старший преподаватель кафедры
медицинской экспертизы и оценки
качества оказания медицинской помощи
Тел. +375(17)5166947
E-mail: pasha.vrach87@inbox.ru.

Статья посвящена оценке клинико-трудового прогноза, как основного критерия определения инвалидности у пациентов, страдающих раком молочной железы III стадии. Рак молочной железы III стадии представляет собой наиболее гетерогенную группу опухолей данной локализации и включает опухоли размерами как T0, так и местно-распространенный рак (T4) с отсутствием поражения лимфатических узлов (N0), а также с поражением подмышечных лимфатических узлов (N2). Все это создает определенные сложности при оценке клинико-трудового прогноза и определении инвалидности у данной группы пациентов. Нами проведено исследование влияния молекулярно-биологических характеристик опухоли, как основных факторов, определяющих тактику и длительность лечения пациентов с III стадией рака молочной железы. У исследованной группы пациентов проанализирован один из показателей безсобытийной выживаемости - интервал MFI (metastasis-free interval), как один из критериев прогнозирования развития патологического процесса.

Ключевые слова: *рак молочной железы, молекулярно-биологический подтип, MFI (metastasis-free interval), клинико-трудовой прогноз, инвалидность.*

The article is devoted to assessment the clinical and labour prognosis in patients with III stage breast cancer. In our research represented dependence molecular subtypes of the cancer, metastasis-free interval and disability in the patients during first inspection during medical assessment.

Key words: *breast cancer, molecular subtypes, MFI (metastasis-free interval), clinical and labour prognosis, disability.*

Злокачественные новообразования молочной железы, несмотря на достижения современной медицинской науки, продолжают занимать лидирующее место в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований среди женщин в Республике Беларусь. Выделение молекулярно-биологических подтипов рака молочной железы на основании наличия и экспрессии эстрогеновых, прогестероновых рецепторов, HER2/neu-рецепторов кардинальным образом изменил подходы к лечению данной группы пациентов [1, 2]. Отнесение рака молочной железы к тому или иному молекулярно-биологическому подтипу в настоящее время считается одним из важнейших критериев при определении клинического [3, 4], а следовательно, и клинико-трудового прогноза.

Согласно определению, клинико-трудовой прогноз – это возможность трудовой деятельности пациента, основанный на предвидении характера дальнейшего течения и исхода заболевания, с учетом закономерности развития патологического процесса, оценки результатов диагностики, медицинского наблюдения, возможности и эффективности лечения. Различают следующие виды клинико-трудового прогноза: относительно неблагоприятный, сомнительный и абсолютно неблагоприятный в отношении жизни на ближайшее время. При относительно неблагоприятном клинико-трудовом прогнозе устанавливается третья группа инвалидности, при сомнительном – вторая, а при абсолютно-неблагоприятном в отношении жизни на ближайшее время – первая группа инвалидности [5].

Нами проведен анализ данных Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов в Республике Беларусь, функционирующей на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», а также сведений, содержащихся в медицинских картах пациентов медико-реабилитационных экспертных комиссий и выписных эпикризах стационаров за период 2015-2020 гг.

Объектом исследования явились 58 женщин с установленным диагнозом злокачественного новообразования молочной железы III стадии. Все пациентки были разделены на группы в зависимости от молекулярно-биологического подтипа опухоли согласно классификации St. Gallen, установленной по результатам проведенного иммуногистохимического анализа послеоперационного материала (учитывалось наличие или отсутствие экспрессии эстрогеновых (ER) и прогестероновых (PR) рецепторов, человеческого эпидермального фактора роста (HER2/neu), а также индекса пролиферативной активности (Ki67). У пациенток, вошедших в исследование, основанием для установления группы инвалидности являлся клинико-трудовой прогноз. Женщины с ограничениями жизнедеятельности в связи с сопутствующей патологией, которая являлась сами по себе основанием для установления инвалидности, из группы исследования исключены.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel, а также с использованием приложения Vassarstats.

Применялись следующие методы описательной статистики. Для показателей, характеризующих качественные признаки, учитывалось абсолютное число, относительная величина в процентах (p, %), при расчете погрешности относительной величины использовался 95% доверительный интервал (95ДИ), оценка MFI-интервала проводилась с использованием метода Kaplan-Meyer. Различия между исследуемыми группами учитывались при уровне значимости $p < 0,05$.

Среди обследованного контингента пациентов, у большинства (37,9%, 95ДИ: 26,6–50,8) при иммуногистохимическом анализе рецепторы ER и PR были положительными (более 1,0% и более 20,0% соответственно), HER2/neu – отрицательным, Ki67 – низким, то есть опухоль относилась к Люминальному А молекулярно-биологическому подтипу, у 16 (27,7%, 95ДИ: 17,8–40,2) пациентов – к Люминальному В (HER2/neu-отрицательному), у 10 (17,2%, 95ДИ: 9,6–28,9) – к Люминальному В (HER2/neu-положительному). Базально-подобный и тройной негативный молекулярно-биологические подтипы были установлены у 4 (6,9%, 95ДИ: 2,7–16,4) и 6 (10,3%, 95ДИ: 4,8–20,8) пациентов соответственно. Распределение исследованной группы пациенток в зависимости от молекулярно-биологического подтипа опухоли представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение пациентов в зависимости от молекулярно-биологического подтипа рака молочной железы (n=58)

Молекулярно-биологический подтип	Количество		
	абс.	P, %	95 ДИ
Люминальный А	22	37,9	26,6–50,8
Люминальный В (HER2/neu – отрицательный)	16	27,7	17,8–40,2
Люминальный В (HER2/neu – положительный)	10	17,2	9,6–28,9
Базально-подобный (HER2/neu – положительный (не люминальный)	4	6,9	2,7–16,4
Тройной негативный	6	10,3	4,8–20,8

Одним из критериев, используемых при установлении клинико-трудового прогноза, является предвидение характера дальнейшего течения и исхода заболевания с учетом закономерности развития патологического процесса. С целью объективизации критериев установления клинико-трудового прогноза, нами были исследованы показатели безсобытийной выживаемости, основанные на оценке MFI-интервала, который отражает временной промежуток до появления определенного события, в данном случае, прогрессирования или появления метастазов. Предвидение дальнейшего развития патологического процесса в данном случае важно не только для определения тактики лечения, но и имеет значение при проведении медико-социальной экспертизы, так как отражает длительность лечения (то есть длительность временной нетрудоспособности) и возможность приступить к трудовой деятельности в ближайшее время. Для оценки MFI-интервала при каждом молекулярно-биологическом подтипе раннего рака молочной железы мы использовали метод Kaplan-Meyer (рисунок).

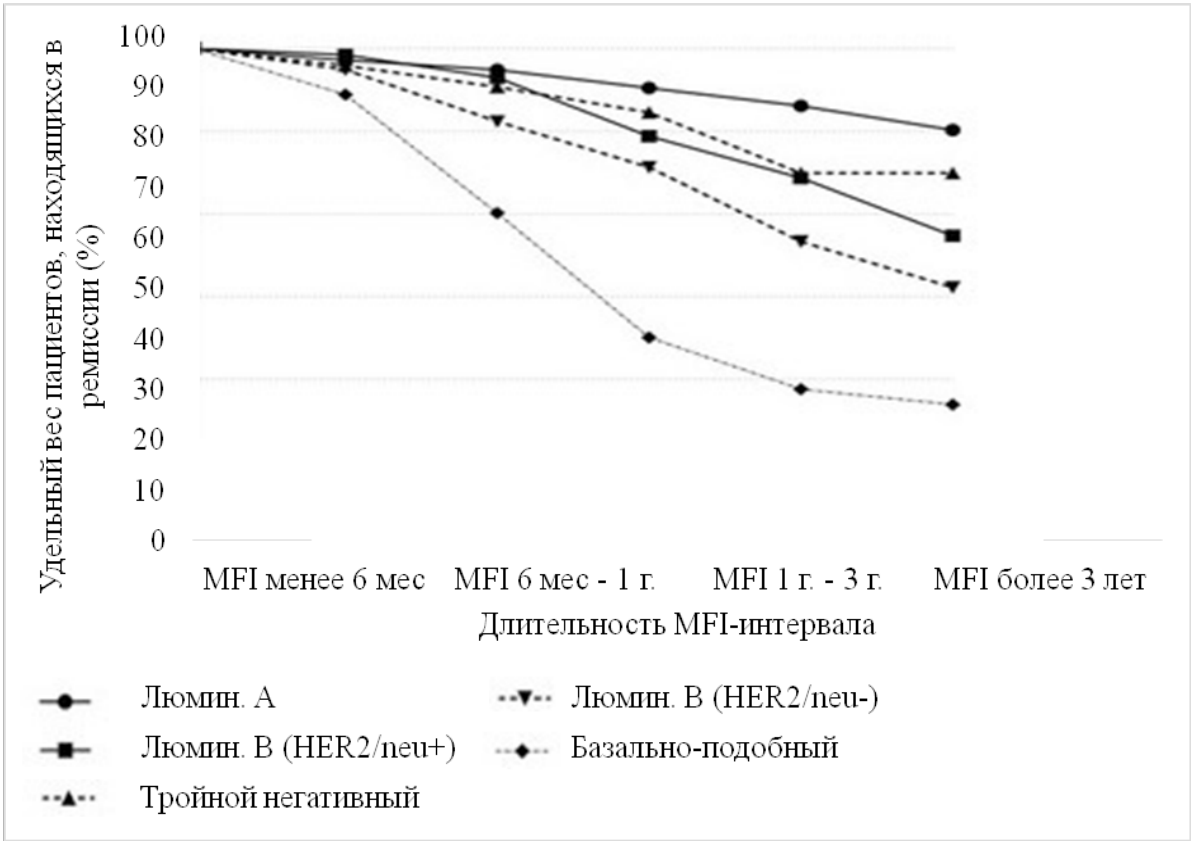


Рисунок – Удельный вес пациентов, находящихся в ремиссии в зависимости от длительности наблюдения и MFI-интервала

График отражает удельный вес пациентов, находящихся в ремиссии в зависимости от молекулярно-биологических характеристик опухоли и времени до появления метастазов (MFI-интервал). Так, большинство пациентов (80,0%), страдающих раком молочной железы III стадии Люминального А подтипа находились в ремиссии 3 года и более, в то время как у 40,0% пациентов с базально-подобным и у 20,0% с Люминальным В (HER/2neu-отрицательном) подтипами, прогрессирование наблюдалось в течение первого года после проведенного лечения. Тройной негативный и Люминальный В (HER2/neu-положительный) подтипы рака показывали примерно одинаковый процент появления метастазов в первые 3 года наблюдения. По истечение 3 лет, доля пациентов, находящихся в ремиссии была выше у тройного негавтиного потипа по сравнению с Люминальным В (HER2/neu-положительным) примерно на 10,0%.

Распределение исследованной группы пациентов в зависимости от оцененного клинико-трудового прогноза при первичном освидетельствовании в медико-реабилитационных экспертных комиссиях пациентов отражено в таблице 2.

Таблица 2 – Клинико-трудовой прогноз в зависимости от молекулярно-биологических подтипов рака молочной железы III стадии при первичном освидетельствовании в МРЭК (n=58)

Молекулярно-биологический подтип	Клинико-трудовой прогноз					
	Сомнительный			Относительно неблагоприятный		
	абс.	р, %	95ДИ	абс.	р, %	95ДИ
Люминальный А	1	4,5	0,8 – 21,8	21	94,5	78,2 – 99,2
Люминальный В (HER2/neu-отрицательный)	9	56,3	33,2 – 76,9	7	43,7	23,1 – 66,8
Люминальный В (HER2/neu-положительный)	7	70,0	39,7 – 79,2	3	30,0	10,8 – 60,3
Базально-подобный	4	100,0	51,0 – 100,0	0	-	-
Тройной негативный	5	83,3	43,7 – 97,0	1	16,7	3,0 – 56,4

Как видно из таблицы, большинству пациентам (94,5%, 95ДИ: 78,2–99,2) с Люминальным А подтипом при первичном освидетельствовании был установлен относительно неблагоприятный клинико-трудовой прогноз и третья группа инвалидности. При Люминальном В (HER2/neu-отрицательном) раке при первичном освидетельствовании клинико-трудовой прогноз был оценен как сомнительный (56,3% случаев), либо как относительно неблагоприятный (43,7% случаев). В большинстве случаев (70,0% и 83,3%) при HER2/neu – положительном и тройном негативном раке клинико-трудовой прогноз расценен как сомнительный и пациентам установлена вторая группа инвалидности. Всем пациентам (100,0%, 95ДИ: 51,0–100,0) с базально-подобным раком молочной железы III стадии была установлена вторая группа инвалидности.

Таким образом, при первичном освидетельствовании пациентов страдающих раком молочной железы III стадии при определении группы инвалидности следует руководствоваться оценкой клинико-трудового прогноза с учетом молекулярно-биологических характеристик опухоли, как значимого фактора, определяющего вероятность прогрессирования заболевания в ближайшее время. Как показало наше исследование, при наличии у пациента Люминального А молекулярно-биологического подтипа будет обоснованным установление относительно неблагоприятного клинико-трудового прогноза и соответственно третей группы инвалидности, при базально-подобном – сомнительного (2 группа инвалидности). У пациентов с Люминальными В подтипами и тройным негативным раком молочной железы III стадии клинико-трудовой прогноз при первичном освидетельствовании может быть расценен как сомнительный, так и относительно неблагоприятный.

Список литературы:

1. Swenerton K.D. Prognostic factors in metastatic breast cancer. / K.D. Swenerton, S.S. Legha, T. Smith. Cancer res. Ed.3, 2015. Mosby. p. 14-18.
2. Hortobagyi G.N. Multivariative analysis of prognostic factors in metastatic breast cancer / Hortobagyi G.N. // J. Clin. Oncol. vol. 201, 2011. p. 527.
3. Meyers R.E. Baseline staging tests in primary breast cancer / R.E. Meyers, M. Johnson // CMAJ. 2001; 164. pp. 1439-1444.
4. Rojers J. Primary breast cancer: a review of 33 cases with immunohistochemistry and prognostic factors / J. Rogers [et al.] // Breast Cancer Res. Treat. 12, 2008. p. 48.
5. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О вопросах проведения медико-социальной экспертизы» от 09.06.2021 № 77.

Spisok literatury:

1. Swenerton K.D. Prognostic factors in metastatic breast cancer. / K.D. Swenerton, S.S. Legha, T. Smith. Cancer res. Ed.3, 2015. Mosby. p. 14-18.
2. Hortobagyi G.N. Multivariative analysis of prognostic factors in metastatic breast cancer / Hortobagyi G.N. // J. Clin. Oncol. vol. 201, 2011. p. 527.
3. Meyers R.E. Baseline staging tests in primary breast cancer / R.E. Meyers, M. Johnson // CMAJ. 2001; 164. pp. 1439-1444.
4. Rojers J. Primary breast cancer: a review of 33 cases with immunohistochemistry and prognostic factors / J. Rogers [et al.] // Breast Cancer Res. Treat. 12, 2008. p. 48.
5. Postanovlenie Ministerstva zdravoohraneniya Respubliki Belarus' «O voprosah provedeniya mediko-social'noj ekspertizy» ot 09.06.2021 № 77.

УДК 616-009.11

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СОСТОЯНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЗА 2017-2020 ГГ.

ANALYTICAL REVIEW OF ORIGINAL INFANTILE DISABILITY CAUSED BY NERVOUS DISEASES IN 2017-2020

Казарикина Е.А.
Kazarikina E.A.

ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России, г. Иркутск

kazarikinalena@mail.ru, М.К. Павлова

Анализ результатов первичного освидетельствования детей Иркутской области в 2017-2020 гг. показал, что в нозологической структуре детской инвалидности болезни нервной системы переместились с 3-го рангового места на 2-е. С 2018 года в Иркутской области отмечена существенная положительная динамика состояния первичной детской инвалидности. Среди всех болезней нервной системы (далее — БНС) стабильно лидировали детские церебральные параличи и другие паралитические синдромы (далее — ДЦП). В связи с чем Правительством Иркутской области 25 июля 2018 года была одобрена и принята Концепция формирования и развития системы ранней помощи детям, имеющим ограничения жизнедеятельности и детям группы риска на период до 2020 года. Это, вероятно, привело к снижению уровня первичной детской инвалидности вследствие болезней нервной системы, который за 4 года снизился в 1,5 раза, и стал ниже, чем ИППДИ в Российской Федерации (далее – РФ) и Сибирском федеральном округе (далее – СФО). Положительным результатом развития системы ранней помощи в Иркутской области является снижение доли выраженных нарушений нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций у детей с ДЦП и рост умеренных нарушений статодинамических функций.

Ключевые слова: *ребенок-инвалид; статистическое исследование; болезни нервной системы, детский церебральный паралич, нарушение функций, ранняя помощь детям.*

Review of results of original examination of children in Irkutsk region between 2017 and 2020 concluded that nervous diseases shifted from the 3-rd to the 2-nd place in nosologic structure of infantile disability, but percentage and rate of disability because of this pathology reduced. Infantile cerebral palsy and other paralytic syndromes (hereinafter referred to as ICP) have continuously been leaders among all nervous diseases. Hence, the Government of Irkutsk Region approved and signed the Concept of Creation and Development of Early Aid System to Children with Disabilities and Children of Risk Groups, on June 25, 2018 valid through 2020. This must have resulted in reduction of original infantile disability because of nervous diseases 1.5 times over 4 years, and got below the intensive indicator of original infantile disability in the Russian Federation (hereinafter referred to as RF) and Siberian Federal District (hereinafter referred to as SFD). Positive effect of development of early aid system in Irkutsk Region is manifested in reduction of share of explicit disorder of neuromuscular, skeletal and static-dynamic functions among children with ICP and greater share of moderate disorder of static-dynamic functions.

Key words: *disabled child; statistic survey; nervous diseases; infantile cerebral palsy; malfunction; early aid to children.*

Уровень инвалидности в стране – это важный медико-социальный показатель здоровья населения, это лакмусовая бумага, которая напрямую отражает уровень социально-экономического развития общества, экологического состояния территории, качество мероприятий, проводимых в качестве профилактики. Данная проблема напрямую зависит от уровня экономики и культуры страны. В России, впрочем, как и во всем мире, наблюдается неуклонный рост числа детей-инвалидов. В начале нового тысячелетия проблема детской инвалидности в России приобретает по истине общенациональный характер.

Инвалидизация отражает крайний вариант нездоровья детей и подростков, в настоящее время ее уровень среди данной категории населения сохраняет тенденцию к неуклонному росту. Тяжелые нарушения здоровья у детей обуславливает комплекс серьезных социальных, экономических и морально-психологических проблем, как для самого ребенка-инвалида, так и для его семьи, требуя привлечения дополнительных государственных средств. Инвалидизация снижает качество жизни населения, темпы развития страны, как в целом, так и в отдельных регионах в частности (1).

В структуре первичной детской инвалидности БНС до 2018 года стабильно занимали третье место. Интенсивный показатель первичной детской инвалидности (далее – ИППДИ) в Иркутской области составлял в 2017 г. - 3,9; в 2018 г. - 3,7 на 10 тыс. населения, при этом по РФ: 2017 г. - 5,0; в 2018 г. 4,7; по СФО: 2017 - 2018 гг. - 4,0.

В нозологической структуре первичной детской инвалидности вследствие БНС в 2017-2018 гг. церебральные параличи и другие паралитический синдромы (G80-83) занимали первое ранговое место. ИППДИ в Иркутской области составлял в 2017 г. - 2,5, в 2018 г. - 2,2 на 10 тыс. детского населения, что выше, чем по РФ (2017 г. - 2,3; 2018 г. 1,7) и по СФО (2017 г. - 2,0; 2018 г. - 1,9).

На протяжении многих лет показатели первичной детской инвалидности в Иркутской области существенно превышали средние по Российской Федерации и по Сибирскому федеральному округу. При анализе основных нарушений функций организма детей, признанных инвалидами в 2017 году, по сравнению с 2016 годом отмечался рост значительно выраженных нарушений нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (с 8,6% до 10,3%). В том числе нарушений, приводящих к необходимости использования кресел – колясок (с 16,6% до 20,1%).

Анализ рекомендаций технических средств реабилитации детям-инвалидам показал, что ДЦП является основной патологией, при которой в индивидуальную программу реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (далее – ИПРА) вносятся рекомендации по обеспечению креслами-колясками (в 2016 году – 80,6%, в 2017 году – 81,3%).

В октябре 2018 года, после анализа первичной детской инвалидности вследствие болезней нервной системы, совместно со специалистами Министерство здравоохранения Иркутской области проведено совещание на тему «Актуальные вопросы детской инвалидности» (по вопросу роста детской инвалидности вследствие ДЦП, степени выраженности основных нарушенных функций организма). Специалисты Минздрава основными причинами данной ситуации обозначили: отсутствие прегравидарной подготовки женщин из категорий риска; с 2012 года переход на новые критерии живорождения (такие дети изначально скомпрометированы по развитию ДЦП, чаще других имеют риск двигательных и иных нарушений).

Активная работа с детьми, страдающих ДЦП, началась на территории Российской Федерации в 2016 году в рамках реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 года № 1839-р. В 2017 году специалистами Министерства здравоохранения Иркутской области были проведены комплексные широкомасштабные мероприятия: углублённый анализ показателей заболеваемости детей и подростков по ведущим нозологическим причинам инвалидности в сравнении с показателями по РФ, СФО и его субъектам; анализ медицинских, социальных причин детской инвалидности по территориям области; осуществлена выборка детей, имеющих хронические заболевания, наблюдавшихся в III – IV группах здоровья и перешедших в V группу здоровья; проведена оценка качества их диспансеризации и причин ухудшения их здоровья; разработаны маршруты реабилитации детей-инвалидов и детей с III-IV группами здоровья по соответствующим классам

болезней; расширена возможность льготного обеспечения лекарственными средствами детей вне зависимости от наличия статуса «ребёнок-инвалид».

В 2018 году в Иркутской области разработана и одобрена к работе Концепция формирования и развития системы ранней помощи детям, имеющим ограничения жизнедеятельности (далее – ОЖД), и детям группы риска на период до 2020 года, которая определила основные направления формирования и развития системы ранней помощи детям и их семьям в возрасте от рождения до четырех лет.

К 2018 году на территории области открыты два реабилитационных центра (далее - РЦ) и один филиал РЦ для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья (г. Иркутск, г. Шелехов, г. Зима); открыты отделения дневного пребывания; получила развитие система социального обслуживания семей с детьми-инвалидами на дому; начата системная подготовка специалистов, оказывающих услуги семьям с детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья.

В рамках мероприятий по развитию ранней помощи детям данной целевой группы, при наличии у ребенка нарушений функций организма и ОЖД, Министерством здравоохранения Иркутской области реализована дорожная карта по реорганизации ОГАУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница» г. Иркутска в форме присоединения к нему ОГКУЗ «Иркутский специализированный дом ребенка № 2» и перепрофилированию его в отделение медицинской реабилитации детей раннего возраста.

Для обеспечения межведомственного и межсекторального взаимодействия при Правительстве Иркутский области создан Координационный совет, отвечающий за реализацию Концепции, включающий органы местного самоуправления муниципальных образований Иркутской области, а также специалистов в сфере ранней помощи, профильных социально ориентированных некоммерческих организаций, иных негосударственных организаций, в том числе с привлечением родителей (законных представителей) детей целевой группы.

При проведении анализа уровней и структуры первичной детской инвалидности в Иркутской области за 2018–2020 гг., установлено, что БНС с 2018 года занимают второе место (17,0% (2018 г.), 15,9% (2019 г.), 16,8% (2020 г.), что соответствует структуре по РФ и СФО. Интенсивный показатель первичной детской инвалидности вследствие БНС ежегодно снижался, в 2020 г. составил 3,2 на 10 тыс. детского населения (в 2018, 2019 гг. – 3,7), что стабильно ниже среднероссийского (в 2018-2019 гг. – 4,7, в 2020 г. – 4,0 на 10 тыс. детского населения). В сравнении с аналогичным показателем по СФО: в 2018 году – был ниже в Иркутской области, в 2019 году - превысил, в 2020 г. – соответствовал среднему по СФО (в 2018 г. – 4,0, в 2019 г. – 3,6, в 2020 г. – 3,2 на 10 тыс. детского населения).

В нозологической структуре первичной детской инвалидности вследствие БНС первое ранговое место занимали болезни из блока МКБ-10 G80–G83 (церебральные параличи и другие паралитический синдромы) – 59% в 2018 г., 57,2% в 2019 г., 50,5% в 2020 г. ИППДИ вследствие церебральных параличей и других паралитических синдромов за последние три года снизился в 1,4 раза (2,2; 2,1; 1,6 на 10 тыс. детского населения по годам соответственно), данный показатель остается выше, чем ИППДИ по РФ (1,7; 1,7; 1,4 на 10 тыс. детского населения по годам соответственно) и по СФО (1,9; 1,7; 1,4. на 10 тыс. детского населения по годам соответственно).

По данным годовых отчетов по форме 12 государственного статистического наблюдения, первичная заболеваемость по классу БНС в период 2018-2020 гг. снижалась в среднем в 1,4 раза как у детей, так и у подростков (заболеваемость в 2018 г. у детей – 3158,9; у подростков – 4504,3; в 2020 г. у детей – 2144,0; у подростков – 3249,6 на 100 тыс. соответствующего населения). Таким образом, по данному классу болезней отмечена прямая корреляция первичной детской инвалидности с показателями первичной заболеваемости.

При анализе основных нарушений функций организма детей, признанных инвалидами вследствие ДЦП за период с 2018-2020 гг. отмечалось снижение выраженных нарушений нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций с 43,5% до 36,6%,

удельный вес детей с умеренными нарушениями функций увеличился с 48% до 52,7%. В 2020 году – значительно выраженные нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций составляли 10,7% (2018 г. – 8,1%, 2019 г. – 6,6%, 2020 г. – 10,7%).

Заключение

В Иркутской области с 2018 г. отмечена существенная положительная динамика состояния первичной детской инвалидности вследствие БНС, что обусловлено проведением систематических комплексных широкомасштабных мероприятий, направленных на профилактику и снижение детской инвалидности, повышение квалификации специалистов: интенсивный показатель за три года снизился в 1,2 раза; ИППДИ вследствие церебральных параличей и других паралитических синдромов снизился в 1,4 раза; анализ нарушений функций при ДЦП свидетельствует об уменьшении тяжести заболевания.

Список литературы:

1. Научный обзор вопроса детской инвалидности как медико-социальной проблемы/ В.А. Деннер, П.С. Федюнина, О.В. Давлетшина, М.В. Набатчикова. //Молодой ученый.-2016.-№ 20 (124).- С.71-75. – URL:http://moluch.ru/archive/124/34288.)

Spisok literatury:

1. Nauchnyj obzor voprosa detskoj invalidnosti kak mediko-social’noj problemy/ V.A. Denner, P.S. Fedyunina, O.V. Davletshina, M.V. Nabatchikova. //Molodoj uchenyj.-2016.-№ 20 (124).- S.71-75. – URL:http://moluch.ru/archive/124/34288.)

УДК 616.85-056.4

АНОМАЛИИ СТРОЕНИЯ И ТОПОГРАФИИ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК ФАКТОР, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ К РАЗВИТИЮ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ В ВИДЕ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ ПАРОКСИЗМОВ (ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ)

ANOMALIES IN THE STRUCTURE AND TOPOGRAPHY OF VERTEBRAL ARTERIES AS A PREDISPOSING FACTOR FOR THE DEVELOPMENT OF VERTEBRAL-BASILAR INSUFFICIENCY WITH MANIFESTATIONS IN THE FORM OF PSYCHO-VEGETATIVE PAROXYSMS (PAROXYSMAL VEGETATIVE HYPERACTIVITY)

Кайсинова З.К.
Kaysinova Z.K.

ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России
Россия, 194044, Санкт-Петербург, Б.Сампсониевский проспект, дом 11/12

Кайсинова Зоя Кайдаровна
Аспирант кафедры неврологии, МСЭ
и реабилитации, невролог
Тел.: 8-912-531-77-11
E-mail: kaysinova.zoya@mail.ru

Научный руководитель:
Помников Виктор Григорьевич
зав.кафедрой неврологии, МСЭ и реабилитации, д.м.н., профессор

В данной статье представлены современные взгляды на формирование вертебрально-базилярной недостаточности при аномалиях строения и топографии позвоночных артерий. Рассмотрен метод оценки состояния вегетативной нервной системы с помощью кросс-анализа вариабельности ритма сердца и вариабельности длительности дыхательного цикла. Отражена информация об исследовании, посвящённом вертебрально-базилярной недостаточности с проявлениями в виде психовегетативных пароксизмов в сочетании с миофасциальным синдромом. Описан безмедикаментозный подход к коррекции данных состояний.

Ключевые слова: *позвоночные артерии, аномалии строения, аномалии топографии, психовегетативный пароксизм, вертебрально-базилярная недостаточность, миофасциальный синдром, триггерная точка*

This article presents current views on the formation of vertebral-basilar insufficiency in abnormalities of the structure and topography of the vertebral arteries. The method of assessing the state of the autonomic nervous system by means of cross-analysis of heart rhythm variability and respiratory cycle duration variability is considered. Information about a study devoted to vertebral-basilar insufficiency with manifestations in the form of psycho-vegetative paroxysms combined with myofascial syndrome is reflected. A drug-free approach to the correction of these conditions is described.

Keywords: *vertebral arteries, structure anomalies, topography anomalies, psychovegetative paroxysms, vertebral-basilar insufficiency, myofascial syndrome, trigger point*

До настоящего времени диагноз «вертебрально-базилярная недостаточность» (ВБН) остаётся достаточно субъективным в силу ряда причин. Установление диагноза ВБН, как правило, основывается на выявлении у пациента типичных симптомов. Наиболее часто в повседневной клинической практике встречаются следующие симптомы: приступы дурноты, нарушения зрения, нарушения координации, головная боль, тошнота, головокружения, ухудшение памяти, синдром артериальной гипертензии, «панические атаки», синкопальные состояния.

Манифестация и течение заболевания существенно отличаются при различной патологии сосудов (врожденные аномалии, петли и деформации, атеросклеротические стенозы) в силу различия механизмов, вызвавших нарушения кровотока.

Одной из потенциальных причин развития ВБН являются врождённые особенности строения и топографии позвоночных артерий (ПА): аномальное отхождение или вхождение в костный канал, гипоплазия и аплазия, патологическая извитость [10].

Наличие ещё каких-либо факторов риска (сочетанные аномалии развития сосудистого русла, стенозирующий атеросклероз, вертеброгенные влияния, миофасциальный синдром и пр.) способно повысить патогенетическую значимость аномалий строения и топографии позвоночной артерии [1].

Трудности вызывает объективизация и выявление причин пароксизмальной вегетативной гиперактивности, включающей в себя психовегетативный синдром, что в свою очередь влияет на своевременность, соответствующий выбор и эффективность профилактических и лечебных мероприятий [9].

Цель исследования

Оценить функциональное состояние вегетативной нервной системы (ВНС) у пациентов с аномалиями строения и топографии позвоночных артерий на фоне лечебных мероприятий, направленных на безмедикаментозную коррекцию вертебрально-базилярной недостаточности и пароксизмальной вегетативной гиперактивности.

Материалы и методы

В настоящее исследование были включены 24 пациента в возрасте от 34 до 53 лет. В структуре вегетативных расстройств преобладали признаки симпатикотонии с тенденцией к повышенному артериальному давлению, тахикардии, наблюдались психовегетативные пароксизмы в виде панических атак и в нескольких случаях функциональные психосоматические нарушения в виде гипервентиляционного синдрома, синдрома раздражённого кишечника. Эти вегетативные расстройства сочетались с астенической симптоматикой в виде раздражительности, повышенной утомляемости, повышенной чувствительности к внешним факторам (запахи, яркий свет, шум, душная обстановка), метеозависимостью, нарушениями сна.

Пациентам выполнена ультразвуковая допплерография брахиоцефальных артерий (УЗДГ БЦА), у каждого был выявлен один из вариантов врождённых особенностей: аномалия топографии внечерепных отделов позвоночных артерий (аномальное отхождение или вхождение в костный канал), аномалия строения ПА (гипоплазия и патологическая извитость), а также комбинация аномалий строения и топографии ПА.

Не были включены в исследование лица с органическим поражением головного мозга в анамнезе, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, патологией шейного отдела позвоночника, беременные женщины.

Также всем испытуемым проведено тестирование по шкале тревоги Бека (до и после курса лечения). Наличие нарушения вегетативной регуляции у исследуемой группы подтверждено кросс-анализом вариабельности сердечного ритма (ВРС) и вариабельности длительности дыхательного цикла (ВДДЦ) с помощью прибора для исследования автономной нервной системы «ВНС-Микро». До начала курса лечения показатели функционального состояния ВНС были умеренно или незначительно снижены. Баланс отделов ВНС оценивался как гиперсимпатикотония и сниженное вегетативное обеспечение деятельности или сочетание ваготонии со сниженной реактивностью па-

расимпатического отдела при проведении ортостатической пробы. Вегетативное обеспечение деятельности при проведении ортостатической пробы также характеризовалось сниженной активацией симпатоадреналовой активности (гиперсимпатикотония в покое и симпатоадреналовая недостаточность при ортостазе) [6; 7].

Основной принцип применяемого нами лечения заключался в инактивации триггерных точек во вторичных дыхательных мышцах (грудино-ключично-сосцевидная, большая и малая грудные, большая и малая ромбовидные, внутренняя и наружная межрёберные мышцы). В основу алгоритма лечения всех пациентов мы включили, в первую очередь, способы непосредственного воздействия на триггеры. Инактивация их выполнялась комплексно и одновременно во всех заинтересованных мышцах [2; 3; 8]. Параллельно проводилось физиотерапевтическое и кинезотерапевтическое воздействие. Мануальная терапия включала 10 сеансов, в ходе которых выполняли ишемизирующую компрессию активных триггерных точек в течение трёх минут и последующее растяжение соответствующих мышц с использованием приёма постизометрической релаксации в течение 3-5 минут. Перед выполнением каждого сеанса зоны триггеров предварительно прогревали путём применения скипидарного компресса по А.С. Залманову. Выполняемая в ходе мануальной терапии ишемизирующая компрессия триггерных точек предусматривала проведение следующих манипуляций. Подушечкой первого пальца активную триггерную точку прижимали к ближайшему костному выступу и осуществляли её прессуру разминающими круговыми и покачивающими движениями, с постепенно возрастающими усилиями, до переносимых пациентом болевых ощущений [2]. Манипуляцию с каждой триггерной точкой продолжали в течение трёх минут. При правильном проведении этой процедуры болевые ощущения начинали притупляться и пальпаторно определялось уменьшение локального мышечного напряжения. После ишемизирующей компрессии сразу переходили к манипуляциям, направленным на растяжение соответствующих мышц. Также нами применялась висцеральная мануальная терапия внутренних органов (мануальная терапия живота) – это воздействия обдавливающего, сдвигающего и массажного характера на внутренние органы с помощью рук. За счёт этих действий происходит рефлекторное влияние на вегетативную нервную систему [4; 5]. Курс лечения исследуемой группы включал 2 сеанса висцеральной терапии. В период исследования были исключены все иные виды лечения, включая медикаментозное и психотерапевтическое.

Результаты

Для оценки результатов лечения больных с пароксизмальной вегетативной гиперактивностью мы использовали следующие критерии:

1. Сокращение частоты и полное устранение психовегетативных пароксизмов

2. Снижение уровня тревожности. Оценка данного показателя производилась с помощью шкалы тревоги Бека.

Результаты лечения оценены как:

- отличный: отсутствие психовегетативных пароксизмов, снижение тревожности до нормального уровня;

- хороший: отсутствие психовегетативных пароксизмов, снижение уровня тревожности до средне выраженного;

- удовлетворительный: снижение частоты психовегетативных пароксизмов, сохранение изначального уровня тревожности;

- неудовлетворительный: сохранение прежней частоты психовегетативных пароксизмов и уровня тревожности.

Отличный результат получен в 9 случаях (37,5%); хороший у 13 (54,17%); удовлетворительный - у 2 (8,33%). Неудовлетворительных результатов не было.

Положительная динамика клинических результатов согласовалась с улучшением показателей функционального состояния вегетативной нервной системы. У больных, лечившихся по методике направленной инактивации миофасциальных триггерных точек, после окончания курса отмечались различные степени напряжения адаптационных механизмов, но без признаков их перенапряжения и

без явлений их истощения. Показатели функционального состояния ВНС были в пределах условной нормы или незначительно снижены. Баланс отделов ВНС – в норме или гиперсимпатикотония. При проведении ортостатической пробы реактивность парасимпатического отдела ВНС – в норме или незначительно снижена, вегетативное обеспечение деятельности характеризовалось адекватной или избыточной активацией симпатоадреналовой активности.

Заключение

Результаты нашего исследования свидетельствуют о частом сочетании миофасциального синдрома с вертебрально-базилярной недостаточностью и пароксизмальной вегетативной гиперактивностью у людей с аномалиями строения и топографии позвоночных артерий. Применение способов безмедикаментозной инактивации триггерных точек у данной категории пациентов продемонстрировало их высокую эффективность и безопасность. Полученные данные могут расширить представление о патогенезе вертебрально-базилярной недостаточности и улучшить применяемые схемы лечения пациентов.

Также описанный способ может быть применён для коррекции миофасциального синдрома у лиц с аномалиями строения и топографии позвоночных артерий с целью профилактики возникновения у них ВБН и вегетативных нарушений.

Список литературы

1. Тян В. Н., Гойденко В. С. Влияние вертеброгенных факторов на характер цереброваскулярных нарушений в вертебробазилярной системе // Мануальная терапия. 2013; 3: 51: 36–45.
2. Тревелл Дж. Г., Симонс Д. Г. Миофасциальные боли. М.: Медицина, 1989. В 2 т. 608 с.
3. Якупов Э. З. Особенности миофасцильного болевого синдрома у пациентов с паническими атаками / Э. З. Якупов, А. С. Шиков // Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. – 2017. - Т. 49, №3. – С. 108 – 109.
4. Мерзенюк О. С. Практическое руководство по мануальной терапии. Новокузнецк, 1999.
5. Татаринцева Р.Я., Татаринцева Г.Ю., Лебедева Е.Ю., Омельчук Н.Н. Возможности использования висцеральной мануальной терапии в комплексном лечении заболеваний // Современные научные исследования и инновации. 2014. № 5 (37). С. 244—249.
6. В.М.Михайлов. Вариабельность ритма сердца (новый взгляд на старую парадигму). Иваново. ООО «Нейрософт», 2017 г.
7. В.М.Михайлов. Вариабельность ритма сердца. Опыт практического применения. Иваново. ООО «Нейрософт», 2000 г.
8. Якупов Э.З. Синдром повышенной нервно-мышечной возбудимости при вегетативной дисфункции / Э.З. Якупов, М.Ф. Исмагилов // Неврологический вестник. - 1995. - Т. XXVII, вып. 1-2. - С. 57-66.
9. Исмагилов М.Ф. Синдром вегетативной дисфункции: его издержки и актуальные проблемы / М.Ф. Исмагилов // Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. - 2017. - № 4. - С. 62-68.
10. Нефёдов А.Ю., Асфандиярова Е.В. Функциональные деформации позвоночных артерий и их роль в развитии вертебрально-базилярной недостаточности. Мануальная терапия: Научно-практический журнал. 2004.

Spisok literatury

1. Tyan V. N., Gojdenko V.S. Vliyanie vertebrogennyh faktorov na harakter cerebrovaskulyarnyh narushenij v vertebrobazilyarnoj sisteme // Manual’naya terapiya. 2013; 3: 51: 36–45.
2. Trevell Dzh. G., Simons D. G. Miofascial’nye boli. M.: Medicina, 1989. V 2 t. 608 s.
3. Yakupov E. Z. Osobennosti miofascil’nogo bolevogo sindroma u pacientov s panicheskimi atakami / E. Z. YAkupov, A. S. SHikov // Nevrologicheskij vestnik. ZHurnal im. V. M. Bekhtereva. – 2017. - T. 49, №3. – S. 108 – 109.
4. Merzenyuk O. S. Prakticheskoe rukovodstvo po manual’noj terapii. Novokuzneck, 1999.

5. Tatarinceva R.Y., Tatarinceva G.Y., Lebedeva E.Y., Omel'chuk N.N. Vozmozhnosti ispol'zovaniya visceral'noj manual'noj terapii v kompleksnom lechenii zabolevanij // Sovremennye nauchnye issledovaniya i innovacii. 2014. № 5 (37). S. 244—249.
6. V.M.Mihajlov. Variabel'nost' ritma serdca (novyj vzglyad na staruyu paradigmu). Ivanovo. OOO «Nejrosoft», 2017 g.
7. V.M.Mihajlov. Variabel'nost' ritma serdca. Opyt prakticheskogo primeneniya. Ivanovo. OOO «Nejrosoft», 2000 g.
8. Yakupov E.Z. Sindrom povyshennoj nervno-myshechnoj vozbudimosti pri vegetativnoj disfunkcii / E.Z. YAkupov, M.F. Ismagilov // Nevrologicheskij vestnik. - 1995. - T. XXVII, vyp. 1-2. - S. 57-66.
9. Ismagilov M.F. Sindrom vegetativnoj disfunkcii: ego izderzhki i aktual'nye problemy / M.F. Ismagilov // Nevrologicheskij vestnik. Zhurnal im. V. M. Bekhtereva. - 2017. - № 4. - S. 62-68.
10. Nefyodov A.Y., Asfandiyarova E.V. Funkcional'nye deformacii pozvonochnyh arterij i ih rol' v razvitii vertebral'no-bazilyarnoj nedostatochnosti. Manual'naya terapiya: Nauchno-prakticheskij zhurnal. 2004.

УДК: 378.046.4

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ И СЕРТИФИЦИРУЕМЫЕ ОНЛАЙН-КУРСЫ ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

EDUCATIONAL MATERIALS AND ONLINE CERTIFICATE COURSES IN COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES

Карапетян К.К.
Karapetian K.K.

ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России
Россия, 654055, Кемеровская область – Кузбасс, г. Новокузнецк, ул. Малая, 7,

младший научный сотрудник отдела медицинской
и социально-профессиональной реабилитации
Тел: +7 (3843) 36-91-26
E-mail: karine.karapetian.k@gmail.com

В настоящее время в отечественной реабилитационной науке и практике существуют две основные проблемы. Первая – острая нехватка обучающих материалов. Каждое направление, так или иначе связанное с реабилитацией и абилитацией инвалидов, должно быть подробно изучено, структурировано, и обеспечено учебно-методическими материалами – будь это разработка собственной отечественной программы или адаптация международных материалов. Вторая – низкая информированность целевой аудитории и ограниченный доступ к существующим материалам. Практическая польза и результативность на системном уровне невозможны, если разработки остаются невостребованными. Необходимо создавать условия, при которых распространение обучающих материалов до целевой аудитории будут происходить системно и своевременно.

В данном вопросе возможность удалённого совершенствования навыков и расширения базы знаний специалистов с помощью учебно-методических материалов и посредством онлайн-курсов с последующей сертификацией представляется как никогда актуальной.

Ключевые слова: *комплексная реабилитация, сертифицируемые онлайн-курсы, непрерывное образование.*

Currently, there are two main problems in the Russian rehabilitation science and practice. The first is an acute shortage of educational materials. Each direction, in one way or another related to the rehabilitation and habilitation of people with disabilities, should be studied in detail, structured, and supplemented with educational and methodological materials - whether it is the development of own domestic program or the adaptation of international materials. The second is low awareness of the target audience and limited access to existing materials. Practical benefits and effectiveness at the system level are unachievable if developments remain unclaimed. It is necessary to create conditions under which the distribution of educational materials to the target audience will take place in a structured and timely manner.

In this matter, the possibility of remote improvement of skills and expansion of the knowledge base of specialists with the help of educational and methodological materials and through online certificate courses seems more relevant than ever.

Key words: *comprehensive rehabilitation, online certificate courses, continuing education*

Ограниченный доступ к образовательным материалам и ресурсам является бесспорным фактором низкой результативности процесса обучения как на уровне школ [1], так и на уровне высшего образования [2]. Недостаточность базы знаний и ограниченная доступность разработок и ресурсов на системном уровне являются двумя основными барьерами повышения компетентности специалистов.

Решение первой проблемы – острой нехватки обучающих материалов – может быть достигнуто как путём разработки собственных отечественных программ, так и посредством адаптации международных материалов. На сегодняшний день одной из наиболее актуальных разработок являются методические рекомендации по обучению маломобильных граждан навыкам безопасного пользования креслом-коляской, совместно подготовленные сотрудниками ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России и ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России. Методические рекомендации основаны на материалах Программы навыков использования кресла-коляски (Wheelchair Skills Program – WSP, Канада) [7]. Программа обучения навыкам пользования креслом-коляской WSP является единственной доступной стандартизированной программой обучения и широко используется в мировой практике. WSP включает оценку навыков пользования креслом-коляской (Wheelchair Skills Test, WST), программу обучения (Wheelchair Skills Training Program, WSTP) и справочные материалы. Методические рекомендации составлены с учётом собственного многолетнего опыта работы авторов рекомендаций.

Для решения второй проблемы – низкой информированности целевой аудитории и ограниченного доступа к существующим материалам – наиболее доступным путём представляется внедрение удалённого электронного формата обучения. Хотя вынужденный и абсолютный переход на онлайн-обучение в связи с пандемией COVID-19 повлёк за собой ряд технологических, психологических, кадровых и других проблем [2], тем не менее, удалённое обучение обладает рядом несомненных преимуществ [3], и уже много лет развивается сразу в нескольких форматах [4-6], особенно в области медико-социальных дисциплин [3].

В настоящее время специалистами ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России совместно с Международным сообществом специалистов по креслам-коляскам (International Society of Wheelchair Professionals (ISWP)) проводится кросс-культурная адаптация сертифицируемых онлайн-курсов с английского языка на русский.

Внедрение методических рекомендаций по обучению навыкам кресла-коляски и так называемой асинхронной модели самостоятельного обучения с последующей сертификацией на примере онлайн-курсов ISWP позволит повысить доступность образовательных услуг и станет важным шагом на пути к решению обозначенных проблем.

Таким образом, необходима дальнейшая разработка различных учебно-методических материалов и масштабное внедрение удалённого формата обучения в образовательную программу специалистов в области реабилитации и абилитации инвалидов, что позволит повысить качество предоставляемых услуг.

Список литературы / Spisok literatury

1. Ferguson H, Bovaird S, Mueller M. The impact of poverty on educational outcomes for children. Paediatr Child Health. 2007;12(8):701-706. doi:10.1093/pch/12.8.701
2. Barrot JS, Llenares II, Del Rosario LS. Students' online learning challenges during the pandemic and how they cope with them: The case of the Philippines. Educ Inf Technol (Dordr). 2021;26(6):7321-7338. doi:10.1007/s10639-021-10589-x
3. Regmi K, Jones L. A systematic review of the factors - enablers and barriers - affecting e-learning in health sciences education. BMC Med Educ. 2020;20(1):91. Published 2020 Mar 30. doi:10.1186/s12909-020-02007-6
4. Ruiz JG, Mintzer MJ, Leipzig RM. The impact of E-learning in medical education. Acad Med. 2006;81:207–212. doi: 10.1097/00001888-200603000-00002.
5. Algahtani AF. Evaluating the electiveness of the E-learning experience in some universities in Saudi Arabia from male students' perceptions. Durham: Durham University; 2011.
6. Ruggeri K, Farrington C, Brayne C. A global model for effective use and evaluation of e-learning in health. Telemed J E Health. 2013;19:312–321. doi: 10.1089/tmj.2012.0175.
7. Wheelchair Skills Program (WSP). Mode of access: https://wheelchairskillsprogram.ca/en/ (accessed 28.03.2022)

УДК 613.62

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ

METHODOLOGICAL APPROACHES TO ASSESSING THE MEDICAL AND SOCIAL STATUS OF JUVENILE OFFENDERS

Карпатенкова О.В., Карасаева Л.А.
Karasaeva L., Karpatenkova O.

Карпатенкова Оксана Владимировна, телефон 8 (812) 573-66-67, e-mail: karpat-08@mail.ru, ORCID: http://orcid.org/0000-0001-5311-5950; eLibrary SPIN: 6358-4511; начальник медицинской части Центра временного содержания несовершеннолетних правонарушителей при ГУ МВД России по Санкт-Петербургу и Ленинградской области. 192148, г. Санкт-Петербург, ул. Седова дом 54 корпус 3

Карасаева Людмила Алексеевна, д.м.н., профессор; телефон 8(812) 542-14-45; факс: 8(812) 542-14-45, e-mail: spbipde@mail.ru; ORCID: http://orcid.org/0000-0001-5621-0240; eLibrary SPIN: 9544-3108; заведующий кафедрой организации здравоохранения, МСЭ и реабилитации ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, 194044, Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., д. 11/12

Аннотация. Статья посвящена оценке медико-социального статуса несовершеннолетних правонарушителей на основании Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Ключевые слова: *МКФ, несовершеннолетние правонарушители, Центр временного содержания, медико-социальный статус, интегральная оценка.*

Annotation. The article is devoted to the assessment of the medical and social status of juvenile delinquents on the basis of the International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF).

Keywords: *ICF, juvenile delinquents, temporary detention center, medical and social status, integral assessment.*

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) была принята ВОЗ в 2001 году как инструмент реабилитационной диагностики [1]. Биопсихосоциальная модель здоровья, лежащая в ее основе, позволяет провести всесторонний медико-социальный анализ пациента. Несовершеннолетние с девиантным поведением, по данным отечественной и зарубежной литературы, имеют широкий спектр функциональных, психологических и социальных нарушений, включающих расстройства психики и поведения, заболевания нервной системы, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, заболевания зубов и полости рта, нарушения семейных и социальных отношений [2,3,4].

Своевременная диагностика затруднена особенностями социальной жизни детей, включая специфику родительско-детских взаимоотношений. К моменту поступления ребенка в Центр временного содержания несовершеннолетних правонарушителей (ЦВСНП) у него имеется несколько хронических заболеваний и состояний, ранее не диагностированных. В ЦВСНП в течение ограниченного срока пребывания должна проводиться мультидисциплинарная интегральная оценка медико-социального статуса. В качестве методики проведения такой оценки предлагаем использовать МКФ.

В ходе иследования осмотрено 25 детей. В мультидисциплинарную бригаду вошли врач-педиатр, медицинская сестра, психолог, воспитатель. Также учитывались результаты самооценки состояния здоровья и благополучия, выполненной несовершеннолетними на добровольной основе. Были определены 112 доменов, по которым выполнена оценка.

Врач и медицинская сестра совместно проводили оценку по 57 доменам, воспитатель – по 36, психолог – по 22, а 15 доменов подлежали самооценке; 31 один домен относился к «перекрестным», то есть оценивался несколькими специалистами одновременно. Применялась балльная оценка выраженности нарушений или ограничений, где 0 б. означают норму, 1 б. – легкие нарушения, 2 б. – умеренные, 3 б. – сильные и 4 б. – абсолютные. Каждый специалист применял доступные ему в условиях ЦВСНП методы исследования, при невозможности объективной оценки баллы выставлялись на основании совокупного экспертного мнения.

На основании исследования формировался медико-социальный профиль каждого пациента, выраженный графически (например, рис.1). В данном случае функциональные нарушения выражены легко, исключая умеренные боли в мышцах и умеренную инсомнию. Ограничения активности и участия выражены легко, исключая умеренное ограничения способности заботиться о своем здоровье. Наиболее выражено негативное влияние факторов внешней среды: плохая одежда и обувь, негативные установки родителей, алкоголь. Этот ребенок впервые помещен в ЦВСНП за незначительное административное правонарушение.

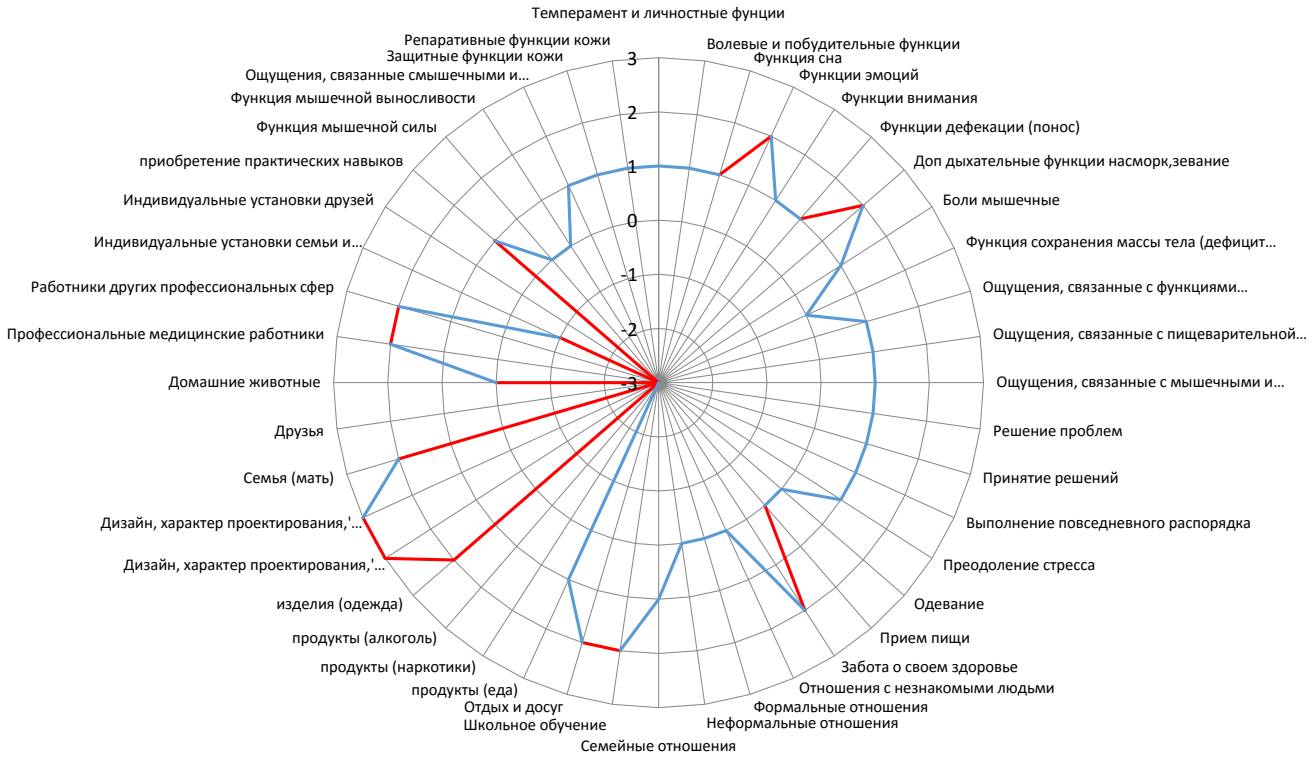


Рис. 1. Пример интегрального медико-социального профиля в баллах МКФ (пациент А,13 лет)

В другом примере несовершеннолетний многократно поступал в ЦВСНП, имеет химические зависимости, совершил уголовное преступление. При анализе рисунка очевидны сильные наруше-

ния ряда психических функций (волевые и побудительные функции, интеллект, функции восприятия, функции эмоций), сильно ограничены способности к принятию решений и решению проблем, школьному обучению, отдыху и поддержанию семейных отношений. Отмечается негативное влияние таких факторов внешней среды, как прием наркотических средств, друзья и их индивидуальные установки (рис.2).

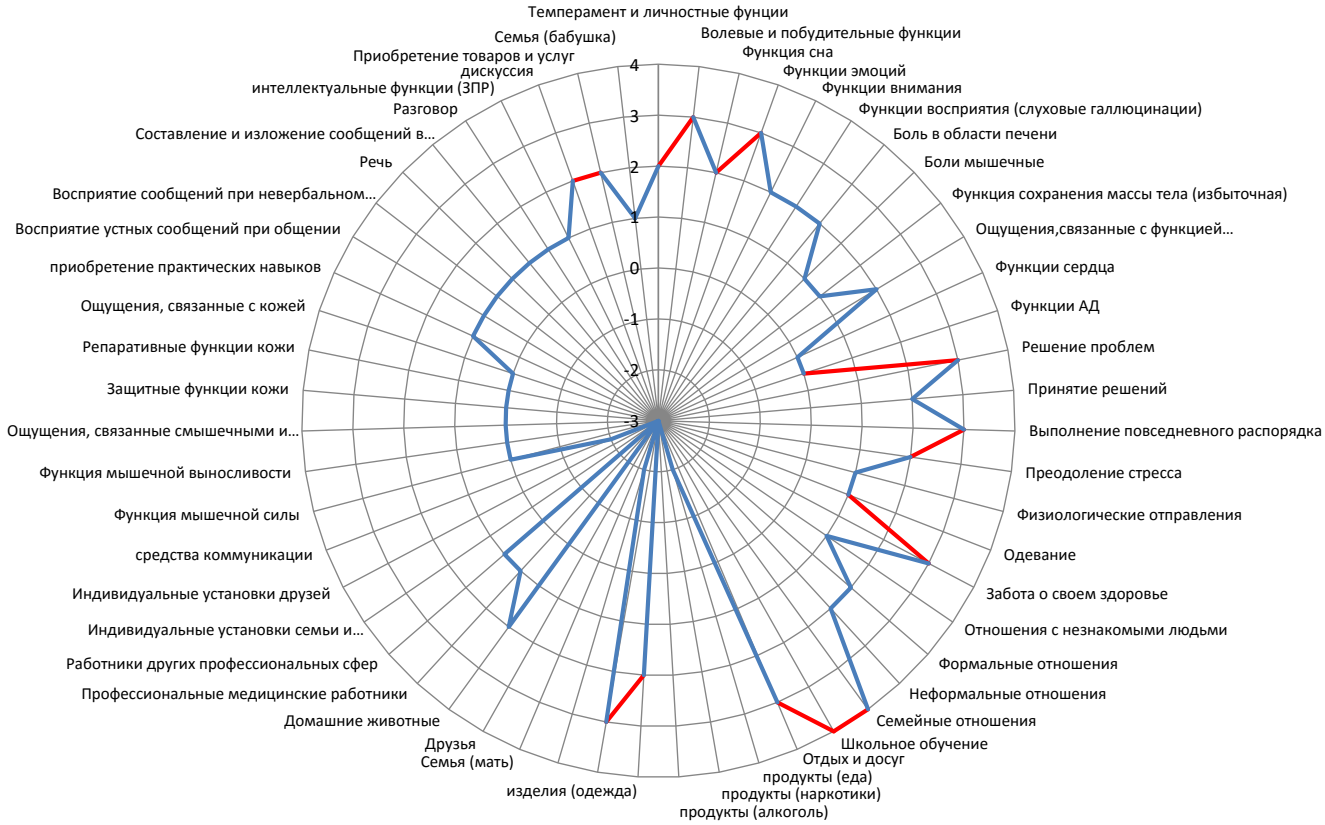


Рис. 2. Пример интегрального медико-социального профиля в баллах МКФ (пациент Б,17 лет).

Для анализа обобщённого медико-социального портрета несовершеннолетних, помещенных в ЦВСНП, из общей совокупности по каждому домену не оценивались результаты (0 баллов), в дальнейшем рассчитана средняя арифметическая по каждому домену. Практически все обследованные имели умеренные нарушения личностных функций и темперамента (в среднем 1,6 балла), волевой и побудительной функций и функции эмоций (в среднем по 2,0 балла), легко выраженные нарушения функции сна (в среднем 1,4 балла) и легкий болевой синдром различной локализации (в среднем 1,3 балла). Отмечаются легкие – в среднем от 1,0 до 1,5 баллов – нарушения следующих функций: функции артериального давления (гипотония), ощущения, связанные с пищеварением (изжога), функции дыхания (одышка), Ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем (нехватка воздуха и сдавление в груди), функция дефекации (понос).

Оценены следующие домены ограничения жизненной активности несовершеннолетних: сильные ограничения способности к решению проблем (в среднем 3,1 балл); умеренно ограничены способности к принятию решений (в среднем 1,8 балла), преодолению стресса (в среднем 2,0 балла), выполнению повседневного распорядка (в среднем 1,6 балла), заботе о своем здоровье и проведению досуга (в среднем по 2,2 балла), поддержанию семейных отношений (в среднем 2,1 балл), получению образования (в среднем 1,7 баллов). Легкие ограничения жизнедеятельности (в среднем 1-1,3 балла) отмечались при оценке способности одеваться, соблюдать личную гигиену, вести дискуссию.

К барьерным факторам внешней среды, в большинстве случаев, получивших оценку отрицательной полярности, относят индивидуальные установки друзей (в среднем - 1.1 балл), семьи (в

среднем - 0,8 балла), прием алкоголя (в среднем - 1,4 балла) и наркотиков (в среднем - 2,7 балла). Положительными факторами среды обычно являются гигиенические условия пребывания в ЦВСНП (свет, воздух, питание, в среднем +3,0 балла), домашние животные (в среднем +1,7 балла), бабушки (в среднем +2,2 балла), воспитатели, сотрудники полиции и медики (в среднем по +1,7 балла), отцы (в среднем +1,3 балла). Влияние матери оценивается в среднем слабо положительно (+0,7 балла, причем положительный полюс оценки встречался в 66% случаев).

Интегральная мультидисциплинарная оценка медико-социального статуса несовершеннолетних правонарушителей по доменам МКФ позволяет в ограниченные сроки пребывания ребенка в ЦВСНП оценить риски состояния здоровья, социальные и психологические проблемы и влияние факторов внешней среды. На основании комплексной оценки может определяться программа дальнейшей маршрутизации и реабилитации несовершеннолетних правонарушителей,

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – онлайн версия, - Текст: электронный, URL: https://zdravmedinform.ru/icf.html (дата обращения 29.04.2022)
2. Асоциальное, криминальное поведение у детей и подростков: основные проявления, оптимизация профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий: методические рекомендации – сост: Родяшин Е.В., Раева Т.В., Фомушкина М.Г. – Тюмень, 2014. – URL: https://admtyumen.ru/ogv_ru/society/drug_prevention/more.htm?id=11203338%40cmsArticle (дата обращения: 13.11.2021) текст: электронный
3. Калашников, И.В. Современные тенденции взаимосвязи социальной среды и преступного поведения несовершеннолетних / И.В.Калашников – Текст: непосредственный// Вестник Московского университета МВД России. – 2016. -№7. – С.248 -251
4. Hughes Nathan. Ungar Michael, Fagan Abigail, Murray Joseph, AtilolaOlayinka, Nichols Kitty, Nichols Kitty, Garcia Joana, Kinner Stuart. Health determinants of adolescent criminalization// Lancet Child Adolesc Health,2020 - 4(2):151-162 doi: 10.1016/S2352-4642(19)30347-5

УДК 614.29:368.9

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛЬНО-ЭКСПЕРТНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, НАПРАВИВШИХ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

RESULTS OF CONTROL AND EXPERT MEASURES CARRIED OUT IN RELATION TO MEDICAL ORGANIZATIONS THAT SENT INSURED PERSONS FOR MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE

Кобринюк Т.Я. [1], Скубак А.А.[1]
Kobrinyuk T.Ya., Skubak A.A.

1 - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерство образования Российской Федерации. Россия, 350063, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4

Кобринюк Т.Я. [1] - ассистент кафедры психиатрии ФПК и ППС, кандидат медицинских наук, 88612682214, e-mail: pps_fpk@mail.ru
Скубак А.А. [1] - старший лаборант кафедры психиатрии ФПК и ППС

Аннотация
Указана динамика инвалидности среди населения Краснодарского края и вопросы качества медицинского обследования при направлении на МСЭ. Несмотря на ограничения, вызванные новой коронавирусной инфекцией на территории Краснодарского края, качество медицинского обследования при направлении на медико-социальную экспертизу остаётся на высоком уровне.

Ключевые слова: *Медико-социальная экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи, обязательное медицинское страхование*

Annotation
The theses indicate the dynamics of disability among the population of the Krasnodar Territory and issues of the quality of medical examination when referring to the ITU. Despite the limitations caused by the new coronavirus infection in the Krasnodar Territory, the quality of medical examination when referring for medical and social examination remains at a high level.

Keywords: *Medical and social expertise, examination of the quality of medical care, compulsory medical insurance*

Количество застрахованных лиц в рамках обязательного медицинского страхования, направленных на МСЭ и обследованных в рамках обязательного медицинского страхования на территории Краснодарского края за 2021 год составило 55,1% от уровня 2019 года. При этом в 2020 году общее число составляло 74,3% от уровня 2019 года. При рассмотрении количества застрахованных лиц, у которых впервые установлена группа инвалидности из всего количества направленных на МСЭ в 2019 году таких было 33,7%, при этом в 2020 году 37,6%, а в 2021 45,4%.

Если рассмотреть структуру первичного установления инвалидности граждан, то картина за последние три года практически не изменялась. Так, если в 2019 году I группа инвалидности впер-

вые установлена у 21,1% среди всех граждан, которым впервые установлена группа инвалидности, то и в 2021 году это число составило 21,7%. Доля граждан, которым была установлена III группа инвалидности, среди застрахованных лиц, у которых впервые установлена группа инвалидности в 2019 году составляла 39,8%, в 2020 году 39,5% и в 2021 году 40,8%.

Негативной тенденцией в 2021 году стало увеличение доли несовершеннолетних в числе застрахованных лиц, направленных на МСЭ. Так в 2021 году их доля составила 16,6%, что на 2,8% больше, чем в 2019 году. При этом среди направленных на МСЭ несовершеннолетних за последние три года увеличилась на 16,4% число лиц, у которых инвалидность установлена впервые. Количество несовершеннолетних застрахованных лиц, получивших отказ в освидетельствовании по причине неполного обследования в 2021 году составило всего 3 случая. По результатам контрольно-экспертных мероприятий, проведенным страховой медицинской организацией нарушения выявлены только в одном случае, при этом не повлиявшие на состояние пациента.

Количество застрахованных лиц в возрасте 18 лет и старше, получивших отказ в освидетельствовании по причине неполного обследования в 2021 году, составило 28 человек. По результатам контрольно-экспертных мероприятий, проведенных страховой медицинской организацией, нарушения выявлены только в 17 случаях, при этом в 76,5% выявлены нарушения, не повлиявшие на состояние пациента.

При этом в рамках изменяющихся условий в нашей стране хочется отметить, что действующее законодательство не содержит никаких препятствий для прохождения гражданином освидетельствования в учреждении медико-социальной экспертизы по адресу места жительства гражданина (а при отсутствии места жительства – по месту пребывания, по месту фактического проживания), в том числе в ином субъекте Российской Федерации, как при наличии регистрации по месту пребывания гражданина, так и без отсутствия у него прописки.

Список литературы

1. Пузин С.Н., Меметов С.С., Шургая М.А., Лаптева А.Е., Кузнецова Е.А. Качество медико-социальной экспертизы: современные аспекты формирования клинико-функционального диагноза // С.Н. Пузин, С.С. Меметов, М.А. Шургая, А.Е. Лаптева, Е.А. Кузнецова. – Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2015. – 18(3). – с. 4-10.
2. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 (ред. от 26.11.2020) «О порядке и условиях признания лица инвалидом» [Электронный ресурс]. - https://base.garant.ru/12145177/. – Дата обращения: 09.04.2022 г.
3. Постановление Правительства РФ от 16.10.2020 N 1697 (ред. от 17.02.2022) «О Временном порядке признания лица инвалидом». [Электронный ресурс]. – https://base.garant.ru/74771228/– Дата обращения: 09.04.2022 г.

УДК 616-71

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ АППАРАТНО- ПРОГРАММНЫХ КОМПЛЕКСОВ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

THE USE OF INTERACTIVE HARDWARE AND SOFTWARE SYSTEMS IN THE COMPLEX REHABILITATION OF DISABLED CHILDREN

Ковалева Е.В.
Kovaleva E.V.

АНО «Развитие системы оказания
реабилитационных услуг населению»
(АНО «Развитие реабилитации»),
генеральный директор
Тел.: 89108325610
E-mail: socsib@mail.ru

В статье описывается возможность применения интерактивных аппаратно-программных комплексов при комплексной реабилитации детей-инвалидов специалистами мультидисциплинарной бригады и их эффективность.

Ключевые слова: *комплексная реабилитация, дети с инвалидностью раннего возраста, междисциплинарная бригада специалистов, интерактивный аппаратно-программный комплекс, специалист по социальной реабилитации*

The article describes the possibility of using interactive hardware and software systems in the complex rehabilitation of disabled children by specialists of a multidisciplinary team and their effectiveness.

Keywords: *complex rehabilitation, children with early age disabilities, interdisciplinary team of specialists, interactive hardware and software complex, social rehabilitation specialist*

Современный этап развития реабилитации и абилитации в Российской Федерации характеризуется повышением значимости данного направления. Одним из способов повышения качества оказания реабилитационных услуг является использование в работе специалистов мультидисциплинарной бригады инновационных технологий – интерактивных аппаратно-программных комплексов, позволяющих обеспечить комплексность, системность и непрерывность реабилитационного процесса путем применения современных средств дополненной и смешанной реальности, что в свою очередь положительно сказывается на реабилитационном результате.

Интерактивный аппаратно-программный комплекс (АПК) представляет собой набор технических и программных средств, работающих совместно для выполнения одной или нескольких сходных реабилитационных задач.

АПК включает в себя две основные составляющие:

Аппаратную часть (англ. hardware) — устройство сбора и обработки информации, например компьютер, проектор и т. п.

Программную часть (англ. software) — специализированное программное обеспечение (как правило, написанное компанией-производителем аппаратной части), обрабатывающее и интерпретирующее данные, собранные аппаратной частью, формирующее смешанную или дополненную реальность. Например: встроенное программное обеспечение, операционная система.

Рассмотрим пример применения АПК одним из специалистов мультидисциплинарной бригады – специалистом по социальной реабилитации.

В профессиональном стандарте специалиста по социальной реабилитации указано, что данный специалист должен владеть различными компетенциями, в том числе уметь «подбирать методы социально-психологической, социально-педагогической, социокультурной, социально-средовой реабилитации (абилитации), социально-бытовой адаптации, исходя из актуального состояния здоровья лиц с инвалидностью, а для детей инвалидов с учетом рекомендаций в индивидуальной программе реабилитации или абилитации ребёнка-инвалида либо индивидуальной программе социальной реабилитации несовершеннолетнего» [1].

Для реализации данных направлений своей деятельности специалистом по социальной реабилитации могут применяться средства АПК. Например, использование АПК «интерактивная стена» и «ожившие рисунки» будет способствовать реализации такого направления как социально-психологическая реабилитация, т.е. формируются у ребенка раннего возраста такие важные психические процессы и состояния как память, внимание, воображение и др. Одновременно осуществляется процесс формирования мыслительных операций (способность анализировать, сравнивать, находить сходства и различия и пр.).

Данные системы АПК позволяют проводить как индивидуальные, так и групповые занятия, а также учитывают индивидуальные и возрастные особенности детей раннего возраста с инвалидностью.

В процессе практической работы специалист по социальной реабилитации постоянно взаимодействует с ребёнком с инвалидностью. Первое занятие с применением АПК должно быть диагностическим, по результатам которого определяются основные направления, приёмы и технологии работы специалиста по социальной реабилитации. По итогам диагностического этапа дети с инвалидностью делятся на группы в зависимости от уровня их интеллектуального, эмоционального и двигательного развития.

Следующим этапом работы специалиста по социальной реабилитации является – реализация тех направлений, которые были определены в ходе диагностического этапа. Каждый этап коррекционной работы обязательно сопровождается промежуточными результатами с определением эффективности проводимой работы.

На заключительном этапе мультидисциплинарной бригадой производится итоговое заседание, по результатам которого составляется протокол и определяется следующий этап реабилитации.

Резюмируя все вышесказанное, следует отметить, что применение в работе мультидисциплинарной бригады специалистов средств АПК имеет ряд преимуществ, таких как:

Интерактивность, в основе которой лежат естественные движения, а не видео-образы.

Отсутствие инвазивных видеоустройств (например, шлем или очки виртуальной реальности) или устройств передачи движений (перчатки, маркеры и пр.).

Возможности индивидуализировать упражнения в соответствии с реабилитационными задачами.

Стимулирование развития или восстановления физического, психического, эмоционального состояния.

Возможность реализации групповых форм работы.

Список литературы:

1. Профстандарт: 03.007 Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере. – зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 20 июля 2020 года, регистрационный № 59010.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 г.): проект. – СПб: Человек, 2017. – 262 с.
3. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/
4. Морозова, Е.В. Опыт применения аппаратно-программных комплексов в социально-психологической реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в условиях Федерального центра научно-

методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов / Е.В.Морозова, Е.В. Жукова, Г.М. Сотская, А.Н. Барышова // Состояние и перспективы системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации – 2020. II Межрегиональная конференция (Москва, 18 ноября 2020 г.): Сборник материалов и докладов / Под общей редакцией д.м.н. М.А. Дымочка. М.: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России ; ООО «Канцлер» (Ярославль), 2020. – С.245

Spisok literatury

1. Professional standard: 03.007 Specialist in rehabilitation work in the social sphere. – registered with the Ministry of Justice of the Russian Federation on July 20, 2020, registration number 59010.
2. International classification of functioning, disability and health (with changes and additions as of 2016): draft. - St. Petersburg: Man, 2017. - 262 p.
3. Federal Law No. 181-FZ of November 24, 1995 “On the Social Protection of the Disabled in the Russian Federation” [Electronic resource]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/
4. Morozova, E.V. Experience in the use of hardware-software complexes in the socio-psychological rehabilitation and habilitation of disabled people and children with disabilities in the conditions of the Federal Center for Scientific, Methodological and Methodological Support for the Development of a System for Comprehensive Rehabilitation and Habilitation of Disabled People and Children with Disabilities / E.V. Morozova, E.V. Zhukova, G.M. Sotskaya, A.N. Baryshova // Status and prospects of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and children with disabilities in the Russian Federation - 2020. II Interregional Conference (Moscow, November 18, 2020): Collection of materials and reports / Under the general editorship of d.m.s. M.A. Smokey. M.: FGBU FB ITU of the Ministry of Labor of Russia; Kantsler LLC (Yaroslavl), 2020. - P.245

УДК 614.29

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ АЛТАЙСКОГО КРАЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

THE MAIN ACTIVITIES OF THE SERVICE OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE OF THE ALTAI TERRITORY IN MODERN CONDITIONS

А.В. Колядо
A.V. Kolyado

ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России,
Россия, 656043, Барнаул, проспект Ленина, дом 5;

И.о. руководителя – главного эксперта
по медико-социальной экспертизе;
Тел. 8 (3852) 421-030,
E-mail: gbmse22@fbmse.ru

В статье представлены основные направления деятельности службы медико-социальной экспертизы Алтайского края, описан опыт внедрения современных технологий в практику, оценено влияние неблагоприятной эпидемиологической ситуации на работу учреждения, изложены результаты исследования динамики основных показателей и структурных особенностей инвалидности населения в 2019-2021 гг.

Ключевые слова: *медико-социальная экспертиза, организация медико-социальной экспертизы, инвалидность населения.*

The article presents the main activities of the medical and social expertise service of the Altai Territory, describes the experience of introducing modern technologies into practice, assesses the impact of an unfavorable epidemiological situation on the work of the institution, and presents the results of a study of the dynamics of the main indicators and structural features of the population's disability in 2019-2021.

Keywords: *medical and social expertise, organization of medical and social expertise, disability of the population.*

В современном обществе государство выступает гарантом социальной защищенности граждан с ограниченными возможностями. Ключевыми приоритетами социальной политики сегодня определены повышение доступности социальных услуг, проактивность в их предоставлении и создание максимально комфортных условий для граждан в процессе получения положенных им мер социальной защиты. Успешность достижения поставленных целей во многом определяется внедрением современных методов и инновационных подходов в повседневной практике и еще в большей степени – эффективной организацией работы всех социальных служб и оптимизацией межведомственного взаимодействия [1, 2].

Одной из важнейших составляющих в реализации заложенных в законодательстве мер социальной поддержки граждан является деятельность федеральной государственной службы медико-социальной экспертизы. Еще большую значимость работа учреждений МСЭ приобрела в условиях нестабильной социальной ситуации, обусловленной распространением коронавирусной инфекции. В период пандемии и значительного снижения доступности плановой медицинской помощи населению от правильной и эффективной организации работы региональных служб медико-социальной

экспертизы зависело выполнение государством задачи по обеспечению и сохранению мер социальной защиты как в отношении граждан, ранее признанных инвалидами, так и нуждающихся в первичном установлении инвалидности.

В Алтайском крае услугу по проведению медико-социальной экспертизы предоставляет Федеральное казенное учреждение «Главное бюро МСЭ по Алтайскому краю» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

Структура и штатное расписание Учреждения разработаны с учетом таких особенностей региона, как: обширные, протяженные территории, большое число сельских районов и их значительная удаленность от краевого центра, высокая доля сельских жителей и низкая плотность населения, низкое социально-экономическое развитие. Для региона характерны убыль общей численности населения (по данным Алтайкрайстата на 01.01.2022 г. в Алтайском крае проживало – 2,3 млн чел.) и увеличение в ней доли лиц пенсионного возраста и детей, а также существенное превышение средних по России показателей заболеваемости по ряду основных классов болезней, в частности – по новообразованиям, болезням системы кровообращения, болезням костно-мышечной системы.

В 2021 г. Учреждение включало: административный аппарат, планово-финансовый отдел, отдел кадрово-правового обеспечения, отдел по общим вопросам деятельности учреждения, отдел экспертных исследований реабилитационного потенциала, организационно-методический отдел, отдел по организации работы с документами, информационно-статистический отдел, 5 экспертных составов главного бюро и 26 бюро медико-социальной экспертизы.

Все экспертные подразделения являются ежедневно действующими. 9 из 26 первичных бюро – это бюро общего профиля, 10 – смешанного и 7 – специализированного (4 бюро – для освидетельствования лиц с психическими расстройствами (включая детское психиатрическое); 1 бюро – для освидетельствования лиц с заболеваниями и дефектами органа зрения; 1 бюро – для освидетельствования больных туберкулёзом и 1 бюро – для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет).

Учитывая территориальные, социально-экономические, демографические и медико-организационные особенности края в целях обеспечения доступности медико-социальной экспертизы для населения 11 бюро МСЭ расположены за пределами краевого центра (в крупных городах и сельских поселениях края). Наибольший радиус территории, обслуживаемой бюро общего и смешанного профиля, достигает 250 км, бюро специализированного профиля – 450 км.

Качество медико-социальной экспертизы и эффективность работы службы напрямую зависит от квалификационных характеристик ее кадрового состава. В Учреждении работает 278 чел. Из числа сотрудников, участвующих в вынесении экспертных решений, 75,8% являются аттестованными специалистами и 72,0% специалистов аттестованы на высшую и первую категорию. На повышение квалификации в 2021 г. было направлено всего 47 чел. (включая врачей, психологов, средних медицинских работников и прочий персонал). Все врачи, работающие в службе, имеют сертификат специалиста (по медико-социальной экспертизе) и по базовой специальности.

Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по коронавирусной инфекции, безусловно оказала влияние на работу Учреждения. Много усилий было потрачено на организацию мер по предупреждению распространения инфекции. В частности, помимо введения более строгого санитарно-гигиенического режима, термометрии, сменной и удаленной работы, было организовано бесплатное обследование сотрудников на коронавирусную инфекцию в случае выявления любых признаков ОРВИ. Все сотрудники в Учреждении придерживаются принципа минимизации личных контактов (большая часть совещаний, обсуждений и т.д. переведена в онлайн-режим). В условиях заочного освидетельствования граждан было оптимизировано взаимодействие с медицинскими организациями в части полноты и качества предоставляемых документов, необходимых для проведения медико-социальной экспертизы, а также, в связи с изменением порядка работы службы МСЭ, в разы увеличилась информационная работа с гражданами. В результате предпринятых мер каких-либо критичных ситуаций, связанных с пандемией, в службе не произошло, в целом Учреждение работает в штатном режиме.

Доступность информации для граждан по вопросам организации медико-социальной экспертизы в крае, о порядке оказания услуги существенно повышает эффективность деятельности службы МСЭ. Особое значение информационная работа с населением приобрела в период реализации огра-

ничительных мер в связи с распространением коронавирусной инфекции. В целях своевременного и полного информирования населения об изменениях в работе службы, о нововведениях в законодательстве в области медико-социальной экспертизы мы используем различные формы работы: начиная с размещения информации для граждан в печатных изданиях, работы горячих линий и телефона доверия, деятельности школы для родителей детей-инвалидов и заканчивая проведением радио и ТВ-эфиров, прямых линий и использованием интернет-ресурсов. И, безусловно, важнейшим направлением информационной работы Учреждения является взаимодействие с общественными организациями инвалидов – служба тесно сотрудничает со всеми общественными объединениями инвалидов и пациентскими организациями, работающими в крае.

На повышение качества и доступности оказания услуги по проведению медико-социальной экспертизы направлена деятельность Общественной комиссии, функционирующей при ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России с 2016 г. В ее состав входят руководители всероссийских и региональных организаций инвалидов, работающих в крае, Общероссийского народного фронта, детских общественных организаций, медицинского научного сообщества. Несмотря на определенные сложности в связи с ограничительными мерами, работа комиссии продолжается, преимущественно в удаленном формате.

Постоянное и тесное взаимодействие с общественностью, СМИ и, непосредственно, с гражданами – обеспечивает Учреждению «живую» обратную связь и позволяет работать оперативно, предупреждая и опережая возникновение возможной социальной напряженности в непростых современных условиях.

Одним из важных аспектов деятельности Учреждения является организационно-методическая работа, в частности, направленная на решение вопросов преемственности и межведомственного взаимодействия с органами здравоохранения, социальной защиты населения, службы занятости населения, образования и другими службами. В Учреждении применяются различные формы взаимодействия: совместные совещания, «круглые столы», научно-практические конференции, участие в работе краевых ассоциаций врачей различных специальностей. В течение 2021 г. службой МСЭ было организовано и проведено четыре научно-практические конференции, более 140 семинаров для специалистов смежных служб по вопросам МСЭ. Несмотря на ограничительные меры в период пандемии, сотрудниками службы МСЭ при использовании современных телекоммуникационных технологий активно постоянно ведется учебно-методическая и научная работа: читаются лекции на ФУВе Алтайского государственного медицинского университета, проводятся исследования по проблеме инвалидности населения Алтайского края, публикуются статьи в научных изданиях и делаются доклады на конференциях по вопросам медико-социальной экспертизы.

Большое внимание в службе уделяется обеспечению должного материально-технического оснащения экспертных подразделений и внедрения современных технологий организации и проведения медико-социальной экспертизы. В рамках этой работы с мая 2017 г. 12 бюро г. Барнаула размещены в новом современном помещении, расположенном в центре города и находящемся в собственности службы. В оснащении всех бюро края учтены требования по формированию безбарьерной среды. В Учреждении внедрена система аудио- и видеофиксации процедуры МСЭ. Все экспертные подразделения, как барнаульские, так и краевые, объединены в единую защищенную сеть, оснащены необходимой оргтехникой, диагностическим оборудованием. Размещение бюро МСЭ г. Барнаула на одной базе в новом здании позволило реализовать в работе ряд современных решений, которые оптимизируют процесс предоставления услуги по проведению медико-социальной экспертизы. В частности, создана объединённая регистратура, внедрена электронная система управления очередью, организован ресурсный центр для инвалидов. Эти формы работы были очень актуальны и востребованы при проведении очной экспертизы.

В Учреждении сформирован электронный банк данных о гражданах, освидетельствованных в службе МСЭ края. С 2013 г. внедрена Федеральная государственная информационная система «ЕАВИИАС МСЭ», в которой регистрируются все данные по освидетельствованию граждан, обеспечивается передача сведений в Федеральный реестр инвалидов. В целях обеспечения корректности, полноты, актуальности передаваемых сведений, а также для исключения случаев несвоевременной передачи

данных – в службе МСЭ Алтайского края организован многоуровневый контроль данных, регистрируемых в ФГИС «ЕАВИИАС МСЭ».

Одним из приоритетных направлений (вошедших и в национальные проекты) в настоящее время является развитие и повышение эффективности электронного межведомственного взаимодействия между службами в целях сокращения маршрута граждан при получении мер социальной защиты. Алтайский край вошел в число первых регионов, в которых была организована передача направлений на медико-социальную экспертизу в электронном виде. Деятельность в этом направлении была начата еще в 2018 г. – проводилось тестирование, выявлялись ошибки в форматах документов и т.д. С 2020 г. направления на МСЭ, подписанные цифровыми подписями, передаются медицинскими организациями посредством Реестра электронных медицинских документов (РЭМД). За 2021 г. получено 10 458 направлений, что составляет около 60% от числа граждан, направленных на МСЭ. Однако здесь необходимо отметить, что до настоящего времени направления на МСЭ нередко поступают в службу с большой задержкой по причине длительной обработки на стадии РЭМД. Указанные проблемы не позволяют в полной мере реализовать возможности электронного документооборота между службами и полностью отказаться от предоставления документов на бумажных носителях.

По данным Федерального реестра инвалидов в Алтайском крае на 01.01.2021 г. проживало 179 084 граждан с инвалидностью (7,7% населения). В службе МСЭ в 2021 г. впервые и повторно освидетельствовано более 56 тысяч чел. (в 2020 г. – 43 287 чел., в 2019 г. – 44 834 чел.). В предыдущие годы основная масса жителей края обращалась по направлению медицинских организаций для установления инвалидности. В 2020-2021 гг. в условиях реализации ограничительных мер в период пандемии, количество освидетельствований по направлению на МСЭ существенно снизилось, однако это произошло в основном за счет того, что гражданам, ранее признанным инвалидами и нуждающимся в переосвидетельствовании, при отсутствии направления на медико-социальную экспертизу срок инвалидности был продлен на 6 мес. автоматически без обращения в медицинскую организацию и службу МСЭ (в 2020 г. в порядке автоматического продления на 6 мес. группы инвалидности и ИПРА проведено 13 788 экспертиз, в 2021 г. – 31 962). Все освидетельствования в бюро МСЭ с начала пандемии и до настоящего времени в соответствии с Временным порядком признания лица инвалидом проводятся заочно.

Доля первичных экспертиз от общего числа освидетельствований, которая в 2019 г. составляла 35,6%, в 2020 г. снизилась до 28,2%, а в 2021 г. – до 22,7% (в связи с большим и растущим числом повторных экспертиз по автоматическому продлению инвалидности).

Частота первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края на 10 000 соответствующего населения, как и в предыдущие годы, в 2019-2021 гг. несколько превышала средние федеральные показатели (по краю в 2019 г. – 62,9‰, в 2020 г. – 51,1‰, в 2021 г. – 56,5‰, по РФ в 2019 г. – 54,6‰, в 2020 г. – 48,1‰, в 2021 г. – 46,3‰). В 2020-2021 г. уровень инвалидности в крае, несмотря на тенденцию к росту, был существенно ниже, чем ранее, что с учетом снизившегося в сравнении с предыдущими годами числа направленных на МСЭ и увеличившегося в этот период удельного веса признанных инвалидами, еще раз иллюстрирует снижение доступности медицинской помощи в период реализации ограничительных мер. В течение всего анализируемого периода уровень инвалидности взрослого населения края был несколько выше, чем в среднем по России.

В течение анализируемого периода нозологическая структура первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края по первым двум ранговым местам оставалась стабильной. Распределение основных классов болезней и нозологий по указанным ранговым позициям в крае в 2019-2021 гг. соответствовало российскому: на первом ранговом месте в структуре инвалидности в крае находились злокачественные новообразования, второе место занимали болезни системы кровообращения. Третье место в структуре инвалидности в 2021 г. впервые за много лет заняли – психические расстройства и расстройства поведения.

Исследование динамики инвалидности при переосвидетельствовании выявило, что в 2020-2021 гг. отмечается значительное снижение показателей полной и частичной реабилитации в сравнении с 2019 г., в то время как показатель стабильности групп инвалидности существенно увеличился, что обусловлено реализацией требований законодательства по сохранению в период пандемии

мер социальной защиты, определенных гражданам при предыдущем освидетельствовании. Анализ показателя утяжеления инвалидности по гражданам, направленным на МСЭ, выявил его рост.

Уровень первичной инвалидности детей в крае оставался ниже федеральных показателей (по краю в 2019 г. – 22,2$^{0}/_{000,}$ в 2020 г. – 19,9$^{0}/_{000,}$ в 2021 г. – 24,2$^{0}/_{000}$; по РФ в 2019 г. – 25,3$^{0}/_{000}$, в 2020 г. – 23,1$^{0}/_{000}$, в 2021 г. – 24,3$^{0}/_{000}$).

Среди заболеваний, являвшихся причинами первичной инвалидности детского населения региона в 2021 г., как и в прежние годы, первое место занимали психические расстройства. На втором месте находились врождённые аномалии и хромосомные нарушения. Третье место занимали – болезни нервной системы. В структуре первичной инвалидности детей в крае преобладают дети раннего возраста (0-3 года), городские жители, мальчики.

Показатель реабилитации детей-инвалидов в течение анализируемого периода, также, как и по взрослым гражданам с инвалидностью, имел выраженную тенденцию к снижению.

Удельный вес обжалований от общего числа освидетельствований граждан в течение анализируемого периода существенно снизился (в 2019 г. – 1,4%, в 2020 г. – 0,8%, в 2021 г. – 0,7%) и оставался значительно ниже целевых показателей (не более 10,0%). Доля измененных решений от числа освидетельствований по обжалованию в течение анализируемого периода имела тенденцию к росту, но не превышала целевых значений. Количество решений, обжалованных в суде, в 2021 г. в сравнении с предыдущими годами несколько увеличилось (15 исков). В течение последних трех лет решений, отмененных в судебном порядке, не было.

Удельный вес контрольных освидетельствований от числа всех экспертиз, проведенных в бюро МСЭ, в 2019 г. составил 7,4%, в 2020 г. – 9,5%, в 2021 г. – 7,5%. Показатель на протяжении всего анализируемого периода соответствовал требованиям нормативных документов. Доля измененных решений по контролю, несколько увеличившаяся в 2019 г., в 2020-2021 гг. заметно снизилась и составила – 6,0%, и 2,8% соответственно.

Количество письменных обращений граждан в 2021 г. (628 обращений), в сравнении с предыдущим годом, незначительно снизилось. Все обращения граждан (письменные и устные) были рассмотрены в установленные сроки, в необходимых случаях проведены проверки по фактам, изложенным в обращениях, а также контрольные освидетельствования, по результатам обращающимся гражданам даны ответы.

Рассматривая вопрос обращений нужно отметить, что с 2020 г. по настоящее время служба медико-социальной экспертизы Алтайского края принимает активное участие в реализации проекта Минтруда России по разработке информационной системы «Единый контакт-центр взаимодействия с гражданами» (далее – ИС «ЕКЦ»). По результатам этой работы в России создан единый «колл-центр», куда гражданин может обратиться по любым вопросам, относящимся к компетенции Пенсионного фонда России, Фонда социального страхования, Роструда, социальной защиты и медико-социальной экспертизы. В рамках работы в проекте в Учреждении в структуре отдела по организации работы с документами создан контакт-центр. Для работы контакт-центра выделено отдельное помещение, обеспечено должное материально-техническое оснащение, организована работа сотрудников в ИС «ЕКЦ». На сегодня в контакт-центре трудятся два оператора первой линии, один оператор второй линии, супервизор, контент-менеджер, администратор, обеспечивающий техническое сопровождение.

В настоящее время все обращения граждан, поступающие на горячие линии Учреждения и на телефоны администраторов, автоматически перенаправляются в ИС «ЕКЦ». Граждане имеют возможность обратиться как по телефону (голосовой канал), так и посредством виджетов чат-бота (текстовый канал), размещенных на официальных сайтах участников ИС «ЕКЦ». С вводом в работу контакт-центра число устных обращений в Учреждение существенно увеличилось с 4 629 в 2020 г. до 10 844 в 2021 г., что связано с обработкой звонков, поступающих не только по «горячим линиям» и «телефону доверия» от жителей Алтайского края, но и по федеральному номеру Единого контакт-центра взаимодействия с гражданами 8 800 6000000.

В заключение необходимо отметить, что ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России сегодня – это развитая, современно оснащенная служба с высокопрофессиональным коллективом, успешно решающим возложенные на него задачи.

Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по коронавирусной инфекции, безусловно оказала влияние на работу Учреждения, однако в результате своевременно предпринятых мер каких-либо критичных ситуаций, связанных с пандемией, в службе не произошло, работа ведется в штатном режиме. В период пандемии и в условиях значительного снижения доступности плановой медицинской помощи населению эффективная организация деятельности Учреждения и межведомственного взаимодействия позволила обеспечить выполнение государственной задачи по определению нуждаемости в мерах социальной защиты жителям Алтайского края, как в отношении граждан, ранее признанных инвалидами, так и нуждающихся в первичном установлении инвалидности. Тем не менее, необходимо констатировать, что в период реализации ограничительных мер (2020-2021 гг.) произошло некоторое снижение числа граждан (преимущественно с функциональными нарушениями умеренной степени), направленных на экспертизу медицинскими организациями края.

Основными направлениями деятельности ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России в 2022 г. считаем дальнейшее повышение качества экспертизы и совершенствование организации предоставления услуги в соответствии с действующим законодательством в условиях все более широко внедряемых дистанционных форм освидетельствования; развитие кадрового потенциала и обеспечение высокого уровня подготовки специалистов; деятельность, направленную на повышение эффективности межведомственного взаимодействия, включая вопросы электронного документооборота и качества предоставляемых на экспертизу документов; информационную работу с населением и взаимодействие с общественными объединениями граждан с инвалидностью. Важным разделом работы остаются методическая, аналитическая деятельность и мониторинг показателей инвалидности всех категорий населения края. Приоритетным направлением деятельности службы по-прежнему является экспертно-реабилитационный аспект и, в частности, вопросы оптимизации межведомственного взаимодействия по обмену сведениями в процессе реализации программ реабилитации и оценки полноты и эффективности выполнения мероприятий.

Список литературы:

1. Владимирова О.Н. Система комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности: Автореф. дис. док. мед. наук. – Москва, 2020. – 48 с.
2. Пузин С.Н.Эпидемиологическая картина инвалидности у различных демографических контингентов населения в Российской Федерации в аспекте социальной политики государства / Пузин С.Н., Дымочка М.А., Бойцов С.А., Шургая М.А., Говорушкина Н.С., Криворучко Ю.Д., Чандирли С.А., Маличенко В.С. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2018. – Т.21, № 1-2. – С. 50-54.

Spisokliteratury:

1. Vladimirova O.N. Sistema kompleksnojreabilitaciiinvalidov s ogranicheniemmobil’nosti: Avtoref. dis. dok. med. nauk. – Moskva, 2020. – 48 s.
2. Puzin S.N. Epidemiologicheskayakartinainvalidnosti u razlichnyhdemograficheskihkontingentovnaseleniya v RossijskojFederacii v aspektesocial’nojpolitikigosudarstva / Puzin S.N., Dymochka M.A., Bojcov S.A., SHurgaya M.A., Govorushkina N.S., Krivoruchko YU.D., CHandirli S.A., Malichenko V.S. // Mediko-social’nayaeksper-tizaireabilitaciya. – 2018. – T.21, № 1-2. – S. 50-54.

УДК 616-058-036.865: 616.858

НОВЫЕ ПОДХОДЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

NEW APPROACHES TO MEDICAL AND SOCIAL EXAMINATION IN PARKINSON'S DISEASE

Короткий А.А.
Korotkiy A.A.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Беларусь, 220013, Минск, ул. П. Бровки 3, корп. 3

Старший преподаватель кафедры медицинской
экспертизы и оценки качества
оказания медицинской помощи
Тел. +375291680513
E-mail:anton_korotkii@mail.ru

Публикация посвящена особенностям медико-социальной экспертизы при болезни Паркинсона и синдроме паркинсонизма, усовершенствованию процесса проведения медико-социальной экспертизы путем научного обоснования и практического внедрения критериев инвалидности и медико-социальной реабилитации.

Ключевые слова: *медико-социальная экспертиза; болезнь Паркинсона; реабилитация; критерии инвалидности*

The publication is devoted to the peculiarities of medical and social expertise in Parkinson's disease and parkinsonism syndrome, improving the process of conducting medical and social expertise and rehabilitation through scientific substantiation and practical implementation of criteria for disability and medical and social rehabilitation.

Key words: *medical and social expertise; Parkinson's disease; rehabilitation; disability criteria*

Научная новизна исследования заключается в изучении и уточнении клинических проявлений при болезни Паркинсона и синдроме паркинсонизма, являющиеся экспертно значимыми показателями, выделении факторов, влияющих на качество жизни пациентов с болезнью Паркинсона и синдромом паркинсонизма, разработке экспертных характеристик и степени их выраженности, определении их влияния на социальную адаптацию пациентов и подходы к коррекции нарушений.

Болезнь Паркинсона (БП) неизбежно приводит к инвалидизации, которая может наступать в разные сроки от момента появления первых симптомов заболевания. Непосредственной причиной установления одной из групп инвалидности могут быть как моторные симптомы БП (гипокинезия, ригидность, тремор, постуральная неустойчивость, нарушение ходьбы), ограничивающие мобильность пациентов и способность к выполнению тонких движений, так и немоторные симптомы (прежде всего психические и вегетативные расстройства) [2, 6].

На определенном этапе заболевания все пациенты направляются на медико-социальную экспертизу, однако до настоящего времени не разработано единых стандартизированных критериев для определения степени ограничения жизнедеятельности и группы инвалидности у больных с БП, что предопределяет возникновение ошибок при определении группы инвалидности, которые в основном связаны с недостаточным учетом функциональных нарушений, вызываемых заболеванием. Как

показывает практика, пациентам, имеющим одинаковую степень тяжести заболевания, в различных медико-реабилитационных экспертных комиссиях зачастую определяются разные группы инвалидности.

Ошибочное определение более высокой группы инвалидности нередко объясняется убеждением, что БП всегда является прогрессирующим заболеванием, быстро приводящим к обездвиженности. Более часто встречающееся на практике «занижение» группы инвалидности может быть связано с недостаточным знанием клинических проявлений заболевания.

При клинико-функциональной оценке пациентов с БП целесообразно использовать комплексный подход, включающий изучение функционирования всех сфер организма, так как клиническая картина предполагает прогрессирующие расстройство моторных (двигательных, статодинамических) и немоторных (когнитивная сфера, устная и письменная речь, исполнительские функции, сознание и др.) признаков. Особое значение приобретает состояние функций нервной системы, обеспечивающих регуляцию жизненно важных процессов в организме на уровне независимого существования, в том числе экономического, что важно для данных пациентов, так как они в большинстве случаев являются лицами преклонного возраста.

С целью выделения критериев определения инвалидности при БП, проведено ретроспективное изучение медицинских, медицинских экспертных документов пациентов, проконсультированных в консультативно-поликлиническом отделении государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» в период с 2015 по 2021 год.

Были изучены основная и сопутствующая патологии в данной группе пациентов (51 человек), характер и локализация нарушений, приведших к ограничению жизнедеятельности.

Данные пациенты были распределены на три группы в зависимости от степени выраженности ограничения жизнедеятельности (ОЖ): 1) пациенты с выраженным ОЖ (от 51% до 75%) – имели 2 группу инвалидности, 2) пациенты с умеренным ОЖ (от 26% до 50%) - 3 группу инвалидности, 3) пациенты с легким ОЖ (от 5% до 25%) – не имеющие оснований для установления одной из групп инвалидности (таблица 1). Случаев 1 группы инвалидности, а соответственно резко выраженного ОЖ (от 76% до 100%) не наблюдалось.

Таблица 1 – Процентное и количественное распределение пациентов с БП в зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности (n=51)

Степень выраженности ограничения жизнедеятельности	Количество		
	абс.	р, %	95ДИ
Выраженное ОЖ - 2 группа инвалидности	13	25,5	15,6–38,9
Умеренное ОЖ - 3 группа инвалидности	29	56,9	43,3–69,5
Легкое ОЖ - группа инвалидности не определена	9	17,6	9,6–30,3

В ходе исследования выявлено, что среди пациентов с БП превалировали случаи умеренного ограничения жизнедеятельности, которым была определена 3 группа инвалидности – 29 (56,9%, 95ДИ: 43,3–69,5) человек. Удельный вес пациентов, которым была определена 2 группа инвалидности составил 13 (25,5%, 95ДИ: 15,6–38,9) случаев. В тоже время группа инвалидности не была определена в 9 (17,6%, 95ДИ: 9,6–30,3) случаях.

Следовательно, у пациентов с БП, проконсультированных в консультативно-поликлиническом отделении государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» в период с 2015 по 2021 год, чаще определялось умеренное ограничение жизнедеятельности, что являлось основанием для определения 3 группы инвалидности в 29 (56,9%, 95ДИ: 43,3–69,5) случаях.

Общеизвестно, что степень ограничения жизнедеятельности больных БП определяется выраженностью моторных (дрожание, гипокинезия, ригидность, постуральная неустойчивость, нарушение ходьбы) и немоторных симптомов (психические расстройства и прогрессирующая вегетативная недостаточность) в зависимости от стадии паркинсонизма [1, 3].

Классификация БП по Хен-Яру выделяет пять стадий (степеней тяжести) заболевания, которые рекомендуется использовать для клинической практики. Однако данная классификация отражает распространенность процесса, но не позволяет оценить выраженность отдельных симптомов (гипокинезия, тремор, ригидность) [4]. При 1 стадии (гемипаркинсонизм) выраженность симптомов может варьировать от незначительной до умеренной, которые, как правило, хорошо компенсируются дофаминергическими средствами, не приводя к ограничению жизнедеятельности, в связи с чем пациенты длительно остаются трудоспособными [5].

В то же время стойкие нарушения функций организма, обусловленные БП у 51 пациента привели к ограничению способностей к трудовой деятельности, к самостоятельному передвижению, к самообслуживанию, что предопределило необходимость применения мер социальной защиты и установления 2-й группы инвалидности в 13 (25,5%, 95ДИ: 15,6–38,9) случаях.

Таблица 2 – Распределение пациентов с БП по Хен-Яру в зависимости от определения одной из групп инвалидности (n=51)

Группа инвалидности	БП, 1ст. по Хен-Яру	БП, 2ст. по Хен-Яру	БП, 3ст. по Хен-Яру	БП, 4ст. по Хен-Яру	БП, 5ст. по Хен-Яру
	абс. число 95ДИ	абс. число 95ДИ	абс. число 95ДИ	абс. число 95ДИ	абс. число 95ДИ
1	-	-	-	-	-
2	-	6 (5,5–23,4)	7 (6,8–25,7)	-	-
3	4 (3,1–18,5)	19 (25,3–51,0)	6 (5,5–23,4)	-	-
Не установлена	6 (5,5–23,4)	3 (2,0–15,9)	-	-	-
Итого:	10 (100,0)	28 (100,0)	13 (100,0)	-	-

Результаты исследования, как видно из таблицы 2, показали, что у пациентов с 1 стадией БП по Хен-Яру в 6 (11,8%, 95ДИ: 5,5–23,4) случаях группа инвалидности не была установлена. В тоже время, пациентам со 2 стадией БП по Хен-Яру в большинстве - 19 (37,3%, 95ДИ: 25,3–51,0) случаев, была определена 3 группа инвалидности. У пациентов с 3 стадией БП по Хен-Яру в 7 случаях была определена 2 группа инвалидности (13,7%, 95ДИ: 6,8–25,7), в 6 случаях – 3 группа (11,8%, 95ДИ: 5,5–23,4). Следовательно, пациентам с БП наиболее часто определялась 3 группа инвалидности (56,9%, 95ДИ: 43,3–69,5), при этом у них была диагностирована 1, 2 и 3 стадия БП по Хен-Яру.

Таким образом, для определения группы инвалидности необходимо учитывать не только стадию болезни, но и выраженность отдельных моторных и немоторных симптомов, темп прогрессирования заболевания, эффективность и переносимость лечебных мероприятий, включая инвазивные методы коррекции симптомов.

Список литературы:

1. Левин, О.С. Недвигательные флюктуации при болезни Паркинсона/ О.С. Левин, И.Г. Смоленцева, А.К. Иванов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – № 3. – С. 90–96.
2. Смычёк В.Б. Основы МКФ / В.Б. Смычёк – Минск, 2015. – 432 с.
3. Martinez-Martin, P. International study on the psychometric attributes of the non-motor symptoms scale in Parkinson disease / P. Martinez-Martin [et al.] // Neurology. – 2009. – Vol. 73(19). – P. 1584– 1591.

4. Chaudhuri, K.R. Nonmotor symptoms of Parkinsons disease: diagnosis and management / K.R. Chaudhuri, D.G. Healy, AH. Schapira // Lancet Neurol. – 2006. – Vol. 5, № 3. – P. 235–245.
5. Aarsland D., Kurz M.W. // Brain Pathol. – 2010. – Vol. 20. – P. 633–639.
6. Помников, В.Г. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации/ В.Г. Помников, М.В. Коробов // Санкт-Петербург, 2017. – С. 500–504.

Spisok literatury:

1. Levin, O.S. Nedvigatel'nye flyuktuacii pri bolezni Parkinsona/ O.S. Levin, I.G. Smolenceva, A.K. Ivanov // ZHurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. – 2010. – № 3. – S. 90–96.
2. Smychyok V.B. Osnovy MKF / V.B. Smychyok – Minsk, 2015. – 432 s.
3. Martinez-Martin, P. International study on the psychometric attributes of the non-motor symptoms scale in Parkinson disease / P. Martinez-Martin [et al.] // Neurology. – 2009. – Vol. 73(19). – R. 1584– 1591.
4. Chaudhuri, K.R. Nonmotor symptoms of Parkinsons disease: diagnosis and management / K.R. Chaudhuri, D.G. Healy, AH. Schapira // Lancet Neurol. – 2006. – Vol. 5, № 3. – P. 235–245.
5. Aarsland D., Kurz M.W. // Brain Pathol. – 2010. – Vol. 20. – P. 633–639.
6. Pomnikov, V.G. Spravochnik po mediko-social'noj ekspertize i reabilitacii/ V.G. Pomnikov, M.V. Korobov // Sankt-Peterburg, 2017. – S. 500–504.

УДК 616.24-006+616-036.86+314.44

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ РАКА ЛЁГКИХ И ХАРАКТЕРИСТИКА ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

DISORDERS OF THE BODY FUNCTIONS OF THE DISABLED DUE TO LUNG CANCER AND THE CHARACTERISTICS OF LIFE LIMITATIONS.

Лёвкин В.Г.,
Лецкая О.А.
Levkin V.G.,
Leckaya O.A.

ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России
Россия, 125040, Москва, Ленинградский проспект, дом 13, стр. 1

Руководитель бюро-врач по медико-социальной экспертизе
Тел.: 8-916-916-97-63
E-mail: levkinvg@yandex.ru

В статье представлена характеристика выраженности стойких нарушений функций организма инвалидов вследствие рака лёгких, приводящих к ограничениям жизнедеятельности и инвалидности. В структуре стойких нарушений функций организма преобладали нарушения функции системы крови и иммунной систем, функции дыхательной системы. Наибольший удельный вес в структуре ограничений жизнедеятельности составили ограничения I степени к самообслуживанию, I степени к передвижению и III степени к трудовой деятельности, а наименьший удельный вес ограничения I степени к общению.

Ключевые слова: *инвалидность, степень нарушений функций, ограничение жизнедеятельности, рак легких.*

The article presents a characteristic of the severity of persistent disorders of the body functions of disabled people due to lung cancer leading to disability and disability. In the structure of persistent violations of the body's functions, violations of the function of the blood system and the immune system and the function of the respiratory system prevailed.

The largest proportion in the structure of restrictions on life activity were restrictions of the I degree to self-service, I degree to movement and III degree to work, and the smallest proportion of restrictions of the I degree to communication.

Keywords: *disability, degree of functional impairment, disability, lung cancer.*

Актуальность темы исследования. Злокачественные новообразования являются одной из основных причин заболеваемости, инвалидности и смертности населения во всем мире.

Стремительный рост заболеваемости раком легкого становится серьезной медицинской и социальной проблемой. В мире ежегодно выявляется 2.1 миллиона новых случаев злокачественных новообразований, из которых рак легкого составляет 13%.

В России ежегодно рак легкого выявляется у 63 тысяч человек, занимая первое место среди злокачественных новообразований у мужчин и девятое место среди женщин, максимальный уровень заболеваемости среди лиц в возрасте 55-70 лет [1,2].

Исследование стойких нарушений функций организма инвалида и их выраженности, обуславливающих ограничение жизнедеятельности инвалидов вследствие рака легкого, объективизирует тяжесть инвалидности, и дает возможность оценить потребность и нуждаемость инвалидов в различных видах реабилитационных услуг.

Важным элементом обеспечения инвалидам условий для преодоления ограничений жизнедеятельности является медико-социальная реабилитация.

Оценка ИПРА инвалидов свидетельствует о низком уровне реабилитации и абилитации.

Учреждения МСЭ играют ведущую роль при формировании ИПРА в системе реабилитации инвалидов. Нарушение функции и ограничение жизнедеятельности инвалидов являются основаниями для разработки ИПРА.

В связи с этим проблема инвалидности взрослого населения вследствие рака легких и их реабилитация становится все более актуальной. [3,4]

Научная новизна. Впервые проведено изучение экспертно-реабилитационных характеристик инвалидов вследствие рака легких, способствующих дифференцированному подходу при формировании программ реабилитации и её совершенствования.

Цель исследования: на основании степени нарушений функций организма инвалидов вследствие рака легких оценить ограничения жизнедеятельности и степень их выраженности.

Материалы и методы: Ппроведено выборочное исследование актов и протоколов 250 инвалидов вследствие рака легких, прошедших освидетельствование и переосвидетельствование в филиалах бюро ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве» Минтруда России.

Для обработки и анализа первичную база данных загружали в среду R (свободно распространяемая среда для статистического анализа данных) [https://www.r-project.org].

Рабочая база данных анализирована с помощью среды в системе R.

Для непрерывного распределения переменных вычисляли среднее значение, стандартное отношение, при сравнении двух групп использовался t-критерий, при сравнении нескольких групп – ANOVA.

Для непрерывных ненормально распределенных переменных вычисляли медиану, 1-й и 3-й квартили, при сравнении использовали критерий Краскела-Уоллиса.

Для категориальных переменных вычисляли абсолютные и относительные частоты, а при проверке таблиц сопряженности размерами 2x2 использовали критерий Хи-квадрат или критерий Фишера, при ожидаемых частотах меньше 5,0.

При наличии в переменной более 2 категорий, в таблице сопряженности вычисляли множественное сравнение и для p-Value выполняли корректировку по методу Бенджамини и Хохберга.

Категориальные переменные являются порядковыми, и для каждой пары переменной вычисляли коэффициент корреляции Спирмена. P критическое принимали равным 0,05.

Результаты исследования

Исследование установило, что медико-социальные характеристики контингента инвалидов вследствие рака легких были следующими. Мужчины составляли 77%, женщины 23%, 36% имели высшее образование, 44% - среднее профессиональное, 13% среднее. Средний рост женщин 164,5 см, мужчин 176,2 см. Среди лиц молодого возраста мужчины составляли 63,6%, женщины 36,4%, в среднем возрасте 91,2% - мужчины, 8,8% женщины. Среди лиц старше трудоспособного возраста мужчины составляли 69,3%, женщины 30,7%.

Наибольший удельный вес I группы инвалидности отмечается при IV-III стадиях болезни (92,9% и 52,1%), II группа инвалидности чаще устанавливалась при III-II стадиях болезни – в 46,6% и 69,2% случаев, III группа в 76,9% устанавливалась при I стадии болезни.

В таблице 1 представлена характеристика основных видов стойких нарушений функций организма инвалидов вследствие рака легких по степени их выраженности. Нарушения нейромышечных, скелетных, связанных с движениями (статодинамических) отмеченные у 73 человек (29%) незначительные, в 5,6% умеренные (14 человек), в 4,4% случаев – выраженные и в 1,6% значительно выраженные. Нарушение функций сердечно-сосудистой системы в 48,0% случаев (120 человек) – незначительные, в 6,8% – умеренные и в 0,4% – выраженные. Нарушение функции дыхательной

системы в 13,0% случаев – незначительные, у 45 человек (18,0%) – умеренные, 15,0% (37 человек) – выраженные и 21,0% случаев (53 человека) – значительно выраженные. Нарушение функции системы крови и иммунной системы в 42,0% (104 человека) регистрировалось значительно выраженные, 21,0% – выраженные, 23,0% умеренные и в 0,8% незначительные. Нарушение функций пищеварительной системы и эндокринной системы – незначительные (табл. 1)

Таблица 1

Характеристика основных видов стойких нарушений функций организма инвалидов вследствие рака легких по степени их выраженности (абсолютное число, %)

Наименование основных видов стойких нарушений организма человека	Степень нарушений									
	Норма		Незначительное		Умеренное		Выраженное		Значительно выраженное	
	абс. ч.	уд. вес	абс. ч.	уд. вес	абс. ч.	уд. вес	абс. ч.	уд. вес	абс. ч.	уд. вес
Языковых и речевых функций	247	99,0	2	0,8	1	0,4	—	—	—	—
Сенсорных функций	242	97,0	8	3,2	—	—	—	—	—	—
Нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических)	148	59,0	73	29,0	14	5,6	11	4,4	4	1,6
Сердечно-сосудистой системы	112	45,0	120	48,0	17	6,8	1	0,4	—	—
Дыхательной системы	83	33,0	32	13,0	45	18,0	37	15,0	53	21,0
Пищеварительной системы	224	90,0	21	8,4	-	-	4	1,6	1	0,4
Эндокринной системы	231	92,0	14	5,6	3	1,2	1	0,4	1	0,4
Системы крови и иммунной системы	34	14,0	2	0,8	57	23,0	53	21,0	104	42,0
Мочевыделительной системы	237	95,0	4	1,6	2	0,8	6	2,4	1	0,4
Кожи и связанных с ней систем	249	99,6	1	0,4	—	—	—	—	—	—

Таблица 2

Характеристика нарушений функций дыхательной системы инвалидов вследствие рака легких с учетом пола. (абсолютное число, %)

Степень нарушения функции дыхательной системы	Пол			
	Женщины		Мужчины	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Норма	27	32,5	56	67,5
Незначительные	10	31,2	22	68,8
Умеренные	9	20,0	36	80,0
Выраженные	7	18,9	30	81,1
Значительно выраженные	5	9,4	48	90,6

Среди женщин отмечается нарушение функций дыхательной системы менее выраженные, чем среди мужчин. Так, среди мужчин более высокий удельный вес выраженных (81,1%) и значительно выраженных нарушений (90,6%) (табл. 2).

Таблица 3

Характеристика нарушений функций дыхательной системы среди женщин с учетом степени выраженности и возрастных групп (абсолютное число, %)

Степень нарушения функции дыхательной системы	Возрастные группы					
	Молодой		Средний		Старше трудоспособного	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Норма	5	18,5	3	11,1	19	7,4
Незначительные	1	10,0	0	0	9	90,0
Умеренные	1	11,1	0	0	8	88,9
Выраженные	1	14,3	4	57,1	2	28,6
Значительно выраженные	0	0	1	20,0	4	80,0

Выраженные нарушения дыхательной системы в большинстве отмечается у женщин среднего возраста (57,1%), а умеренные и значительно выраженные нарушения чаще отмечались у женщин старше трудоспособного возраста (табл. 3).

Таблица 4

Структура нарушений функций дыхательной системы среди мужчин с учетом возрастных групп по степени их выраженности (абсолютное число, %)

Степень нарушения функции дыхательной системы	Возрастные группы					
	Молодой		Средний		Старше трудоспособного	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Норма	4	7,1	18	32,1	34	60,7
незначительные	1	4,5	6	27,3	15	68,2
умеренные	2	5,6	11	30,6	23	63,9
выраженные	3	10,0	16	53,5	11	36,7
Значительно выраженные	4	8,3	32	66,7	12	25,0

Как следует из данных таблицы 4 что у мужчин среднего возраста удельный вес выраженных и значительно выраженных нарушений наиболее выражен (53,5% и 66,7%), а среди лиц старше трудоспособного возраста преобладали незначительные и умеренные нарушения дыхательной системы (68,2% и 63,9%). Сравнение удельного веса выраженных и значительно выраженных нарушений среди инвалидов среднего и старше трудоспособного возраста показало, что у 48 из 83 человек (58%) против у 23 человек из 95 (24,0%) соответственно. p=0,0001.

Таблица 5

Характеристика ограничения жизнедеятельности инвалидов вследствие рака легких (абсолютное число, %)

Ограничение способности	Степень выраженности							
	Норма		I		II		III	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
К самообслуживанию	20	8,0	112	44,8	81	32,4	37	14,8
К передвижению	118	47,2	69	27,6	52	20,8	11	4,4
К общению	249	99,6	1	0,4	-	-	-	-
К трудовой деятельности	6	2,4	37	14,8	63	25,2	144	58,0

Установлено, что у инвалидов вследствие рака легких отмечается наибольший удельный вес ограничений I степени к самообслуживанию – 44,8%, II степени – 32,4%, III степени – 14,8%. К передвижениям в 27,6% ограничения I степени, в 20,8% – II степени и в 4,4% – III степени. К трудовой деятельности ограничения III степени отмечались в 58,0% случаев, в 25,2% – II степени, и в 14,8% случаев I степени (табл. 5)

Таблица 6

Показатели корреляции между нарушенными функциями и ограничением жизнедеятельности инвалидов вследствие рака легких

Функции, их нарушения	Ограничение жизнедеятельности			
	Самообслуживание	Передвижение	Общение	Трудовая деятельность
Языковые и речевые	—	—	0,58	—
Нейромышечные скелетные и статодинамические	0,17	0,27	—	—
Сердечно-сосудистой системы	0,12	—	—	—
Дыхательной системы	0,3	—	—	0,21
Системы крови и иммунной системы	0,14	0,27	—	0,4
Мочевыделительной системы	0,17	0,24	—	—

Согласно данным таблицы 6 между нарушениями языковых и речевых функций и способностью к общению установлена прямая корреляция соответственно (к=0,58). Между нарушениями нейромышечных, скелетных и статодинамических функций и ограничением к самообслуживанию коэффициент корреляции равен 0,17; к ограничению к передвижению – 0,27. Между нарушениями функции сердечно-сосудистой системы и ограничением способности к самообслуживанию – К=0,12. Нарушение функций дыхательной системы и самообслуживанием – 0,3; к трудовой деятельности – 0,21. Между нарушениями функции системы крови и иммунной системы и способности к самообслуживанию – 0,14; способностью к передвижению – 0,27; к трудовой деятельности – 0,4.

Заключение

В структуре стойких нарушений функций организма преобладали нарушения функции системы крови и иммунной системы, и функции дыхательной системы.

Наибольший удельный вес в структуре ограничений жизнедеятельности составили ограничения I степени к самообслуживанию, I степени к передвижению и III степени к трудовой деятельности, а наименьший удельный вес ограничения I степени к общению.

Список литературы:

1. Злокачественные новообразования и инвалидность: пособие для врачей/ Р.Т. Скляренко [и др.] под редакцией профессора Р.Т. Скляренко, профессора А.З. Довгалюка –СПб: Издательство СПбГЭУ, 2021 – 693с.
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году. М; МНИОЦ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ НМИЦ радиологии Минздрава России, 2020; 239 с
3. Первичная инвалидность лиц трудоспособного возраста и старше трудоспособного, возраста как медико-социальный индикатор состояния здоровья и постарения населения в российской Федерации / О.Н. Владимирова, А.С. Башкирева, М.В. Коробов [и др.] // Клиническая геронтология. - 2017. - Т. 23, № 7/8; - С. 28-36.
4. Пузин С.Н., Дмитров Н.В., Панков А.Ю. Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. М 2020- Т.23. N1-С. 29-37. [и др.]

Spisok literatury:

1. Zlokachestvennye novoobrazovaniya i invalidnost’: posobie dlya vrachej/ R.T. Sklyarenko [i dr.] pod redakciej professora R.T. Sklyarenko, professora A.Z. Dovgalyuka –SPb: Izdatel’stvo SPbGEU, 2021 – 693s.
2. Kaprin A.D., Starinskij V.V., SHahzadova A.O. Sostoyanie onkologicheskoj pomoshchi naseleniyu Rossii v 2019 godu. M; MNIOC im. P. A. Gercena – filial FGBU NMIC radiologii Minzdrava Rossii, 2020; 239 s
3. Pervichnaya invalidnost’ lic trudosposobnogo vozrasta i starshe trudosposobnogo, vozrasta kak mediko-social’nyj indikator sostoyaniya zdorov’ya i postareniya naseleniya v rossijskoj Federacii / O.N. Vladimirova, A.S. Bashkireva, M.V. Korobov [i dr.] // Klinicheskaya gerontologiya. - 2017. - T. 23, № 7/8; - S. 28-36.
4. Puzin S.N., Dmitrov N.V., Pankov A.YU. Aktual’nye voprosy mediko-social’noj ekspertizy. // Mediko-social’naya ekspertiza i reabilitaciya. M 2020- T.23. N1-C. 29-37. [i dr.]

УДК 378;

ЭРГОТЕРАПИЯ КАК ИННОВАЦИОННАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ. ОПЫТ ПРАКТИКООРИЕНТИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ

ERGOTHERAPY AS INNOVATIVE SPECIALTY. THE EXPERIENCE OF PRACTICE ORIENTED EDUCATION.

Лещенко Н.А.
Мишина Е.А.
Мальцев С.Б.

Leshchenko N.A.
Mishina E.A.
Maltsev S.B.
Лещенко Н.А.

ЧОУВО «СПбМСИ»,
Россия, 195271, Санкт-Петербург, Кондратьевский, 72А
ассистент кафедры социальной
реабилитации и эрготерапии,
+7 (981)709-12-52;
Leshchenko.73.73@mail.ru

Мишина Е.А.
ЧОУВО «СПбМСИ»,
Россия, 195271, Санкт-Петербург, Кондратьевский, 72А
старший преподаватель
кафедры социальной
реабилитации и эрготерапии,
+7 (929) 104-48-18
ekaterinamishina@yandex.ru

Мальцев С.Б.
ЧОУВО «СПбМСИ»,
Россия, 195271, Санкт-Петербург, Кондратьевский, 72А
К.м.н., доцент,
Заведующий кафедры социальной
реабилитации и эрготерапии,
+7 (921) 983-29-10
maltsev@medinstitut.org

Эрготерапия является важной составляющей современной системы реабилитации. В РФ нет сформированной структуры образования по этой специальности. ЧОУВО «СПбМСИ» делится опытом проведения программ дополнительного профессионального образования по эрготерапии.

Ключевые слова: *Эрготерапия, система реабилитации, обучение эрготерапии*

Ergotherapy is important part of the modern rehabilitation system. There isn't developed structure of education for this specialty. SPbMSI shares experience of leading courses of Ergotherapy on postgraduate level

Key words: *Ergotherapy, rehabilitation system, courses of Ergotherapy*

Эрготерапия – современная реабилитационная специальность, которая учитывает ценности, важность, значимость определенных видов деятельности для человека с ограниченными возможностями здоровья, таких, как занятие любимым хобби или самостоятельный уход за собой, игра или работа. Цель эрготерапии помочь человеку стать более самостоятельным в повседневной жизни.

Как специальность за рубежом эрготерапия оформилась после II Мировой Войны, с целью помочь огромному количеству людей, получивших те или иные нарушения, травмы, увечья. В наши дни эрготерапевты помогают детям и взрослым с ограниченными возможностями здоровья жить более полноценной жизнью, насколько возможно, уменьшая зависимость от посторонней помощи, изменяя способы выполнения активностей повседневной жизни, и устраняя барьеры окружения. Современные возможности медицины в Российской Федерации достаточно высоки, но уровень реабилитации в стране остается не таким высоким.

В современном видении реабилитационного процесса, пациент имеет право получать помощь специалистов с первых дней заболевания или от момента выявления проблемы. Он должен получать реабилитационную поддержку, переходя с этапа на этап стационарной реабилитации или находясь дома. Человеку, которого выписали после операции, необходимо понимать, как он будет справляться с домашней жизнью, а маме ребенка с нарушениями развития нужно иметь представление, как этого ребенка позиционировать, кормить, играть с ним. Мужчина 70 лет, перенесший инсульт, который получает возможность безопасно вымыться в душе без посторонней помощи, сохраняет человеческое достоинство, несмотря на то, что у него есть двигательные нарушения, не чувствует себя обузой для семьи. Решение этих задач редко попадает в поле зрения специалистов, оказывающих реабилитационную помощь. Зачастую, усилия реабилитации направлены на лечение заболевания, улучшение структурных и функциональных возможностей человека, и не затрагивают активность повседневной жизни и социальное участие. В то же время обычные люди, которые являются потребителями реабилитационных услуг, имеют крайне низкую осведомленность, о том, что такое эрготерапия, каким образом эрготерапевт может влиять на реабилитационный процесс и его конечный результат, как может измениться их повседневная активность и социальное участие, если такой специалист является частью реабилитационной команды. Для того, чтобы реабилитация позволяла пациенту вести наиболее полноценную жизнь, быть активным членом общества, практически каждой реабилитационной команде необходим эрготерапевт.

Работа эрготерапевта как раз позволяет решать такие важные проблемы как восстановление или адаптация задач по самообслуживанию, возвращение к труду, возможность посещать школу или дошкольное учреждение, участие в различных общественных мероприятиях. Для достижения этих целей эрготерапевт может подбирать технические средства реабилитации, доступные игры, методы налаживания коммуникации, способы кормления, индивидуальные алгоритмы выполнения деятельности и многое другое, что позволяет человеку быть полноправным членом общества.

Такие специалисты необходимы как в медицинских, так и в социальных и образовательных учреждениях. Чем раньше человек с нарушениями функций начинает получать эрготерапевтическую помощь, тем больше шансов, что он повысит свою независимость в повседневных делах, самообслуживании, учебе, работе, игре, а также не получит вторичных и третичных осложнений, потому что эрготерапевт учтет все риски, характерные для конкретного состояния или заболевания.

Эрготерапия - это новая для РФ специальность, которая на сегодняшний день находится на стадии утверждения. В силу этого, нет полноценной системы образования по этой специальности. Количество специалистов, способных оказать грамотную эрготерапевтическую помощь пациенту, в России чрезвычайно мало. Многие специалисты с разным уровнем образования в разных регионах России проходили обучение на краткосрочных курсах, содержащих поверхностные или некорректные сведения об эрготерапии. В результате отсутствия формирования правильных профессиональных компетенций, целостности восприятия профессии, их работа, зачастую, сводится к «тренировке мелкой моторики», даже без учета возраста человека, или к использованию стереотипных алгоритмов без анализа возможности их применения и выбора индивидуального подхода для каждого конкретного случая.

Профильные Министерства и эксперты в области реабилитации заинтересованы в развитии эрготерапии. В 2017 году принят к рассмотрению проект профстандарта по специальности эргореабилитация (эрготерапия) (последний раз пересматривался в сентябре 2020 года, но до сих пор не принят), приняты порядки оказания реабилитационной помощи для детей и взрослых, где прописана штатная единица, входящая в состав мультидисциплинарной реабилитационной команды – специалист по эргореабилитации. В то же время, ВУЗов, которые готовы проводить обучение по эрготерапии, в России крайне мало, к тому же только единицы из числа преподавательского состава могут обучать эрготерапии. Специалисты из регионов испытывают большие сложности с получением непрерывного профессионального образования, так как обучение в другом регионе связано с большими затратами временных и финансов ресурсов.

ЧОУВО «СПбМСИ» является одним из немногих образовательных учреждений в России, которое развивает постдипломное образование в области эрготерапии на протяжении последних 20 лет. Преподаватели ЧОУВО «СПбМСИ» являются экспертами в области эрготерапии, практикующими специалистами, членами Российской и международных эрготерапевтических профессиональных организаций. Санкт-Петербургский медико-социальный институт имеет очень тесные связи с Европейским советом эрготерапевтов и Всемирной Федерацией эрготерапевтов. Преподавательский состав организации имеет уникальный для РФ опыт преподавания эрготерапии, начиная с 2002 года. С 2015 года в ЧОУВО «СПбМСИ» реализуется более 10 дополнительных профессиональных образовательных программ по эрготерапии, продолжительностью от 36 до 1008 часов, одна из этих программ (продолжительностью 640 академических часов) впервые в России успешно прошла профессионально-общественную аккредитацию в 2020 году, она легла в основу программы профессиональной переподготовки.

Специалисты, прошедшие длительное профессиональное обучение по эрготерапии, сталкиваются с проблемами организации эрготерапевтической помощи, клинической работы на рабочих местах. Не имея достаточной информационной, консультативной, психологической поддержки, новоиспеченные специалисты испытывают трудности с развитием профессиональной идентичности в приобретенной специальности, проблемы с использованием современных концепций эрготерапии в клинической работе, особенно в условиях отсутствия русскоязычной профессиональной литературы. Возникают сложности с построением междисциплинарного и межведомственного взаимодействия, с профессиональной коммуникацией, с оценкой эффективности своего труда.

С другой стороны, специалист, прошедший только краткосрочное ознакомительное обучение по эрготерапии, зачастую, наделяется в медицинских и социальных учреждениях полномочиями полноценного специалиста по эрготерапии, которым он являться не может. Критическое восприятие своих профессиональных компетенций необходимо для эффективного и безопасного использования методов эрготерапии в реабилитации клиентов разного возраста и с разными проблемами функционирования.

В настоящее время наша команда получает большое количество запросов на проведение стажировок, супервизий, консультаций, обучающих семинаров. В силу того, что специалисты разбросаны по регионам, у них нет возможности получать поддержку профессионального сообщества, очень ограничены образовательные ресурсы на местах, нет литературы, нет клинических рекомендаций по эрготерапии на русском языке, нет профессиональных интернет-ресурсов на русском языке, дающих информацию, основанную на доказательной базе. В отсутствие качественной профессиональной поддержки и возможности получать непрерывное образование возникают риски выгорания и разрушения профессиональных компетенций даже у специалистов, получивших полноценное образование в области эрготерапии. Как следствие ухудшается качество реабилитационной помощи, а значит – качество жизни детей и взрослых с ограниченными возможностями здоровья.

Перечень компетенций эрготерапевта достаточно широк, включает в себя большое количество знаний из области различных дисциплин, а также требует от специалиста освоения большого количества самых разных умений и практических навыков. Обучение этой специальности требует пересмотра подходов к образовательному процессу, привлечения практикующих специалистов, предоставления возможности прохождения клинической практики под руководством наставников.

Программы обучения эрготерапии в ЧОУВО «СПбМСИ» включают в себя разные форматы обучения, как дистанционный (где прослушиваются лекции и отдельные семинары), так и очный, так как подавляющее большинство программ являются практико-ориентированными. Программа профессиональной переподготовки, утвержденная в 2020 году, включает в себя, помимо теоретических и практических занятий, обязательную клиническую практику на рабочем месте под супервизией преподавателя, дающую начинающему специалисту необходимую профессиональную поддержку в начале самостоятельной работы в качестве эрготерапевта.

Преподаватели, проводящие обучение по эрготерапии, сталкиваются с определенными сложностями, такими как организация дистанционного и гибридного обучения, необходимость стажировок по отдельным практическим вопросам при крайне малом количестве практикующих на местах специалистов. Сложности возникают и у слушателей. Это и дефицит времени, и необходимость отрыва от работы, и возникающие технические сложности при дистанционном обучении, и большой объем самостоятельной работы.

Исходя из опыта работы по проведению программ профессиональной переподготовки по эрготерапии, преподаватели ЧОУВО «СПбМСИ» пришли к выводу, что:

1. Программа профессиональной переподготовки по эрготерапии не может быть узконаправленной

2. Обучение эрготерапии не может быть полностью дистанционным, так как падает качество освоенных практических умений и не вырабатываются практические навыки.

3. Количество квалифицированных преподавателей по эрготерапии в РФ катастрофически мало.

4. Необходимо обучать как будущих преподавателей по эрготерапии, так и специалистов клинических баз, будущих наставников.

5. Силами профессиональной переподготовки достаточное количество специалистов для нужд РФ не подготовить - необходим бакалавриат.

Список литературы

1. Проект профессионального стандарта «Специалист по эргореабилитации» (версия от 15.09.2020).
2. Приказ Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых»
3. Приказ Минздрава России от 23 октября 2019 г. № 878н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации детей»
4. Перечень компетенций эрготерапевта, утвержденный на заседании Координационного Совета РОО «Русская профессиональная ассоциация эрготерапевтов» от 20 марта 2015 г.

Spisok literatury

1. Proekt professional’nogo standarta «Specialist po ergoreabilitacii» (versiya ot 15.09.2020).
2. Prikaz Minzdrava Rossii ot 31 iyulya 2020 g. № 788n «Ob utverzhdenii poryadka organizacii medicinskoj reabilitacii vzroslyh»
3. Prikaz Minzdrava Rossii ot 23 oktyabrya 2019 g. № 878n «Ob utverzhdenii poryadka organizacii medicinskoj reabilitacii detej»
4. Perechen’ kompetencij ergoterapevta, utverzhdennyj na zasedanii Koordinacionnogo Soveta ROO «Russkaya professional’naya associaciya ergoterapevtov» ot 20 marta 2015 g.

УДК:616-058-036.865:005.6

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

ORGANIZATION OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN THE REPUBLIC OF BELARUS

Лущинская С.И.[1], Якушина Н.А.[2], Копыток А.В.[3]
Lushchynskaya S.I., Yakushina N.A., Kapytok H.V.,

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»
Республика Беларусь, 223027, Минский р-н, район д. Юхновка, Колодищанский с/с, 93,

[1] научный сотрудник,
Тел.: +375 17 516-70-48,
E-mail: onti@meir.by

[2] научный сотрудник,
Тел.: +375 17 516-70-35,
E-mail: onti@meir.by

[3] заместитель директора по организационно-методической работе, к.б.н., доцент,
Тел.: +375 17 516-70-43,
E-mail: zam.omr@meir.by

В статье представлена организационная структура проведения медико-социальной экспертизы в Республике Беларусь, рассмотрена и проанализирована законодательная база, лежащая в основе функционирования медико-реабилитационных экспертных комиссий, затронуты вопросы контроля качества при осуществлении медико-социальной экспертизы.

Ключевые слова. Медико-социальная экспертиза, медико-реабилитационная экспертная комиссия, контроль качества.

The article presents the organizational structure of the medical and social expertise in the Republic of Belarus, considers and analyzes the legislative framework underlying the functioning of the medical and rehabilitation expert commissions, touches upon the issues of quality control during the medical and social expertise.

Keywords. Medical and social expertise, medical and rehabilitation expert commission, quality control.

В современных социально-экономических условиях приоритеты государственной политики направлены на дальнейшее повышение уровня и качества жизни всех групп населения. Наиболее уязвимой в этом отношении категорией населения являются люди с инвалидностью, поскольку они демонстрируют не только более низкие показатели состояния здоровья, но и более низкие возможности в области образования, трудового устройства, меньшую экономическую активность и независимость.

Основополагающим международным документом, определяющим политику Республики Беларусь в отношении людей с инвалидностью, является Конвенция о правах инвалидов (принята Генеральной Ассамблеей ООН 13.12.2006 г.), целью которой является поощрение, защита и

обеспечение полного осуществления инвалидами на равной основе всех прав человека. В 2015 г. Республикой Беларусь была подписана Конвенция о правах инвалидов и в соответствии с Законом Республики Беларусь от 18.10.2016 «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» ратифицирована. Для реализации положений Конвенции постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 13.06.2017 № 451 утвержден Национальный план действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов на 2017-2025 гг. В соответствии с Национальным планом действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов на 2017-2025 гг. предстоит развитие и совершенствование медико-социальной экспертизы (МСЭ).

В 2021 году были подготовлены и приняты новые нормативные правовые акты, регламентирующие работу медико-реабилитационных экспертных комиссий (МРЭК) и проведение МСЭ:

постановление Совета Министров Республики Беларусь от 03.06.2021 № 304 «О медико-реабилитационных экспертных комиссиях и медицинских экспертизах» [1];

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.06.2021 № 79 «О реализации постановления Совета Министров Республики Беларусь от 3 июня 2021 г. № 304» [2];

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.06. 2021 г. № 77 «О вопросах проведения медико-социальной экспертизы: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь» [3];

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.08.2021 № 96 «О формах индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида, ребенка-инвалида» [4].

В соответствии с вышеприведенными документами МСЭ в Республике Беларусь проводится МРЭК, которые создаются в каждой области и г. Минске и находятся в подчинении управлений здравоохранения, комитета по здравоохранению и является государственной организацией здравоохранения [1, 5]. Руководство МРЭК осуществляется главным врачом, который назначается на должность и освобождается от нее Министром здравоохранения по согласованию с соответствующими местными исполнительными и распорядительными органами.

Структурными элементами МРЭК являются специализированные, межрайонные (районные, городские) комиссии, центральные комиссии, кабинеты медико-профессиональной реабилитации, отделы оценки качества медицинской помощи и др.

Одна первичная комиссия создается на 100 тыс. человек, проживающих в районе (городе) обслуживания первичной комиссии. При этом первичная комиссия должна освидетельствовать 1,2-1,4 тыс. человек в год. На 4 первичные комиссии создается 1 центральная. Для проведения медико-социальной экспертизы при заболеваниях, наиболее распространенных на данной территории, а также в случаях, когда для проведения медико-социальной экспертизы требуются специальные условия, создаются специализированные комиссии. Первичные комиссии осуществляют свою деятельность по территориальному признаку (в пределах обслуживаемой территории) или по профилю заболеваний.

По состоянию на 31.12.2021 г. медико-социальную экспертизу осуществляли 13 центральных и 76 первичных комиссий. Из общего числа первичных комиссий 29 (38,2%) являлись специализированными, 47 (61,8%) – имели общий профиль.

Направление пациента на МСЭ во МРЭК осуществляется врачебно-консультационной комиссией (ВКК) государственной организации здравоохранения, оказывающей пациенту медицинскую помощь.

Порядок направления пациента на МСЭ регламентирован Инструкцией о порядке направления пациентов на медико-социальную экспертизу, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.06.2021 № 77 [3].

На заседание ВКК пациента направляет лечащий врач после проведения диагностики, лечения, медицинской реабилитации и медицинской абилитации пациента. Кроме этого, в соответствие с Инструкцией о порядке создания и деятельности врачебно-консультационных и иных комиссий, утвержденной Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.12.2014 № 93 (ред. от 06.12.2018) пациент также может обратиться на ВКК самостоятельно [6].

По результатам медицинского осмотра, анализа медицинских и иных документов пациента ВКК принимает одно из следующих решений:

- направить на дополнительную диагностику, консультацию и (или) запросить дополнительные документы и оформить направление на МСЭ;
- оформить пациенту направление на МСЭ;
- направить документы на МСЭ;
- отсутствуют основания для направления на МСЭ.

При принятии ВКК решения об оформлении пациенту направления на МСЭ оно оформляется лечащим врачом по форме, в срок, не превышающий 10 рабочих дней от даты принятия ВКК такого решения. Организация здравоохранения, оформившая пациенту направление на МСЭ, направляет его во МРЭК вместе с медицинскими и иными документами пациента в срок, не превышающий 5 рабочих дней от даты принятия решения ВКК о направлении документов на МСЭ.

При переосвидетельствовании инвалидов (пациентов) ВКК оформляет направление на МСЭ не позднее 14 календарных дней до истечения срока действия заключения МРЭК.

Порядок проведения МСЭ установлен Положением о проведении медико-социальной экспертизы, утвержденном Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 03.06.2021 № 304 [1].

МСЭ может проводится в очной, а в случаях, предусмотренных международными договорами Республики Беларусь и в заочной форме.

При очной форме МСЭ, освидетельствование пациента может проходить по месту нахождения МРЭК, либо осуществляться на выездном заседании.

Законодательством утверждены следующие сроки проведения МСЭ:

- не позднее 30 календарных дней со дня поступления в МРЭК направления на медико-социальную экспертизу;
- не позднее трех рабочих дней со дня поступления в МРЭК направления на медико-социальную экспертизу – в отношении пациента, признанного временно нетрудоспособным;
- не позднее пяти рабочих дней со дня поступления в МРЭК направления на медико-социальную экспертизу – в отношении пациента, признанного временно нетрудоспособным при освидетельствовании на выездном заседании МРЭК.

Перечень анатомических дефектов, при наличии которых устанавливается инвалидность, критерии установления инвалидности у лиц старше восемнадцати лет, категории «ребенок-инвалид» и степени утраты здоровья у лиц в возрасте до восемнадцати лет, причины инвалидности, сроки установления инвалидности и случаи установления дополнений к экспертному решению определены постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.06.2021 г. № 77 «О вопросах проведения медико-социальной экспертизы»[3].

По результатам проведения МСЭ пациенту устанавливаются инвалидность, группа инвалидности, категория «ребенок-инвалид» и степень утраты здоровья, причина инвалидности, дата наступления и срок инвалидности, дополнения к экспертному решению, а также степень утраты профессиональной (общей) трудоспособности в процентах при страховых и иных случаях, предусмотренных законодательством.

В соответствии с вынесенным решением МРЭК оформляются: заключение МРЭК; индивидуальная программа реабилитации (абилитации) инвалида (ребенка-инвалида); программа реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания; листок нетрудоспособности и (или) справка о временной нетрудоспособности.

При установлении группы инвалидности у лиц старше 18 лет или степени утраты здоровья у лиц в возрасте до 18 лет, гражданам также выдается удостоверение инвалида.

При несогласии гражданина с заключением МРЭК он имеет право обжаловать его в течение 30 календарных дней после его оформления в порядке, установленном в Положении о медико-реабилитационных экспертных комиссиях, утвержденном постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 03.06.2021 №304 «О медико-реабилитационных экспертных комиссиях и медицинских экспертизах» [1].

В последние годы в Республике Беларусь уделяется особое внимание вопросам контроля качества оказания медицинской помощи, в том числе проведения МСЭ.

Законом Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-XII «О здравоохранении» (в ред. от 11.12.2020 г.) установлено, что в организациях здравоохранения должна осуществляться экспертиза качества медицинской помощи и оценка качества медицинской помощи и медицинских экспертиз [5].

Основными задачами оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз являются:

- выявление недостатков в оказании медицинской помощи и ее организации, проведении медицинских экспертиз;
- выявление и устранение причин, повлекших снижение качества медицинской помощи, медицинских экспертиз;
- разработка комплекса мероприятий организационного, экономического, правового, научного и медицинского характера, направленных на обеспечение безопасности, эффективности и доступности медицинского обслуживания.

В ходе проведения оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз определяется соответствие медицинской помощи, медицинских экспертиз критериям оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.05.2021 № 55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи» [7].

Однако перечень критериев для оценки качества проведения МСЭ во МРЭК представлен в данном постановлении в обобщенном виде и включает всего 9 позиций, что не дает возможности полно и многосторонне оценить качество проведения МСЭ во МРЭК.

В связи с этим в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» в рамках выполнения НИР разработана система контроля качества проведения МСЭ пациентов, включающая метод оценки качества проведения МСЭ и критерии оценки качества проведения МСЭ.

В настоящее время в соответствие с Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.12.2021 г. №1694 реализуется пилотный проект по применению разработанных метода и критериев оценки качества проведения МСЭ.

Критерии оценки качества проведения МСЭ, применяемые в ходе реализации пилотного проекта, включают: критерии для оценки качества проведения МСЭ в учреждении, критерии для оценки качества проведения МСЭ центральными комиссиями, критерии для оценки качества проведения МСЭ комиссиями.

Данные критерии являются детализированными и позволяют провести развернутую оценку работы МРЭК по основным разделам требований нормативных документов, регламентирующих проведение МСЭ и оценки качества.

По результатам реализации пилотного проекта будет проведен анализ внедрения системы контроля качества проведения МСЭ и предложены изменения в действующие нормативные правовые акты по оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, что, в свою очередь, позволит осуществлять интегрированную оценку качества проведения МСЭ пациентов, выявлять недостатки в организации и проведении МСЭ, причины и условия их возникновения.

Таким образом, в Республике Беларусь обеспечено проведение МСЭ граждан в соответствие с нормативными правовыми актами и потребностью населения, осуществляются мероприятия по совершенствованию организации проведения МСЭ, повышению доступности и качества проведения МСЭ.

Список литературы:

1. О медико-реабилитационных экспертных комиссиях и медицинских экспертизах: постановление Совета Министров Республики Беларусь от 3 июня 2021 г. № 304 // Нац. правовой интернет-портал Респ. Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

2. О реализации постановления Совета Министров Республики Беларусь от 03.06.2021 № 304: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 09.06.2021 № 79 // Нац. правовой интернет-портал Респ. Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
3. О вопросах проведения медико-социальной экспертизы: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09 июня 2021 г. № 77 // Нац. правовой интернет-портал Респ. Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
4. О формах индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида, ребенка-инвалида: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.08.2021 № 96 // Нац. правовой интернет-портал Респ. Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
5. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-XII // Нац. правовой интернет-портал Респ. Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
6. Об утверждении инструкции о порядке создания и деятельности врачебно-консультационных и иных комиссий: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2014 г., № 93 // Нац. правовой интернет-портал Респ. Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
7. Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 21 мая 2021 г. № 55 // Нац. правовой интернет-портал Респ. Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

Spisok literatury:

1. O mediko-reabilitatsionnykh ekspertnykh komissiyakh i meditsinskikh ekspertizakh: Postanovleniye Soveta Ministrov Respubliki Belarus’ ot 3 iyunya 2021 g. № 304 // Nats. Oktyabr’skiy internet-portal Resp. Belarus’ [Elektronnyy resurs] / Nats. tsentr ekonomiki inform. Resp. Belarus’. – Minsk, 2021.
2. O realizatsii postanovleniya Soveta ministrov Respubliki Belarus’ ot 06.03.2021 № 304: postanovleniye ministerstva zdravookhraneniya Resp. Belarus’ ot 09.06.2021 № 79 // Nats. Oktyabr’skiy internet-portal Resp. Belarus’ [Elektronnyy resurs] / Nats. tsentr ekonomiki inform. Resp. Belarus’. – Minsk, 2021.
3. O zasedanii komissii mediko-sotsial’noy ekspertizy: ministerstvo zdravookhraneniya Respubliki Belarus’ ot 09 iyunya 2021 g. № 77 // Nats. Oktyabr’skiy internet-portal Resp. Belarus’ [Elektronnyy resurs] / Nats. tsentr ekonomiki inform. Resp. Belarus’. – Minsk, 2021.
4. O forme individual’noy programmy vosstanovleniya, abilitatsii invalida, rebenka-invalida: rezolyutsiya Ministerstva zdravookhraneniya Respubliki Belarus’ ot 10.08.2021 № 96 // Nats. Oktyabr’skiy internet-portal Resp. Belarus’ [Elektronnyy resurs] / Nats. tsentr ekonomiki inform. Resp. Belarus’. – Minsk, 2021.
5. O zdravookhranenii: Zakon Respubliki Belarus’ ot 18 iyunya 1993 g. №2435-XII // Nats. Oktyabr’skiy internet-portal Resp. Belarus’ [Elektronnyy resurs] / Nats. tsentr ekonomiki inform. Resp. Belarus’. – Minsk, 2021.
6. Ob utverzhdenii instruktsii o poryadke sozdaniya i deyatel’nosti vrachebno-konsul’tatsionnykh i inykh komissiy: postanovleniye ministerstva zdravookhraneniya Resp. Belarus’, 10 dek. 2014 g., № 93 // Nats. Oktyabr’skiy internet-portal Resp. Belarus’ [Elektronnyy resurs] / Nats. tsentr ekonomiki inform. Resp. Belarus’. – Minsk, 2021.
7. Ob otsenke kachestva meditsinskoy pomoshchi i meditsinskoy pomoshchi, ekspertiza kachestva meditsinskoy pomoshchi: postanovleniye ministerstva zdravookhraneniya Resp. Belarus’ ot 21 maya 2021 g. № 55 // Nats. Oktyabr’skiy internet-portal Resp. Belarus’ [Elektronnyy resurs] / Nats. tsentr ekonomiki inform. Resp. Belarus’. – Minsk, 2021.

УДК- 614.29

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТ-COVID-19 СИНДРОМА

ISSUES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT SYNDROME AFTER COVID-19

Магзумова Ф.П.[1],
Азизова Н.Н.[2]
Magzumova F.P. [1],
Azizova N.N. [2]

[1]ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

[2]ГОУ "Республиканский медицинский колледж"

Пост-Covid-19 синдром это симптомы, появившиеся после перенесение заболевания, продолжающиеся более 12 недель и которые не могут быть обусловлены другими заболеваниями. Известно, что основной мишенью инфекции являются альвеолярные клетки II типа (AT2) легких. Однако при COVID-19 может развиваться катаральный гастроэнтероколит, также поражаются сосуды, миокард, почки и головной мозг [1,3].

Ключевые слова: *Covid-19, пост-Covid-19 синдром*

Post-Covid-19 syndrome is symptoms that appear after the transfer of the disease, lasting more than 12 weeks and which cannot be caused by other diseases. It is known that the main target of infection are alveolar cells of type II (AT2) of the lungs. However, with COVID-19, catarrhal gastroenterocolitis can develop, blood vessels, myocardium, kidneys and brain are also affected [1,3].

Key words: *COVID-19, Post-Covid-19 syndrome*

По данным различных авторов у 20% больных болезнь протекает в тяжелой форме Тяжелые формы чаще протекают у больных старше 60 лет, особенно имеющие сопутствующие заболевания, как сахарный диабет, артериальная гипертензия и другие сердечно-сосудистые заболевания [2,4].

У пациентов после перенесенной Covid-19 наиболее часто могут отмечаться различные проблемы, в том числе кардио-респираторные:

- Одышка;
- Постоянная тахикардия;
- Гипертония/гипотония;
- Аритмии/сердцебиение;
- Чувство сдавления в груди;
- Боль в груди;
- Фиброз легких.

Неврологические проблемы:

- Нейропраксия, нейропатия, парестезии в связи с длительным постельным режимом;
- Инсульты;
- Тяжелая астения/утомляемость;
- Головная боль;
- Головокружение.

Когнитивные проблемы:

- Нарушение памяти/концентрации/внимания;
- Расстройства сна/сонливость.

Проблемы с почками:
- Протеинурия;
- Гематурия.

Желудочно-кишечные проблемы:
- Снижение аппетита;
- Потеря веса/прибавка веса;
- Диарея;
- Псевдомембранозный язвенный колит;
- Повышение трансаминаз (особенно АСТ).

Психологические проблемы:
- Эмоциональный стресс;
- Боязнь повторного заражения;
- Боязнь заразить окружающих;
- Страх смерти.

Медицинскую реабилитацию пациентов с коронавирусной пневмонией рекомендуется начинать поэтапно в условиях отделений интенсивной терапии при достижении стабилизации состояния пациента и продолжать их после завершения лечения в стационаре в домашних условиях [2,3]. Реабилитационные мероприятия должны быть направлены на восстановление функций внешнего дыхания, транспорта и утилизации кислорода тканями, органами и системами, толерантности к нагрузкам, психоэмоциональной стабильности, повседневной активности и участия [4, 5].

Материалы и методы исследования. В лечебной части *ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» с целью реабилитации находились 42 пациентов перенесших Covid-19. Из них 16перенесли болезнь в тяжелой и 26 в средне-тяжелой степени. Возраст пациентов составил* 42-71 лет. Среди пациентов 28 (66,6%) составили мужчины,14 (33,4%) женщины. С целью оценки общего состояния и составление реабилитационной программы всем пациентам проведены клинико-инструментальные и лабораторные обследования: электрокардиография (ЭКГ),эхокардиография (ЭхоКГ); оценка функции внешнего дыхания методом спирографии, оценка уровня SpO_2 сатурации крови кислородом методом пульсоксиметрии; клинический анализ крови с определением скорости оседания эритроцитов, оценкой числа тромбоцитов, коагулограммы, биохимический анализ крови с определением уровней калия и натрия крови, трансаминаз, общего белка, креатинина, а также общий анализ мочи.

Для оценки переносимости физической нагрузки всем пациентам применены тест шестиминутной ходьбы, кардиопульмональное нагрузочное тестирование на беговой дорожке или велоэргометре с использованием рамп-протокола со ступенчато нарастающей нагрузкой от 10 до 30 ватт/мин с предварительным расчётом прироста мощности с учетом возраста, роста, веса и пола пациентов. Оценка переносимости физической нагрузки изучены по шкале Борга.

Первый этап реабилитации проводился в клинике и включало:
-нутритивную поддержку;
-специальные дыхательные упражнения и при необходимости кислородная поддержка;
-физиотерапевтические процедуры;
- физические упражнения с использованием тренажеров.

Второй этап реабилитации пациентов включало в себя:
-ингаляцию с применением препаратов, облегчающих восстановление функции легких;
-дыхательные упражнения с удлиненным форсированным выдохом;
-физиотерапевтические процедуры;
-упражнения, развивающие силу и выносливость ведущих мышечных групп;
- консультацию психолога или психиатра с целью коррекции психологических расстройств.

Третий этап медицинской реабилитации проводился в условиях дневного стационара, поликлиники и дома.

Этап включало в себя:

-аэробные тренировки (кислородная поддержка в случае необходимости).

- физические разминки - ходьба на дорожке, велотренажер, прогулки на свежем воздухе;

Больные, имеющие сопутствующие патологии были проконсультированы специалистами – кардиологами, пульмонологами, эндокринологами. На основании рекомендации специалистов больным назначены соответствующее лечение. Средняя продолжительность реабилитационных мероприятий продолжались 10-16 дней.

Результаты исследования. У пациентов после проведения реабилитационных мероприятий отмечалось снижение интенсивности или исчезновение пост-Covid-19 синдрома (Таблица)

Показатели	При поступлении	При выписке
УровеньSpO_2	90 - 94	98 - 100
Гемоглобин	98-104г/л	110-150 г/л
Общий белок	48-56 г/л	68-75 г/л
Индекс массы тела	14-18	19-24
АСТ (Е/л)	65,8±4,8	22,8±6,2
АЛТ (Е/л)	64,2±2,2	36,5±3,2
Шкала Борга	5-7	1-3

Как видно из таблицы по окончании курса реабилитации у пациентов отмечалось улучшение общего состояния, лабораторных показателей и физической работоспособности. Пациентам рекомендован продолжение реабилитационных мероприятий в домашних условиях под контролем семейного врача.

Заключение. Всем пациентам спост-Covid-19 синдромом необходимо проходить курсы реабилитации с целью улучшения общего состояния, восстановления физической и психологической работоспособности. Реабилитационные курсы бесспорно улучшают физическую и психологическую работоспособность пациентов и позволяют раннему их восстановлению и возвращению к нормальной жизни и работе.

Список литературы:

1. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 6 (28.04.2020)» (утв. Минздравом России).
2. Бубнова М.Г., Персиянова-Дуброва А.Л., Лямина Н.П., Аронов Д.М. Реабилитация после новой коронавирусной инфекции (COVID-19): принципы и подходы. Кардиосоматика.- 2020.- ТОМ 11.- № 4.- С.6-14.
3. Иванова Г.Е.,Баландина И.Н., Бахтина И.С. и др. Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2020;2(2):140–189. DOI: https://doi.org/10.36425/rehab34231
4. Мещерякова Н.Н., Белевский А.С., Кулешов А.В. Легочная реабилитация пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19 (клиническиепримеры). Пульмонология.- 2020.- 30 (5).- С. 715–22. DOI: 10.18093/0869-0189-2020-30-5-715-722.
5. Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a singlecentered, retrospective, observational study. Lancet Respir Med. 2020;8(5):475–481. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30079-5.

Spisok literatury:

1. Vremennye metodicheskie rekomendacii «Profilaktika, diagnostika i lechenie novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19). Versiya 6 (28.04.2020)» (utv. Minzdravom Rossii).

2. Bubnova M.G., Persiyanova-Dubrova A.L., Lyamina N.P., Aronov D.M. Reabilitaciya posle novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19): principy i podhody. Kardiosomatika.- 2020.- TOM 11.- № 4.- S.6-14.
3. Ivanova G.E.,Balandina I.N., Bahtina I.S. i dr. Medicinskaya reabilitaciya pri novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19). Fizicheskaya i reabilitacionnaya medicina, medicinskaya reabilitaciya. 2020;2(2):140–189. DOI: https://doi.org/10.36425/rehab34231
4. Meshcheryakova N.N., Belevskij A.S., Kuleshov A.V. Legochnaya reabilitaciya pacientov, perenesshih koronavirusnuyu infekciyu COVID-19 (klinicheskieprimery). Pul'monologiya.- 2020.- 30 (5).- S. 715–22. DOI: 10.18093/0869-0189-2020-30-5-715-722.
5. Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a singlecentered, retrospective, observational study. Lancet Respir Med. 2020;8(5):475–481. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30079-5.

УДК.004: 616-084:355.72

ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИЙ КАК ИНСТРУМЕНТАРИЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

[1]Магзумова Ф.П., [2]Гаибов Х.М., [3]Юсупова Ш.И., [4]Джалилов П.Б.

ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»[1] (дир.-к.м.н. Азизов З.А.),

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»[2] (ректор- член-корр. РАН., д.м.н., профессор Колсанов А.В.)

Министерство здравоохранения Российской Федерации, Городской центр здоровья №14 (дир. Хакназаров И.А.) Управление здравоохранения г. Душанбе[3],

Менеджер сети учреждений ПМСП района Рудаки»[4] (дир.-Джалилов П.Б.) Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Магзумова Фируза Пулодовна, к.м.н., зам.директора ГУ НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, главный специалист по вопросам реабилитации МЗСЗН РТ, г. Душанбе, ул. Хувайдуллоева 270а, +992 933153473, +992 919244791, fmagzumova@mai.ru;

Гаибов Хабибулло Манучехрович *– студент 6-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»;*

Юсупова Шахрбону Иззатуллоевна **–** зав.отд. семейной медицины №4 Городского центра здоровья №1 г.Душанбе;

Джалилов Пирумшо Басирович **–** Менеджер сети учреждений ПМСП района Рудаки Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Аннотация. Использование информационных технологий во всем мире позволяет перевести медицину на качественно новый уровень, успешно осуществляющий различные манипуляции, способствующий снижению количества осложнений, неблагоприятных исходов, а также социально-экономической эффективности. Прогресс современной медицины и здравоохранения в значительной степени определяют использование информационных технологии и унифицированные средства связи, начиная от момента приема, обследование, лечение и диспансеризации пациентов. Более того, современные средства связи не только способствуют повышению квалификации специалистов учреждений ПМСП, но и санитарной культуры, изменения поведения населения, тем самым способствует развитию здоровье сберегающей стратегии. Медицинская профилактика – основа сохранения здоровья и активного долголетия населения любого государства.

Ключевые слова: *Информационно-комммуникационные технологии, санитарная культура, изменение поведения, здоровый образ жизни, профилактика заболеваний.*

Актуальность. В настоящее время в мировой медицинской практике признано, что одним из прогрессивных походов к решению проблем, связанных с лечением инфекционных, а также социально-значимых заболеваний, является организация системы профилактики [1,4].

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является одним из основных видов помощи, направленная на профилактику, диагностики и лечение заболеваний, в т.ч. реабилитацию. Профилактика заболеваний, в т.ч. инвалидности должна быть наивысшим приоритетом в системе охраны здоровья населения любой страны. [2,7].

По оценкам экспертов ВОЗ в 2015 году только 84,0% государств-членов, имели национальную политику обеспечения населения услугами здравоохранения и 74,0% из них используют электронное здравоохранение и информационные технологии при реализации данной политики [3,5].

В связи с возрастающей роли информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в мире, достижением науки рассматривается возможность применения современных технологий в различных сферах жизни общества, прежде всего в сфере образования и здравоохранения[2,4].

В современных условиях эффективность управления учреждениями ПМСП, в т.ч. вспомогательных служб во многом зависит от качества информационного обеспечения органов управления объектами первичного звена здравоохранения [6,8].

Инновационные технологии, как мобильное здравоохранение, телемедицина, интернет, социальные сети, и другие средства аудио и видео связи стали более доступными не только специалистам, но и пациентам. В свою очередь, эффективное использование аудио видеосвязи, телевидение, интернет, социальные сети способствуют формированию здорового образа жизни, тем самым изменяют поведения населения, данная коммуникация будет обеспечивать связь между медработниками и пациентами, особенно для населения отдаленных регионов [3,2,6].

Использование информационных технологий во всем мире, в т.ч. и в нашей стране позволяет успешно осуществлять различные манипуляции, способствует снижению количества осложнений, неблагоприятных исходов, а также социально-экономической эффективности.

В ряде научных исследований показано, что низкая грамотность населения в вопросах здоровья ассоциируется с неравным доступом к медицинскому обслуживанию, что приводит к увеличению частоты госпитализаций, осложнений, смертности населения[1,7], а также необоснованных затрат в стенах лечебно-профилактических учреждений.

Цель исследования. Оценить роль информационно-коммуникационные технологий в формирование здорового образа жизни населения на уровне учреждений ПМСП.

Материалы и методы исследования. Научные статьи, научно-популярные публикации в отраслевых газетах, журналах за 2020-2021 годы. Нами были использованы социально-гигиенический и описательный методы с целью обобщение опыта специалистов стран ближнего и дальнего зарубежья.

Результаты и их обсуждение. Профилактика заболеваний должна быть наивысшим приоритетом в системе охраны здоровья. По данным экспертов ВОЗ, здоровье человека наполовину (50,0 %) определяется его образом жизни, на четверть (25,0%) экологией, и только 15,0% составляет вклад системы здравоохранения, 10,0 % остается на долю генетических факторов.

В связи с этим, ИКТ призваны для передачи практического опыта, новых менее затратных методов диагностики и лечения, интерпретации лабораторных анализов и диагностических тестов специалистам работающих в отдаленных сельских районах, особенно в учреждениях ПМСП.

В настоящее время ИКТ, используемые в системе здравоохранения нашей страны, являются частью реализации Концепции развития электронного правительства в Республике Таджикистан, утвержденной постановлением Правительства Республики Таджикистан № 643от 30 декабря 2011 г. [8].

При этом особое внимание уделяется анализу эффективности коммуникационных стратегий, их возможностей, влияния на знания, установки и поведение населения относительно здоровья лиц разного возраста, в том числе репродуктивного. Наличие достоверной, своевременно получаемой и оптимальной по объему информации о состоянии объектов и тенденциях их развития должно спо-

собствовать выработке и принятию наиболее оптимальных решений по управлению, как объектами здравоохранения, так и конкретными пациентами, в т.ч. тяжелыми больными.

При этом, особое внимание уделяется анализу эффективности коммуникационных стратегий, их возможностей влияние на знания, установки и поведения населения, относительно всех возрастов.

В амбулатории семейной медицины ГУ «Республиканский научно-клинический центр семейной медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и почти во всех ЛПУ города Душанбе делопроизводства, сбор и обработка статистических данных производится программой DYIS 2 и они доступны специалистам и партнерам.

Наличие достоверной, своевременно получаемой и оптимальной по объему информации о состоянии объектов и тенденциях их развития, должно способствовать выработке и принятию наиболее оптимальных решений по управлению объектами здравоохранения, так и конкретными пациентами, в т.ч. тяжелыми больными.

Таким образом, эффективность средств связи, прежде всего, интернет, социальные сети и телемедицина в плане повышение квалификации специалистов учреждений ПМСП и социальных работников доступности медицинской населению отдаленных сельских районов в период эпидемии и пандемии инфекционных заболеваний.

С другой стороны, заслуживает внимание тот факт, что повышение доступности медицинской помощи пациентам с ограниченными возможностями, а также преодоление территориальных и временных барьеров между медицинскими работниками, в частности семейных врачей и населением отдаленных сельских и горных районов приводит к социально-экономической выгоде как для больных, так и для государства.

Одним из главных способов формирования здоровья, развитие здоровье сберегающего поведения является обеспечение эффективной коммуникации между медицинскими работниками и населением. Сегодня прогресс информатизации здравоохранения, особенно первичной медико-санитарной службы приводит к тому, что медицинские знания становятся всеобщим достоянием.

Однако, результаты большинство международных и местных исследований, в т.ч. медико-социологических опросов показывают, что среди основных проблем респонденты на первое место ставят коммерциализацию системы и на второе место ставят неудовлетворенность современной системой здравоохранения.

Такое состояние объясняется низкими и средним уровнем доходов, бедностью населения, недостаточным финансированием отрасли, профилактических программ со стороны государства, снижением статуса медработника, социальная незащищенность, отсутствием врачебной солидарности, коммерциализацией системы на всех уровнях, неправильным подбором и расстановкой руководящих кадров, а также серьезными структурными недостатками организации здравоохранения.

Таким образом, врач приобретает возможность постоянного оперативного доступа к разносторонней информации о состояние службы, эпидемиологической ситуации на участке и состоянии тяжелых пациентов в режиме online, получает не только о параметрах сердечнососудистой системы, но и других жизненно-важных систем организма, для принятия решения по устранению недостатков или коррекции лечения больного на участке.

Грамотное использование информационно-коммуникационных технологий в сочетании с динамическим мониторингом и повышением информированности пациентов о своем заболеваний в виде виртуального обучения является вспомогательным терапевтическим средством, позволяющим пациенту быстрее адаптироваться к своему заболеванию и приобрести знания. Умения, навыки необходимые для активного контроля своего здоровья или изменения поведения. С другой стороны возможность постоянного доступа к медицинским данным и дистанционное наблюдение помогает преодолению основных барьеров между врачом и пациентом в процессе управления здоровьем.

Анализ научной литературы свидетельствует, что реализация ряда стратегических позиций по формированию ЗОЖ должна сопровождаться внедрением комплексных информационных и образовательных программ для различных категорий населения, разработкой механизмов мотиви-

рования и стимулирования граждан через информационно-коммуникационные технологии к изменению поведения и ведению здорового образа жизни.

В связи с этим, основными целями мероприятий является модернизация отраслевой информационной системы на основе использования передовых информационно- коммуникационных технологий, совершенствования системы показателей и статистического учета, внедрение в практику регулярных исследований как части мониторинга деятельности учреждений ПМСП, а также вспомогательных служб.

Заключение. Таким образом, социально-экономические преобразования последних десятилетий, происходящие в Таджикистане, трудовая миграция, нарушения семейных традиций, бедность, значительно изменили традиционный уклад и образ жизни, что отразилось на поведении населения, особенно молодежи. Стандартизированный подход к организации системы охраны здоровья населения направленный на повышение эффективности управленческих и лечебно-диагностических решений в медицине, требует применение новых инструментов, как информационно-коммуникативные технологии (интернет, социальные сети, видео, телевидение), прежде всего персональные компьютеры с мультимедийными средствами.

Литература

1. Гаибов А.Г.Основные направления развития общественного здоровья и здравоохранения в Таджикистане «Вестник Авиценны». -2010.-№2(43). – С.83-88.
2. Герасименко, М.А., Мороз, И..Н., Калинина, Т.В., Можейко, В.Ч. Современные информационно-коммуникационные технологии в деятельности врача //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. -2015.- №3(84).-С.76-79.
3. Исаев, Г.Н. Информационные технологии: учебное пособие. -М.:Изд-во: Омега-Л, 2012. - 464 с.
4. Ковалев, В.П. Использование информационных технологий в совершенствовании медицинского обслуживания населения.2012. автореф. дисс..к.м.н. -24 с.
5. Кузьмин, А.В., Овчинников, В.В., Богданова, Л.А., Шульман, Е.И. Информационные технологии в здравоохранении: перспективы развития и правовое регулирование//Тихоокеанский медицинский журнал.-2013.-№3.-С.86-89.
6. Луценко, Е.В. Развитие медицинских информационных технологий в Российской Федерации// Вятский медицинский вестник. -2017. -№2.-С.28-31.
7. Оганов, Р.Г., Комаров, Ю.М., Масленникова, Г.Я. Демографические проблемы как зеркало здоровья нации // Профилактическая медицина. -2009.-№2.-С.3-8.
8. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30 декабря 2011 г., № 643 «О Концепции формирования электронного правительства в Республике Таджикистан».

УДК.343: 294 -056.24 (575.3)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ В СФЕРЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИЛИЦС ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

[1]Магзумова Ф.П., [2]Идрисов З.М., [3]Норов З.Ш.

[1]ГУ НИИ Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Республики Таджикистан,
[2]Министерства здравоохранения и социальная защита Республики Таджикистан,
[3]Городской центр здоровья города Гиссар

Магзумова Фируза Пулодовна, к.м.н., зам.директора ГУ НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, главный специалист по вопросам реабилитации МЗСЗН РТ, г. Душанбе, ул.Хувайдуллоева270а,+992933153473,+992919244791, fmagzumova@mai.ru;

Идрисов Зиёдулло Миршакарвич, главный специалист Управления реформы, международных отношений и ПМСП системы здравоохранения, г. Душанбе ул. Шевченко 59, ziyodullo.idrisov@bk.ru, +992 900 20 55 15

Норов Зухуриддин Шомуродович, зам.директора Городского центра здоровья г. Гиссар, ул. И. Сомони 11, norovzuhuriddin.0008@mail.ru +992 880 084 040.

Аннотация. Авторами представлен анализ нормативно-правовых документов регламентирующих деятельность системы здравоохранения и социальный защиты населения Республики Таджикистан, направляемых в службу медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями. А также рассмотрены новые подходы к медицинской и социальной реабилитации в республике.

Ключевые слова: *законы, постановление, инвалидность, социальная и медицинская реабилитация.*

Актуальность Всеобщая декларации прав человека, утвержденная Генеральной Ассамблеей ООН в 1948 году (74 года назад) гласит: «Каждый гражданин имеет право на жизнь, право на труд и его достойную оплату, право на бесплатное лечение и образование, право на доступный отдых и право на гарантированную социальную защиту со стороны государства».

Законодательство Республики Таджикистан в сфере здравоохранения основывается на Конституции Республики Таджикистан, Кодексе здравоохранения Республики Таджикистан, иных нормативно-правовых актах Республики Таджикистан и международных правовых актах, признанных Таджикистаном. Конституция Республики Таджикистан (статьи 38, 39) гарантирует каждому человеку право на охрану здоровья и на социальное обеспечение в старости, в случаях болезни, инвалидности, утраты трудоспособности, потери кормильца и в других случаях, определяемых законом.

Система здравоохранения в республике регулируются: Правительством Республики Таджикистан, уполномоченным государственным органам в сфере здравоохранения, государственного надзора за медицинской и фармацевтической деятельностью, санитарно-эпидемиологического надзора, медико-социальной экспертизы. Государственная политика в области здравоохранения основывается на равенстве прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи. Защите здоровья, приоритетности профилактической направленности в деятельности системы здравоохранения, доступности медицинской помощи, обеспечении санитарно-эпидемиологической безопасности населения. Социальная ориентированность здравоохранения, направлена на удовлетворение потребностей, нужд населения и улучшения качества жизни и т.д.

Политика «Здоровья для всех» реализуется посредством Национального саммита по вопросам здравоохранения и социальной защиты населения, который дает возможность для выработки единого, межсекторального подхода и единого плана действий по реализации «Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 годы».

В ряде научных исследований в РТ только фрагментарно указанно об нормативно-правовых документах регламентирующий деятельность медико-социальных учреждений по вопросам реабилитации, в связи с чем данная исследовании направлено на изучение нормативно-правовых документах в области реабилитации инвалидов в Республики Таджикистан.

Цель исследования. Изучение нормативно-правовые документы регламентирующие деятельность медико-социальных учреждений по вопросам реабилитации инвалидов в республике и научное обоснование совершенствования законодательные документы.

Материалы и методы исследования: правовые основы медико-социальной реабилитации инвалидов – основополагающий нормативный правовой акт, нормы которого определяют государственную политику в отношении инвалидов в Республики Таджикистан (Законы, Конвенции, Постановление, Приказы, Стандарты и т.д.). Методы исследования – аналитический, структурированный и ситуационный анализ.

Результаты исследования. Министерством здравоохранений и социальной защиты населения РТ (начиная с 2014 года), были разработаны свыше 400 новых отраслевых нормативно-правовых актов республиканского, областного и районного значения, пересмотрены и утверждены все положения управлений, отделов служб системы министерства, уставы лечебно – диагностических и образовательных учреждений, служб и организаций системы социальной защиты населения.

В 2017 году был принят Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан, что явилось знаменательным событием в области совершенствования нормативно-правовой базы здравоохранения.

В течение последних лет на уровне Правительства Республики Таджикистан были приняты следующие регламентирующие документы:

- Концепция развития системы социального обслуживания в Республике Таджикистан (2015);
- Государственная программа развития донорства крови и ее компонентов в Республике Таджикистан на период 2015 – 2019 годы" (2015);
-Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017 - 2020 годы" (2016);
-Национальная программа иммунопрофилактики в Республике Таджикистан на 2016-2020 годы" (2016);
-Программа государственных гарантий по обеспечению населения медико-санитарной помощью в пилотных районах Республики Таджикистан на 2017-2019 годы" (2017);
-Национальная программа по противодействию эпидемии вируса иммунодефицита человека в Республике Таджикистан на 2017-2020 годы" (2017)
- в 2014 году принять Кодекс этики врача Республики Таджикистан.

Кроме того, Правительством Республики Таджикистан утверждено более 54 нормативных правовых актов, связанных с регулированием медицинской и социальной практики включая порядок организации услуг и другие документы, разработанные в рамках Кодекса Республики Таджикистан.

В Кодексе здравоохранения Республики Таджикистан подчеркивается право на охрану здоровья и социальное обеспечение в случае болезни, инвалидности и утраты трудоспособности (статья 36 КЗ РТ).

Основным законодательным актом Республики Таджикистан в сфере защиты прав и реабилитации лиц с ограниченными возможностями являются Закон РТ от 29 декабря 2010 года, №675 «Осоциальной защиты инвалидов РТ». Данный закон определяет понятие реабилитации инвалидов, ее цели, основные направления, требования к организациям, осуществляющим реабилитацию инвалидов. В данном Законе под реабилитацией инвалидов понимается система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество. Отмечается, что в полномочия уполномоченного государственного органа сферы здравоохранения по социальной защите инвалидов входят:

- осуществление мер по формированию здорового образа жизни и предупреждению инвалидности;
- определение образца направления для прохождения медико-социальной экспертизы, осмотра (освидетельствования) и лечения инвалидов;
- осуществление медицинской реабилитации инвалидов в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов;
- обеспечение профессиональной подготовки и переподготовки кадров в области медико-социальной экспертизы;
- определение перечня медикаментов, продуктов, имеющих медицинское назначение для ухода за инвалидами, а также продуктов оздоровительного питания для детей- инвалидов.

Постановлением Правительства Республики Таджикистан № 455 от 28 октября 2016 года утверждена «Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы». Он разработан в соответствии со статьей 7 Закона Республики Таджикистан «О государственных прогнозах, концепциях, стратегиях и программах социально-экономического развития Республики Таджикистан», статьей 16 Конституционного закона Республики Таджикистан «О Правительстве Республики Таджикистан», статьей 4 Закона Республики Таджикистан «О социальной защите инвалидов», а также во исполнение пункта 10 постановления Правительства Республики Таджикистан от 28 января 2015 года, №21 «Об итогах социально-экономического развития Республики Таджикистан в 2014 году и задачах на 2015 год». Программа имела социальный и антикризисный характер, еѐ реализация с учетом целей устойчивого развития Организации Объединенных Наций до 2030 года была направлена на усиление социальной защищенности инвалидов/детей инвалидов, в том числе их медицинской и социальной реабилитации. В настоящее время разрабатывается продолжение данной программы на период 2022-2026 годы, где будут учтены такие моменты, как совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Одной из задач указанной подпрограммы является формирование условий для развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. В целях обеспечения единообразного подхода при реализации комплекса мероприятий, направленных на совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации, в том числе детей-инвалидов, в Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан будет утверждена Отраслевая программа, которая будет включать в себя, в том числе и мероприятия по внедрению разработанных и актуализированных стандартов по социальной, социально-средовой, социально-педагогической социально-психологической и социокультурной реабилитации, социально-бытовой адаптации инвалидов.

Как и другие граждане, инвалиды имеют право пользоваться равным доступом ко всем услугам, включая здравоохранение, социальную защиту, реабилитацию, образование и программы развития навыков. Правительство Республики Таджикистан соглашаясь с позицией Организации Объединѐнных Наций (ООН), в том числе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), признающих инвалидность как проблему общественного здравоохранение, прав человека и приоритета развития. Инвалидность охватывает все секторы и требует обязательств участия разных заинтересованных сторон. Она требует, подробного и ясного подхода по всем аспектам, связанным с разработкой политики и организацией услуг. Программа служит в качестве инструмента для удовлетворения потребностей инвалидов наиболее результативными и эффективными способами. Она основывается на сотрудничестве и партнерстве, действуя креативно и инициативно на всех уровнях общества с це-

лью рационального использования существующих ресурсов, включая финансовые, инфраструктурные, человеческие, а также внедрение новых подходов и практических методов. Программа предлагал всестороннюю стратегию для обеспечения эффективной реализации и достижения устойчивых результатов посредством целостного подхода к решению проблем инвалидов в сферах здравоохранения, реабилитации и социальной защиты, включая межотраслевой подход: подход, основанный на правах;; индивидуализированных услуг, ориентированных на человека, расширение прав и возможностей инвалидов и их семей.

Развитие этой формы социальной защиты инвалидов в последние годы приобретает особую значимость. Не умаляя роли материальной поддержки, следует констатировать, что реабилитация обладает гораздо более высоким потенциалом не только в том, что касается улучшения качества жизни инвалидов/детей инвалидов, но и в достижении социального сплочения всего общества.

Разработаны и утверждены ключевые документы по охране здоровья населения, в частности детей:

- Закон о репродуктивном здоровье и репродуктивных правах (2002г.)
- Закон о защите естественного вскармливания детей (2006г.)
- Стратегический план РТ по репродуктивному здоровью населения на период до 2014 года (2004г)
- Программа развития молодежи в РТ на период 2006-2010 (2006г)
-Национальная стратегия РТ по охране здоровья детей и подростков на период до 2015 года (2008г)
-Национальный план мероприятий по обеспечению безопасного материнства в РТ на период до 2014 года (2008г)
-Конвенция ООН о правах инвалидов в Республики Таджикистан подписан 22 марта 2018 года в Ню Йорке
-Национальный план действий по подготовке Республики Таджикистан к ратификации и реализации «Конвенции о правах инвалидов» утвержден Постановлением Правительства Республики Таджикистан №116 от 27 февраля 2020 года.

В соответствии со статьей 23 Конвенции о правах ребенка, дети – инвалиды имеют права на особый уход, образование и подготовку с тем, чтобы помочь им в ведении полноценной и достойной жизни в условиях, обеспечивающих максимальную самостоятельность и социальную интеграцию. Неполноценный в умственном и физическом развитии ребенок должен вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые обеспечивают его достоинства, способствуют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни общества.

Государственная программа “Доступная среда” на период 2021-2025 годы утвержденная Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 27 февраля 2021 года, №52, разработана для развития мер социальной поддержки инвалидов, создания им равных возможностей для участия в общественной жизни и повышения уровня их жизни. Приоритеты и меры направлены на обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры (жилым, общественным и производственным зданиям, спортивным сооружениям, местам отдыха, культурно-просветительным и другим объектам и учреждениям). А также беспрепятственного пользования ими железнодорожным, воздушным, междугородним автомобильным транспортом и всеми видами городского и пригородного пассажирского транспорта, средствами связи и информации. Создание доступной для инвалидов среды жизнедеятельности является одним из направлений государственной политики, практические результаты которой должны обеспечить инвалидам равные с другими гражданами возможности во всех сферах жизни. Программа направлена на реализацию требований нормативных правовых актов и нормативных технических документов по обеспечению доступна инвалидов к объектам социальной инфраструктуры. А также к созданию для инвалидов условий жизнедеятельности, равных с остальными категориями населения. Целью программы является создание доступной среды для жизнедеятельности инвалидов. Посредством программы будет обеспечена доступность инвалидов к объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктуры и услуг, что приведет к повышению уровня и качества их жизни.

Выводы и рекомендации

Однако, несмотря на разработанные и утвержденные регламентирующие документы, который регулируют деятельность в сфере медико-социальной реабилитации, данный вопрос требует конкретного механизм внедрения и активного участия всех министерств и ведомств в Республике Таджикистан.

Республика Таджикистан после принятия Конвенции ООН о правах инвалидов в 2018 года, столкнулась с трудностями при внедрении МКФ в Таджикистане, не разработан механизм внедрения, отсутствуют специалисты в области медико-социальной экспертизы знающие базовые наборы МКФ, и соответственно литературы на родном языке.

Рекомендуется пересмотр Порядок освидетельстовавания и переосвидетельствования лиц с ограниченными возможностями с учетом современных критерий: функционирование и ограничения жизнедеятельности – функции и структуры организма в виде изменения физиологических систем или анатомических структур и активность, участие в виде потенциальной способности и ее реализации.

Разработать ежегодный Национальный план действий по подготовке Республики Таджикистан к ратификации и реализации Конвенции ООН о правах инвалидов в республике за 2022-2026 годы.

Литература:

1. Закон РТ от 29.10.2010г., №675 «Осоциальной защиты инвалидов РТ» статьи 1, 2, 6,15, 16;
2. Конвенция ООН о правах инвалидов (22 марта 2018 года);
3. Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы в Республики Таджикистан;
4. Национальный план действий по подготовке Республики Таджикистан к ратификации и реализации Конвенции ООН о правах инвалидов (Постановление Правительство Республики Таджикистан от 27 февраля 2020 года, №116);
5. Постановление Маджлиси Милли Маджлиси Оли РТ.от 18.05.2017г., №374 , Кодекс здравоохранения, гл.2, 4.;
6. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 августа 2010 года, за № 368;
7. Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н./ МКФ в реабилитации//Монография, Санкт Петербург, 2018г.

УДК 613.62

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

FEATURES OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE OF MEDICAL WORKERS WITH OCCUPATIONAL DISEASES

Мозжелина Е.К., Трухина Е.С.
Mozzhelina E., Trykhina E.

Мозжелина Е.К - врач по медико-социальной экспертизе
Экспертного состава № 6 ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Минтруда РФ, ул. Бестужевская, 50, Санкт-Петербург, Россия, 195067
Р.т. 679-99-84 (доб.314) e-mail: gb6@mse78.ru

Трухина Е.С. - врач по медико-социальной экспертизе
Экспертного состава № 6 ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Минтруда РФ, ул. Бестужевская, 50, Санкт-Петербург, Россия, 195067
Р.т. 679-99-84 (доб.314) e-mail: gb6@mse78.ru

Аннотация. Статья посвящена клинико-экспертному анализу результатов медико-социальной экспертизы медицинских работников с выявленными профессиональными заболеваниями.

Annotation. The article is devoted to the clinical and expert analysis of the results of medical and social examination of medical workers in identified occupational diseases.

По вопросам профессиональной заболеваемости медицинских работников (МР) в РФ имеется довольно много научных исследований. Достаточно подробно описаны структура и уровень профессиональной заболеваемости этого контингента [1, 2]. Между тем, исследований по вопросам медико-социальной экспертизы (МСЭ) и реабилитации МР, пострадавших от профессиональных заболеваний (ПЗ), существенно меньше. В основном, в ходе исследований рассматриваются вопросы организации восстановительного лечения МР с профессиональным туберкулезом [3, 4].

Структура профессиональной заболеваемости в здравоохранении по сравнению с таковой в ведущих отраслях промышленности и на транспорте, отличается своеобразием. У МР преобладают инфекционные (гемоконтактные гепатиты и туберкулез) и аллергические ПЗ [1,2]. При этом методические разработки по общим вопросам пострадавших от ПЗ [5,6,7] не включают в себя подробного анализа специфики их реализации у МР.

В многочисленных зарубежных публикациях отмечаются значительные социальные издержки от заболеваний МР, вызванных вредными условиями труда [8,9,10]. Однако, опыт других стран не может быть стереотипно перенесен на РФ из-за значительной разницы в системе организации

здравоохранения, нормативно-правового регулирования вопросов диагностики ПЗ и социального страхования работников.

Под ПЗ в системе социального страхования понимают «хроническое или острое заболевание застрахованного, являющееся результатом воздействия на него вредного (вредных) производственного (производственных) фактора (факторов) и повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности» [11].

Освидетельствование пострадавшего по вопросу определения степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах проводится в учреждении медико-социальной экспертизы в соответствии с критериями определения степени утраты профессиональной трудоспособности, утверждаемыми Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации по согласованию с Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Проанализировано 23 дела освидетельствования бюро МСЭ с установленным заключительным диагнозом ПЗ медицинских работников, направленных для определения степени утраты трудоспособности и составления программы реабилитации пострадавшего за период 1990-2011 гг.

Среди пострадавших медицинских работников с установленными профессиональными заболеваниями большинство составляют врачи – 87%, медицинских сестер с установленными профессиональными заболеваниями выявлено 3 человека, что составляет 13 %.

Было выявлено 5 случаев с несколькими установленными профессиональными заболеваниями у пострадавшего, что составляет 21,7%. Проанализирована структура профессиональной заболеваемости МР, которая представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Группы ПЗ	**Число случаев, абс.**	**Удельный вес, %**
Инфекционные заболевания		
Туберкулез, всего	3	10 %
в том числе: легочный	2	6,7 %
внелегочный	1	3,3 %
Бруцеллез	2	6,7 %
Энцефалит	1	3,3 %
Гемоконтактные гепатиты	3	10 %
Гельминтозы	1	3,3 %
Аллергические заболевания		
Бронхиальная астма	6	20 %
Аллергический дерматит	2	6,7 %
Аллергическая ринопатия	1	3,3 %
Аллергический блефароконъюктевит	1	3,3 %
Заболевания костно-мышечной системы		
Миотонические синдромы	3	10 %
Миофиброз	2	6,7 %
Заболевания нервной системы		
Полинейропатия верхних конечностей	2	6,7 %
Радикулопатия	1	3,3 %
Хроническая интоксикация ртутью	1	3,3 %
Заболевания дыхательной системы		
Бронхит	1	3,3 %

Наиболее частым экспертным решением бюро МСЭ в отношении медицинских работников, пострадавших в результате ПЗ, было определение степени утраты трудоспособности в размере от 40 до 60% утраты профессиональной трудоспособности. Данное решение было принято в отношении 39,1% пострадавшего. Реже (34,8%) пациентам определялась определялись от 10 до 30% утраты трудоспособности. В отношение 17,3 % МР был определен процент утраты профессиональной трудоспособности в диапазоне 70-90%. Так же в числе проанализированных дел МСЭ, были выявлены два случая полной утраты профессиональной трудоспособности (определены 100% УПТ), что составляет 8,7 % (рис. 1).



Рисунок 1.

Средний стаж работы медицинских работников, освидетельствованных в бюро МСЭ, на момент установления профессионального заболевания составляет 25 лет.

По результатам анализа установлено, что факторами, приведшими у МР к развитию профессиональных заболеваний, являются:

Биологический фактор (контакт с патогенными микроорганизмами, возбудителями инфекционных и паразитарных заболеваний);

Химический фактор (контакт с токсическими, раздражающими, сенсибилизирующими веществами);

Психофизиологический фактор (физические перегрузки).

Список литературы

1. Гатиятуллина Л.Л. Состояние здоровья медицинских работников. Вестник современной клинической медицины. 2016; 3(9): 69-75.
2. Гарипова Р.В. Совершенствование системы мониторинга за состоянием здоровья медицинских работников. Казанский медицинский журнал. 2011; 1: 78-82.
3. Бектасова М.В., Шепарев А.А., Скварник В.В. Причины возникновения и профилактика профессионального туберкулеза у медицинского персонала фтизиатрических учреждений приморского края. Путь науки. 2015; 11: 171-172.
4. Михалева Т.С., Тарасов А.А. Основы медико-профессиональной экспертизы и реабилитации в профпатологии. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013; 1: 8-11.

5. Бехтерева З.М., Линьков Н.В., Иштерякова О.А., Малышева И.Ю., Новикова Н.И., Шакирова Л.В. Современная медико-социальная экспертиза и реабилитация при профессиональных заболеваниях. Казанский медицинский журнал. 2003; 3(84): 221- 224.
6. Быковская Т.Ю., Пиктушанская И.Н., Шабалкин А.И. Профессиональные заболевания. Актуальные вопросы профилактики и медицинской реабилитации. Acta Biomedica Scientifica. 2012; 5-2 (87): 123-126.
7. Севастьянов М.А., Владимирова О.Н., Шапорова Н.Л., Дудина О.В., Божков И.А. Медико-социальное обеспечение пострадавших на производстве в результате несчастных случаев и профессиональных заболеваний. Российский семейный врач. 2015; 4: 44-48.
8. Prüss-Ustün A., Rapiti E., Hutin Y. Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers. Am J Ind Med. 2005; 48(5): 482-490.
9. Health & Safety Executive. Health and Safety Executive Statistics. Available at: http://www.hse.gov.uk/statistics/.
10. Albert N., Chandrasekharan K., Wendeler D., Haamann F., Dulon M. Infectious diseases in healthcare workers – an analysis of the standardised data set of a German compensation board. J Occup Med Toxicol. 2012; 7: 8.
11. Giddings T., Cox J., King J., Hutchinson A., McAvoy P. Understanding doctor's performance. Ann R Coll Surg Engl. 2007; 3(89): 331-332.

УДК 616.31

ЗНАЧИМОСТЬ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

SIGNIFICANCE OF EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF ORTHODONTIC TREATMENT

Налбандян Микаел Сергеевич
Nalbandyan Mikayel Sergeevich

Ереванский Государственный Медицинский Университет им. Мхитара Гераци, ул. Корьюна 2, 0010, г. Ереван, РА.

к.м.н., доцент кафедры детской стоматологии и ортодонтии
Тел. 0037493194853,
E-mail: mikanalb@yahoo.com

Качество оказываемой стоматологической помощи, в том числе, ортодонтической, приобретает особое значение в условиях развития системы страховой медицины. В настоящее время отсутствует единый комплексный анализ ортодонтического лечения. Также не определены основные параметры клинической экспертной оценки качества ортодонтической помощи, которые бы легли в основу базовой модели клинических стандартов качества исправления зубочелюстно-лицевых аномалий. В статье представлена необходимость разработки экспертной оценки качества ортодонтического лечения путем выбора основополагающих критериев оценки при исправлении зубочелюстных аномалий. Описывается необходимость оценки эффективности ортодонтического лечения на основании количественной оценки качества результатов, процесса ортодонтического лечения и методики позволяющей объективно оценить качество проведенного ортодонтического лечения.

Ключевые слова: *ортодонтическое лечение, оценка качества, медицинская помощь*

The quality of dental care, including orthodontic care, has particular importance in terms of development of the insurance system. Up to now there is no comprehensive analysis of orthodontic treatment. Also, there are no key parameters of clinical expert assessment of the quality of orthodontic care that formed the basis model of clinical care. This article presents the necessity of development of the orthodontic treatment quality expert evaluation by selecting the basic evaluative criteria in the correction of dentofacial anomalies and describes a necessity of evaluating method of the efficiency of orthodontic treatment on the basis of quantitative assessment of the quality of orthodontic treatment process and results, which allows objectively assessing the quality of the orthodontic treatment.

Keywords: *orthodontic treatment, quality assessment, medical care*

Стоматологическое здоровье является неотъемлемой составляющей здоровья, как отдельного человека, так и различных групп населения в целом. Стоматологическая, в том числе ортодонтическая, помощь относится к одному из самых массовых видов предоставляемых населению медицинских услуг. Обеспечение высокого качества ортодонтической помощи всегда рассматривалось стоматологической общественностью как одна из приоритетных задач лечебно-профилактических учреждений [1, 3, 5].

Общеизвестно, что стоматологические заболевания влияют на общее состояние здоровья, причиняя боль и психологический дискомфорт, могут приводить к изменению рациона питания че-

ловека, изменению речи, ограничению при выборе профессий. За последние годы в мире разработано множество индексов, позволяющих оценить влияние стоматологического здоровья на качество жизни [4]. Качество оказываемой медицинской помощи, в том числе стоматологической, в условиях развития страховой системы приобретает особое значение. Под качеством жизни в медицине понимают совокупность физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанного на его субъективном восприятии. При этом следует иметь в виду, что качество жизни изменяется во времени в зависимости от состояния пациента, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов [7]. Качество жизни в стоматологии — это оценка функциональных, морфологических, эстетических, а также психологических и социальных составляющих стоматологического здоровья [2]. Оценка качества жизни ортодонтического пациента при лечении зубочелюстно-лицевых аномалий позволяет стандартизировать подход к выбору метода лечения, прогнозировать успех проводимого лечения, оценить его адекватность и удовлетворенность им пациента, а также является одним из показателей его эффективности. Внешний вид пациента, его привлекательность, его социально-психологическая оценка имеют огромное значение для оценки качества жизни ортодонтического пациента. Как психологические, так и функциональные и эстетические недостатки могут привести к необходимости ортодонтического лечения. В большинстве случаев при зубочелюстно-лицевых аномалиях психоэмоциональный фактор преобладает над функциональной патологией. Недостаточная оценка врачом-ортодонтом значимости социально-психологического и эстетического восприятия самого пациента может привести к возникновению неудовлетворенности результатами ортодонтического лечения.

Исследования, проводимые в этой области, показали, что эстетика лица оказывает существенное влияние на качество жизни человека. Изучение эстетики лица проводили многие авторы [6, 8].

В последнее время ортодонтия стала занимать более значимое положение в стоматологии. Современные исследования установили, что большинство

людей, прошедших курс ортодонтического лечения, были удовлетворены результатами лечения и отмечали, что в целом стоматологическое состояние полости рта после ортодонтического лечения улучшилось.

Следует отметить, что несовпадение между субъективной и объективной оценкой эстетики наблюдается довольно часто. Ряд авторов также считает, что удовлетворенность медицинской помощью является одним из критериев ее качества [9,10]. Разумеется, удовлетворенность пациента результатами ортодонтического лечения не может служить единственным показателем качества проведенного лечения. Для оценки эффективности ортодонтического лечения необходимо проводить экспертизу качества

медицинской помощи в целом и оценивать качество ортодонтического лечения пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в частности.

Необходимо создать стандарты диагностики и оказания всех видов предоставляемых медицинских услуг. Особенности современного уровня развития ортодонтии подразумевают обязательную стандартизацию методов диагностики и ортодонтического лечения. Лучшим решением данной проблемы является использование государственных стандартов, а при их отсутствии, разработка собственных, применение которых, как показывает практика, является эффективным инструментом не только повышения качества результатов клинической работы, но и аттестации врачей-ортодонтов, а также возможное их использование при судебных разбирательствах. Наличие стандартов в ортодонтии позволяет стандартизировать подход к выбору метода лечения, прогнозировать успех проводимого лечения, оценить его адекватность и удовлетворенность им пациента, а также является одним из показателей его эффективности.

Список литературы:

1. Алимский А.В. Роль и место в организации и управление стоматологической службой страны в условиях рыночных отношений //Экономика и менеджмент в стоматологии. 2006. №1. С.14-17. 3.
2. Виноградова Е.С., Виноградов С.И., Метод оценки эффективности ортодонтического лечения, Вестник Новгородского государственного университета 2017, №3(101) стр. 78—81
3. Гуненкова И.В. Ортодонтическая помощь как один из факторов улучшения качества жизни // Стоматология.2005. Т.84. №5. С.63-66.2.
4. Дехнич С.Н., Молоканов Н.Я., Захарова З.С. и др. Влияние стоматологического здоровья на качество жизни медицинских работников Калининградской области // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2012. №7(15). С.349-362. doi: 0421200132/0381.
5. Кулаков А.А., Шестаков В.Т. Основные факторы, определяющие необходимость решения проблем экспертизы качества и управления качества оказания стоматологической помощи // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2009. №1(27). С.35-44.
6. Налбандян М.С., Тер-Погосян Г.Ю., Есаян Л.К., Казарян Э.Р. “Роль эстетики в современной ортодонтической диагностике и лечении” Проблемы Стоматологии 2018, том 14, № 3, стр. 86-90, Екатеринбург, УГМУ, РФ
7. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по использованию качества жизни в медицине. СПб.: Издательский дом «Нева»; М.: Олма-пресс Звездный мир, 2002. 320 с.
8. Тер-Погосян Г.Ю., Налбандян М.С., Тер-Погосян В.Л. Распространённость аномалий зубочелюстно-лицевой системы среди пациентов ортодонтических клиник и их мотивация к лечению. Медицинский вестник Эребуни 2005 3 (23), стр.54-56
9. Ingalill Feldmann. Satisfaction with orthodontic treatment outcome // The Angle Orthodontist. 2014. V.84. №4. P.581-587.
10. Serene A. Badran, Alaa H. Sabrah, Sofia A. Hadidi and Susan Al-Khateeb. Effect of socioeconomic status on normative and perceived orthodontic treatment need // The Angle Orthodontist. 2014. Vol.84. №4. P.588-593.

Spisok literatury:

1. Alimskij A.V. Rol’ i mesto v organizacii i upravlenie stomatologicheskoj sluzhboj strany v usloviyah rynochnyh otnoshenij //Ekonomika i menedzhment v stomatologii. 2006. №1. S.14-17. 3.
2. Vinogradova E.S., Vinogradov S.I., Metod ocenki effektivnosti ortodonticheskogo lecheniya, Vestnik Novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta 2017, №3(101) str. 78—81
3. Gunenkova I.V. Ortodonticheskaya pomoshch’ kak odin iz faktorov uluchsheniya kachestva zhizni // Stomatologiya.2005. T.84. №5. S.63-66.2.
4. Dekhnich S.N., Molokanov N.YA., Zaharova Z.S. i dr. Vliyanie stomatologicheskogo zdorov’ya na kachestvo zhizni medicinskih rabotnikov Kaliningradskoj oblasti // Sovremennye issledovaniya social’nyh problem (elektronnyj nauchnyj zhurnal). 2012. №7(15). S.349-362. doi: 0421200132/0381.
5. Kulakov A.A., SHestakov V.T. Osnovnye faktory, opredelyayushchie neobhodimost’ resheniya problem ekspertizy kachestva i upravleniya kachestva okazaniya stomatologicheskoj pomoshchi // Ekonomika i menedzhment v stomatologii. 2009. №1(27). S.35-44.
6. Nalbandyan M.S., Ter-Pogosyan G.YU., Esayan L.K., Kazaryan E.R. “Rol’ estetiki v sovremennoj ortodonticheskoj diagnostike i lechenii” Problemy Stomatologii 2018, tom 14, № 3, str. 86-90, Ekaterinburg, UGMU, RF
7. Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po ispol’zovaniyu kachestva zhizni v medicine. SPb.: Izdatel’skij dom «Neva»; M.: Olma-press Zvezdnyj mir, 2002. 320 s.
8. Ter-Pogosyan G.YU., Nalbandyan M.S., Ter-Pogosyan V.L. Rasprostranyonnost’ anomalij zubochelyustno-licevoj sistemy sredi pacientov ortodonticheskih klinik i ih motivaciya k lecheniyu. Medicinskij vestnik Erebuni 2005 3 (23), str.54-56
9. Ingalill Feldmann. Satisfaction with orthodontic treatment outcome // The Angle Orthodontist. 2014. V.84. №4. P.581-587.
10. Serene A. Badran, Alaa H. Sabrah, Sofia A. Hadidi and Susan Al-Khateeb. Effect of socioeconomic status on normative and perceived orthodontic treatment need // The Angle Orthodontist. 2014. Vol.84. №4. P.588-593.

УДК614.1

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В РЕГИОНЕ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА РОССИИ

Никифорова Н.А., Карапетян Т.А., Доршакова Н.В.
Nikiforova N.A., Karapetyan T.A., Dorshakova N.V.

ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет» Минобрнауки РФ,
185910, Республика Карелия, г. Петрозаводск, пр. Ленина д.33

ассистент кафедры семейной
медицины, общественного здоровья,
организации здравоохранения, безопасности
жизнедеятельности, медицины катастроф, к.м.н.
Тел. 89114001776
E-mail: nadusha_nikifor@mail.ru

Проведен анализ и показана взаимосвязь между первичной заболеваемостью, инвалидизацией взрослого населения, смертностью и демографическим процессами в Республики Карелия как регионе Европейского севера России в 2011-2021 гг.

Ключевые слова: *заболеваемость, смертность, инвалидность, демографические процессы, окружающая среда*

We analyzed and showed the relationship among primary disease incidence, disability of adult population, mortality and demographic processes in the Republic of Karelia as a region of the European North of Russia in 2011-2021.

Keywords: *morbidity, mortality, disability, demographic processes, environment.*

Введение

Республика Карелия располагается в Северо-западном федеральном округе и наряду с пятью другими субъектами Российской Федерации входит в состав регионов Европейского севера страны. Шесть районов республики (Костомукшский, Лоухский, Кемский, Беломорский, Сегежский, Калевальский) относятся к Арктической зоне России, что составляет порядка 38% площади региона.

В республике в 2021 г. проживало 609,1 тыс. человек постоянного населения, представленного преимущественно городскими жителями (80,2%).

Материалы и методы

Выполнено описательное обсервационное эпидемиологическое исследование на основе анализа статистических данных (ФГБУ «ЦНИИ ОИЗ» Минздрава РФ, ГБУЗ «РМИАЦ» Минздрава РК) для изучения первичной заболеваемости, инвалидизации и смертности взрослого населения РК в 2011-2021 гг., результаты которого сопоставлены с демографическими характеристиками региона (данные Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Карелия).

Результаты

Заболеваемость. При анализе первичной заболеваемости взрослого населения республики в период 2011-2020 гг. ведущую позицию стабильно занимали болезни органов дыхания (от 203,6 до 286,03 на 1000 взрослого населения) с максимальным уровнем в 2020 г. Далее в структуре пер-

вичной заболеваемости на протяжении всего рассматриваемого периода последовательно располагались травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (87,42-112,8 ‰); болезни мочеполовой системы (63,97-90,62 ‰); болезни кожи и подкожной клетчатки (47,97-62,3 ‰); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (39,75-52,08 ‰).Для большинства этих групп заболеваний минимальный уровень первичной заболеваемости приходился на 2020 г., что, скорее всего, связано со снижением обращаемости населения за медицинской помощью и ограничениями оказания плановой медицинской помощи вследствие пандемии (вспышка коронавирусной инфекции, вызванная вирусом SARS-CoV-2 и впервые зафиксированная в г. Ухань (Китай) в декабре 2019 г., 30 января 2020 г. была объявлена Всемирной организацией здравоохранения чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, а 11 марта 2020 г. – пандемией). Следует отметить высокий уровень первичной заболеваемости взрослого населения республики в целом всеми группами болезней. Отдельно следует упомянуть первичную заболеваемость новообразованиями в регионе, которая более чем на 30% превышает средний показатель по Российской Федерации. В период 2011-2020 гг. первичная заболеваемость новообразованиями в Карелии находилась в пределах 15,94-19,44 на 1000 взрослого населения с максимумом в 2019 г. В структуре общей заболеваемости взрослого населения республики, на первом месте в течение многих лет располагаются болезни системы кровообращения; болезни органов дыхания занимают вторую позицию, далее ранговые места занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни органов пищеварения и заболевания мочеполовой системы. Такая структура заболеваемости, накладываясь на демографически характеристики региона, во многом определяет характер инвалидности и причины смертности населения.

Инвалидность. В настоящее время инвалидность является одной из основных проблем органов здравоохранения и социальной защиты не только в России, но и во всем мире. По оценкам ВОЗ, около 10% населения страдают от тех или иных последствий инвалидности, которая имеет длительный и существенный характер. В Республике Карелия показатель первичной инвалидности у лиц в возрасте 18 лет и старше в 2011 г. составлял 95,6 на 10 тыс. населения соответствующего возраста, в 2020 г. – 63,2 на 10 тыс. населения соответствующего возраста. При этом в динамике в структуре инвалидности увеличивалась доля инвалидов I группы (с 16,5% в 2011 г. до 25,8% в 2019 г.) и уменьшилась – инвалидов II группы (с 49,5% в 2011 г. до 38,7% в 2019 г.).В республике уровень первичной инвалидности лиц в возрасте 18 лет и старше в течении длительного времени стабильно превышает среднероссийский, который в рассматриваемый период находился в интервале 54,6-76,6 на 10 тыс. населения соответствующего возраста. Доля инвалидов в трудоспособном возрасте от общей численности лиц, впервые признанных инвалидами,за период 2011-2020 гг. находилась в пределах 39,7–44,0%.По гендерному признаку в структуре впервые признанных инвалидами на протяжение многих лет преобладают лица мужского пола (в 2020г. – 54,6%).

За десятилетний период произошли определенные изменения и в структуре причин наступления инвалидности. Так, если в 2011 г. среди основных причин инвалидизации первые шесть ранговых мест занимали болезни системы кровообращения; злокачественные новообразования; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин; психические расстройства и расстройства поведения; болезни нервной системы, то в 2020 г. лидирующие позиции сохранили болезни системы кровообращения; злокачественные новообразования; а вот далее следовали психические расстройства и расстройства поведения; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; болезни нервной системы; болезни глаза и его придаточного аппарата (в сумме 83,2% в структуре причин).

Хотя наибольшее количество лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, в 2020 г., как и прежде, приходилось на болезни системы кровообращения, в динамике оно существенно снизилось, а также уменьшилось инвалидность от болезней костно-мышечной системы; от последствий травм, отравлений и других воздействий внешних причин. Это может быть связано с увеличением приверженности населения здоровому образу жизни, снижению заболеваемости по отдельным классам соответствующих заболеваний и повышением доступности специализированной,

в том числе и высокотехнологичной медицинской помощи. Обращает на себя внимание достаточно большая доля инвалидности вследствие злокачественных новообразований, которая была мало подвержена изменениям за рассматриваемый временной промежуток.

Смертность. Уровень смертности в период 2011-2019 гг. находился в интервале 14,2 – 15,4 случаев на 1 тыс. населения и составлял в 2019 г. 14,2 случаев на 1 тыс. населения, что было самым низким показателем с 2011 г. В 2020 г. произошел существенный рост смертности населения региона – до 16,5 на 1 тыс. населения, что связано с пандемией новой коронавирусной инфекции; подобная ситуация была отмечена и для всей Российской Федерации в целом.

Уровень смертности населения, как и ранее, остается выше среднего по округу и по стране (в 2020 г. – на 13,8%).

В структуре причин смертности населения республики, как по стране в целом, 3 первых ранговых места стабильно на протяжении 2011-2021 гг. занимают болезни системы кровообращения, новообразования и внешние причины смерти, при этом смертность от этих причин в течение десятилетий превышает средние показатели по округу и стране. Но если смертность от болезней системы кровообращения и от внешних причин в динамике снижается (соответственно с 791,7 на 100 тыс. населения в 2011 г. до 701,6 на 100 тыс. населения в 2020 г. и со 171,9 на 100 тыс. населения в 2011 г. до 113,8 на 100 тыс. населения в 2020 г.), то для смертности от новообразований такая тенденция отсутствует (224,8 на 100 тыс. населения в 2011 г. и 247,4 на 100 тыс. населения в 2020 г.). Наибольшая часть внешних причин смерти населения (порядка 70% случаев) приходится на трудоспособный возраст.

В Карелии, также, как и во многих других странах и субъектах Российской Федерации в связи с пандемией новой коронавирусной инфекции с 2019 г. начала возрастать смертность от болезней органов дыхания, вдвое превысив допандемийный уровень.

Сложившаяся ситуация связана, в том числе, с демографическими процессами, происходящими в регионе, и прежде всего – со старением населения и увеличением продолжительности жизни.

Демографические процессы. Возрастная структура населения республики относится к регрессивному типу и имеет устойчивую тенденцию к демографической «старости». Индекс молодости (представляющий отношение численности населения возрастной группы младше трудоспособного возраста к численности населения, относящегося к возрастной группе старше трудоспособного возраста) в целом по Карелии снизился с 0,83 в 2011 г. до 0,69 в 2020 г.

Если в 2011 г. жителей старше 60 лет в целом по республике было 18,9%, то в 2020 г. – уже 24,0%, (что по шкале Ж. Боже – Гарнье – Э. Россета соответствует очень высокому уровню демографической старости); старше 65 лет в 2011 г. было 12,4% населения, а в 2020 г. – 15,2% (тогда, как согласно шкале демографического старения ООН, уровень более 7% определяет «старое» население). В период 2011-2020 гг. продолжилась многолетняя тенденция по уменьшению доли лиц трудоспособного возраста (с 61,1% в 2011 г. до 54,9% в 2020 г.) на фоне увеличения населения старше трудоспособного возраста (с 22,9% в 2011 г. до 26,7% в 2020 г.).

По данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Карелия на территории региона происходит постепенное увеличение ожидаемой продолжительности жизни, как среди всего населения, так и среди мужчин и женщин: с 63,5; 57,0 и 70,8 лет в 2011 г. соответственно до 69,6; 63,7 и 75,5 лет в 2020 г., что, тем не менее, ниже, чем в среднем по России. При этом разница в ожидаемой продолжительности жизни лиц мужского и женского пола составляет порядка 11-13 лет и остается стабильной на протяжении более, чем 20 лет. Ожидаемая продолжительность жизни у городского населения на 5-6 лет больше, чем у сельского.

Безусловно, что процесс старения населения в совокупности с увеличением ожидаемой продолжительности жизни способствует возрастанию заболеваемости хроническими неинфекционными болезнями, инвалидизации и смертности населения. Так, в пожилом и старческом возрасте чрезвычайно велика частота заболеваний внутренних органов, которыми страдает более 90% лиц

данного возрастной группы. Треть всех обращений пожилых людей к врачу связана с патологией сердечно-сосудистой системы, значительна и заболеваемость онкопатологией, болезнями органов пищеварения, дыхания, почек и мочевыделительной системы. Однако нельзя игнорировать и тот факт, что при прочих равных условиях, проживание на северных территориях, подвергающее население воздействию комплекса негативных факторов окружающей среды, вносит значительный вклад в данные процессы.

Заключение. Сохранение здоровья каждого индивидуума на протяжении всей его жизни является приоритетной задачей здравоохранения. Понимание происходящих медико-демографических процессов важны как для построения и оценки соответствующих прогнозов, так и научного обоснования целого ряда мероприятий: не только медицинских, но и социально-экономических, институциональных, политических. Проведенное исследование позволят сформировать достаточно полную картину состояния здоровья населения в регионе и дает возможность выявить приоритеты для организации оздоровительных программ, реализующихся для проживающего населения. Полученные данные являются основой для планирования специальных медико-социальных мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения. Предметом отдельной научной дискуссии должен стать анализ факторов окружающей среды и механизмов их неблагоприятного воздействия на состояние здоровья проживающего в северных регионах населения.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 22-25-00204, https://rscf.ru/project/22-25-00204/

Список литературы:

1. Республика Карелия в цифрах 2012: краткий статистический сборник/ Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Карелия (Карелиястат). – Петрозаводск, 2012
2. Республика Карелия в цифрах 2016: краткий статистический сборник/ Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Карелия (Карелиястат). – Петрозаводск, 2016
3. Республика Карелия в цифрах 2021: краткий статистический сборник/ Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Карелия (Карелиястат). – Петрозаводск, 2012
4. Республика Карелия. Статистический ежегодник / Карелиястат, — Петрозаводск, 2011
5. Республика Карелия. Статистический ежегодник / Карелиястат, — Петрозаводск, 2016
6. Республика Карелия. Статистический ежегодник / Карелиястат, — Петрозаводск, 2021

Spisokliteratury:

1. RespublikaKareliyavcifrah 2012: kratkijstatisticheskijsbornik/ Territorial’nyjorganFederal’nojsluzhbygosudarstvennojstatistikipoRespublikeKareliya (Kareliyastat). – Petrozavodsk, 2012
2. RespublikaKareliyavcifrah 2016: kratkijstatisticheskijsbornik/ Territorial’nyjorganFederal’nojsluzhbygosudarstvennojstatistikipoRespublikeKareliya (Kareliyastat). – Petrozavodsk, 2016
3. RespublikaKareliyavcifrah 2021: kratkijstatisticheskijsbornik/ Territorial’nyjorganFederal’nojsluzhbygosudarstvennojstatistikipoRespublikeKareliya (Kareliyastat). – Petrozavodsk, 2012
4. RespublikaKareliya. Statisticheskijezhegodnik / Kareliyastat, — Petrozavodsk, 2011
5. RespublikaKareliya. Statisticheskijezhegodnik / Kareliyastat, — Petrozavodsk, 2016
6. RespublikaKareliya. Statisticheskijezhegodnik / Kareliyastat, — Petrozavodsk, 2021

УДК.364.444:-053.2-056.24 (575.3)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

[3]Норов З.Ш., [1]Идрисов З.М., [2]Магзумова Ф.П.

[1]Министерства здравоохранения и социальная защита Республики Таджикистан,
[2] ГУ НИИ Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Республики Таджикистан,
[3]Городской центр здоровья г. Гиссар

Магзумова Фируза Пулодовна, к.м.н., зам.директора ГУ НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, главный специалист по вопросам реабилитации МЗСЗН РТ, г. Душанбе, ул. Хувайдуллоева 270а, +992 933153473, +992 919244791, fmagzumova@mai.ru;

Идрисов Зиёдулло Миршакарвич, главный специалист Управления реформы, международных отношений и ПМСП системы здравоохранения, г.Душанбе ул. Шевченко 59, ziyodullo.idrisov@bk.ru, +992 900 20 55 15

Норов Зухуриддин Шомуродович, зам.директора Городского центра здоровья г.Гиссар, ул.И.Сомони 11, norovzuhuriddin.0008@mail.ru +992 880 084 040.

Аннотация. Авторами представлена картина состояния оказания медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями в республике, новые подходы к медицинской и социальной реабилитации детей, необходимые для предупреждения инвалидности и выработки реабилитационных программ.

Ключевые слова: *медико-социальная экспертиза, медико-социальная реабилитация, инвалидность, детская инвалидность, первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), семейный врач.*

Актуальность. Состояние здоровья преимущественно молодого населения Таджикистана, даже в труднейших для страны условия переходного к рыночным отношениям периода, всегда находилось в поле зрения государства и нарождающегося гражданского общества, поддерживаемого рядом международных правительственных и гуманитарных организаций.

В последнее время приоритетное значение придается проблеме оказания детям с ограниченными возможностями, адекватной помощи, которая принадлежит к числу наиболее важных и актуальных задач правового, социального государства.

Детская инвалидность как сложная медико-биологическая проблема, наилучшим образом решается путем ее тщательной профилактики. Вместе с этим научно-практическая деятельность службы медико-социальной экспертизы по определению инвалидности, степени ограничения возможностей, а также видов и мер по устранению препятствий на пути реабилитации детей, должна

стать основой государственных структур, для целевого предоставления им медико-социальных услуг в ПМСП, и в частности в практике семейного врача.

Правительство Республики Таджикистан принимает меры стратегического характера как на долгосрочную перспективу так и в краткосрочном пространственно временном измерении. Такими действиями являются принятие документов: Национальной Стратегии Развития Республики Таджикистан, Стратегии сокращения уровня бедности населения Республики Таджикистан, Концепции социальной защиты населения Республики Таджикистан и Конвенции ООН о правах инвалидов, реализация которых направлена на достижение Целей Развития Тысячелетия.

Новым импульсом к активизации деятельности по ее решению, явился принятый в 2010г. закон Республики Таджикистан «О социальной защите инвалидов». Его огромным достоинством стало соответствие с международными документами по правам и социальной защите лиц, ставших инвалидами, нашедших яркое отражение в специальной Конвенции ООН. Основной формой имплементации положений закона является разработка и принятие целевых региональных программ реабилитации и социальной защиты инвалидов. Одним из приоритетов Стратегии снижения уровня бедности определено формирование многоуровневой системы защиты прав ребенка.

Республика Таджикистан, как и другие страны мира, имеет определенный опыт выполнения реабилитационных программ, учитывающих национальные медицинские разработки, традиции и образ жизни населения. Однако, в современных реалиях он недостаточен и требует совершенствования за счет интеграции в международные усилия по защите прав инвалидов, прежде всего, детского возраста. Следует отметит, что основные проблемы детей-инвалидов тесно переплетаются с их психосоциальным, физиологическим и интеллектуальным состоянием, а также с развитием человеческого потенциала общества, в целом.

На современном этапе развития общества решение проблемы детской инвалидности является одним из приоритетных направлений социальной политики Республики Таджикистан.

Уровень детской инвалидности по регионам Республики Таджикистан характеризуется выраженной вариабельностью. Однако, в стране, недостаточно проводится исследований по вопросам медико-социальной реабилитации. Установлены лишь фрагментарные данные по статистической оценке распространенности и структуре детской инвалидности, причем наиболее полно дана медико-социальная характеристика детей-инвалидов лишь в крупных городах. Проблемы реабилитации детей-инвалидов в настоящее время не полностью решены. Несмотря на многочисленную сеть медицинских учреждений, выполняющих реабилитационные функции, они не представляют собой единой организованной системы, отсутствуют унифицированные программы реабилитации, критерии и методология оценки качества и эффективности мероприятий [Олимова К.С., 2015, Ш.Джамшед, 2020].

В то же время, комплексная оценка инвалидности имеет большое информационное значение для системы здравоохранения, образования и социальной защиты, поскольку позволяет определить основные направления работы в области профилактики детской инвалидности и совершенствования системы реабилитации, являющейся сложной междисциплинарной сферой деятельности, нуждающейся в эффективном управлении. Именно это и вызвало необходимость проведения данного исследования.

Все вышеизложенное определило цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования. Совершенствовать подходы к медико-социальной реабилитации детей-инвалидов в сельской местности на основе изучения медико-социальных аспектов инвалидности.

Материалы исследования. отчетно-учетные документации медико-социальных учреждений республики, а также анализ деятельности городских отделов медико-социальной экспертизы РТ.

Методы исследования: социологический, гигиенический, медико-статистический, аналитический, структурный анализ.

Результаты и их обсуждения. Динамика общей инвалидности по республике за период с 2007 по 2019 годы показывает, что общая инвалидность имеет ежегодную тенденцию к росту в сред-

нем на 4,3% -5,1%. На учете в органах социальной защиты республики состояло в начале 2012 года 26107 детей-инвалидов.

За последние 5 лет, не смотря на незначительное, малозаметное (за счет естественного прироста населения) увеличение общей инвалидности, отмечается ежегодный прирост первичной инвалидности особенно среди детей (отчеты ГСМСЭ).

Таблица 1.

Динамика детской инвалидности в Республике Таджикистан (2015-2020гг.)

Годы	Количества детей	Количества детей инвалидов	Процент детской инвалидности от общего число детского населения
2015	3 435 456	26 216	0,76
2016	3 453 381	27 176	0,78
2017	3 470 536	28 022	0,80
2018	3 490 864	28 419	0,81
2019	3 975 100	28 177	0,71
2020	4 030 100	29 793	0,74

За последние 5 лет численность детей-инвалидов варьирует от 4000 до 4689 детей-инвалидов. В городе Душанбе за этот период отмечается увеличение первично признанных детей-инвалидов от 1033до 1329 детей. В стране около 0,3% семей с детьми-инвалидами и, согласно прогнозам, уже в ближайшие 10 лет число их достигнет около полмиллиона семей. Стремительные темпы увеличения численности этой категории населения ведут к самым неблагоприятным социально-экономическим последствиям.

Динамика детской инвалидности имеет ежегодный прирост более 5% причем в 2011 году её прирост составил более 6,2% и в 2020 год в республике зарегистрировано 29793 тысяч детей инвалидов, что составляет 19,9% от общего числа инвалидов.

При рассмотрении среди нозологических форм приведших к инвалидности у детей, ведущее место занимают неврологические заболевания 34,7%, психические заболевания 13,8%., на третьем месте заболевания опорно-двигательного аппарата.

Вместе с тем социальная поддержка семей, воспитывающих детей-инвалидов, пока еще остается недостаточной (Шодихон Дж.,2019; Шестаков В.П.,2016; Лукьянов Н.Б.,2015; Гаибов А.Г.,2015; Дармодехин С.В.,1993-2005; Лильин Е.Т., 2002-2005; Доскин В.А., 2005; Карелова Г.11., 2005 и др.).

Необходимо искать новые подходы к решению проблемы социальной, защиты этой категории граждан, для чего следует изучить медико-социальные аспекты социальной адаптации семей с детьми-инвалидами. При этом должны высветиться важнейшие приоритеты государственной стратегии по проблеме детской инвалидности, как наиболее значимые для будущего суверенной страны, имеющей относительно низкий, не достойный ее индекс развития человеческого потенциала.

В Республики Таджикистан Постановлением Правительства № 455 от 28 октября 2016 года был утвержден «Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы». Одной из задач указанной программы являлось формирование условий для развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. В настоящее время разрабатывается новая программа, т.е. продолжение данной Программы, цель которых направлен на обеспечения единообразного подхода при реализации комплекса мероприятий, направленных на совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации, в том числе детей-инвалидов. Также разрабатывается отраслевая программа, которая будет включать в себя, в том числе и мероприятия по внедрению разработанных и актуализированных стандартов по социальной, социально-средовой, социально-педагогической социально-психологической и социокультурной реабилитации, социально-бытовой адаптации инвалидов.

Таким образом, в субъектах Республики Таджикистан, отмечаются свои особенности состояния и динамики детской инвалидности, социальной адаптации семей, имеющих детей-инвалидов, их взаимосвязи с показателями потребности детей-инвалидов в комплексной реабилитации, что, в конечном счете, определяет необходимость научного изучения вопросов медико-социальной реабилитации детей инвалидов в практике семейного врача.

Литература

1. Всемирный доклад об инвалидности. – ВОЗ, Женева, 2011.-28с.;
2. Ежегодный отчет “Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан”, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 годы;
3. Закон Республики Таджикистан от 19.05.2009г., №523 “О переписи населения”;
4. Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан/Постановление Маджлиси милли Маджлиси оли Республики Таджикистан, 18.05.2017г., №374, гл.2. ст.73, 74, 75;
5. Ситуационный анализ: Доклад по детям с ограниченными возможностями в Таджикистане. Ивонн Спенсер, экспертная группа по детям с ограниченными возможностями, Таджикистан национальная коомиссия по защите детства, 2003г.;
6. Ходжидавлатов Б.Т., Назаров Д., Давлатмамадова М. Современные подходы к медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов вследствие сахарного диабета. Материалы научно-практической конференции “Развитие межсекторального сотрудничества – основа профилактики инвалидности”, г.Куляб, 2013, стр. 181-195.

УДК 616-01/09

ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА МИОКАРД

THE EFFECT OF A NEW CORONAVIRUS INFECTION ON THE MYOCARDIUM

Привалов К.А. [1],
Столов С.В.[2]
Privalov K.A.,
Stolov S.V.

ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России
Россия, 194044, Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский проспект, дом 11/12

[1]Клинический ординатор кафедры терапии,
МСЭ и реабилитации № 1

[2]Зав. кафедры терапии, МСЭ и реабилитации,
д.м.н.
Тел. (905) 205-28-07
E-mail: kostus2004@list.ru

В работе представлена оценка состояния миокарда и эндокарда у пациентов с выявленной (подтвержденной) новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Задачами исследования ставились определение частоты повреждения миокарда и эндокарда у пациентов с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и установление с помощью инструментальных исследований морфофункциональных изменений, возникающих в миокарде и перикарде при коронавирусной инфекции. Результаты проведенного исследования показали, что новая коронавирусная инфекция COVID-19 приводит к поражению структур сердца – миокарда, эндокарда, перикарда. Наиболее часто выявляется утолщение стенок левого желудочка, выявляемое у 73% больных, а также диффузное нарушение сократимости миокарда левого желудочка – 21,6% случаев. Расширение восходящего отдела аорты выявляется у 27% обследуемых пациентов с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией. Поражение эндокарда в виде фиброза митрального и аортального клапанов выявлено у 40,5% больных, экссудативный перикардит и спаечный процесс в перикарде у больных коронавирусной инфекций встречается реже – в 5,4% случаев.

Ключевые слова: *новая коронавирусная инфекция, поражение миокарда, сердечно-сосудистая система*

The scientific work presents an assessment of the state of the myocardium and endocardium in patients with the identified (confirmed) new coronavirus infection COVID-19. The objectives of the study were to determine the frequency of myocardial and endocardial damage in patients with confirmed new coronavirus infection COVID-19 and to establish morphofunctional changes occurring in the myocardium and pericardium during coronavirus infection using instrumental studies. The results of the study showed that the new coronavirus infection COVID-19 leads to damage to the structures of the heart – myocardium, endocardium, pericardium. The thickening of the walls of the left ventricle is most often detected in 73% of patients, as well as a diffuse violation of the contractility of the left ventricular myocardium – 21.6% of cases. The expansion of the ascending aorta is detected in 27% of the examined patients with a confirmed new coronavirus infection. Endocardial lesion in the form of mitral and aortic valve fibrosis was detected in 40.5% of patients, exudative pericarditis and adhesions in the pericardium in patients with coronavirus infections are less common – in 5.4% of cases.

Key words: *coronavirus infection, COVID-19, myocardial disease, cardiovascular system*

Введение

Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) привела к более 225 млн подтвержденных случаев заболевания и почти 4,7 млн. смертей по состоянию на конец 2021 года. В этой связи вопросы патофизиологии COVID-19 являются приоритетными до настоящего времени. Неспецифичность и гетерогенность клинической картины COVID-19 затрудняют своевременную диагностику агрессивного течения заболевания и неизбежно приводят к быстрому прогрессированию симптомов с развитием тех или иных осложнений, нередко угрожающих жизни. К числу актуальных вопросов относится миокардиальное поражение под влиянием вируса SARS-CoV-2, выявляемое с высокой частотой у больных коронавирусной инфекцией. Согласно полученным ранее данным, SARS-CoV-2 способен вызывать повреждение кардиомиоцитов различными механизмами:

1. Прямое миокардиоцитолитическое действие вследствие миокардиальной инвазии и репликации возбудителя.
2. Клеточное повреждение циркулирующими токсинами при системной инфекции.
3. Неспецифическое клеточное повреждение вследствие генерализованного воспаления (цитокиновый «шторм»).
4. Клеточное повреждение вследствие продукции специфическими клетками или гуморальной иммунной системой факторов в ответ на воздействующий агент или вызванный неоантигенами. Среди многочисленных антигенов (сарколемма, миолемма, фибриллы, актин, миозин, Z-полоски, митохондрии и др.) самую существенную роль играют антимиолеммальные и антимиозиновые антитела.

Цель работы

Оценка состояния миокарда и эндокарда у пациентов с выявленной (подтвержденной) новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Задачи исследования

1. Определить частоту повреждения миокарда и эндокарда у пациентов с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией COVID-19.
2. Установить с помощью инструментальных исследований морфофункциональные изменения, возникающие в миокарде и перикарде при коронавирусной инфекции.

Материалы и методы

Работа выполнена на базе СПБ ГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки. Методом ультразвуковой диагностики (эхокардиографии) было обследовано 37 пациентов с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Средний возраст больных составлял 59,2 года. У всех больных была подтверждена коронавирусная инфекция COVID-19 методом полимеразной цепной реакции SARS-COV-2. В качестве контроля использовались показатели эхокардиографии пациентов без патологии сердечно-сосудистой системы.

Полученные результаты

Частота встречаемости поражения эндокарда встречалась достаточно часто: фиброзные изменения створок митрального клапанов отмечены в 4 случаях (10,8%), фиброзные изменения створок аортального клапанов – 11 случаев (29,7%). Вместе с тем, необходимо отметить, что фиброзные изменения клапанов сердца могут носить дегенеративно-дистрофический характер, не связанный с коронавирусной инфекцией. Митральная недостаточность 1-й и 2-й степени выявлена в 5 случаях (13,5%), аортальная недостаточность 1-й степени – в 6 случаях (16,2%), трикуспидальная недостаточность 2-3 ст. – в 6 случаях (16,2%). Появление этих признаков позволяет думать о миокардиальном поражении, приводящей к относительной клапанной недостаточности. Признаки легочной гипертензии выявлены у 2 больных (5,4%). Результаты наглядно представлены на рис. 1.

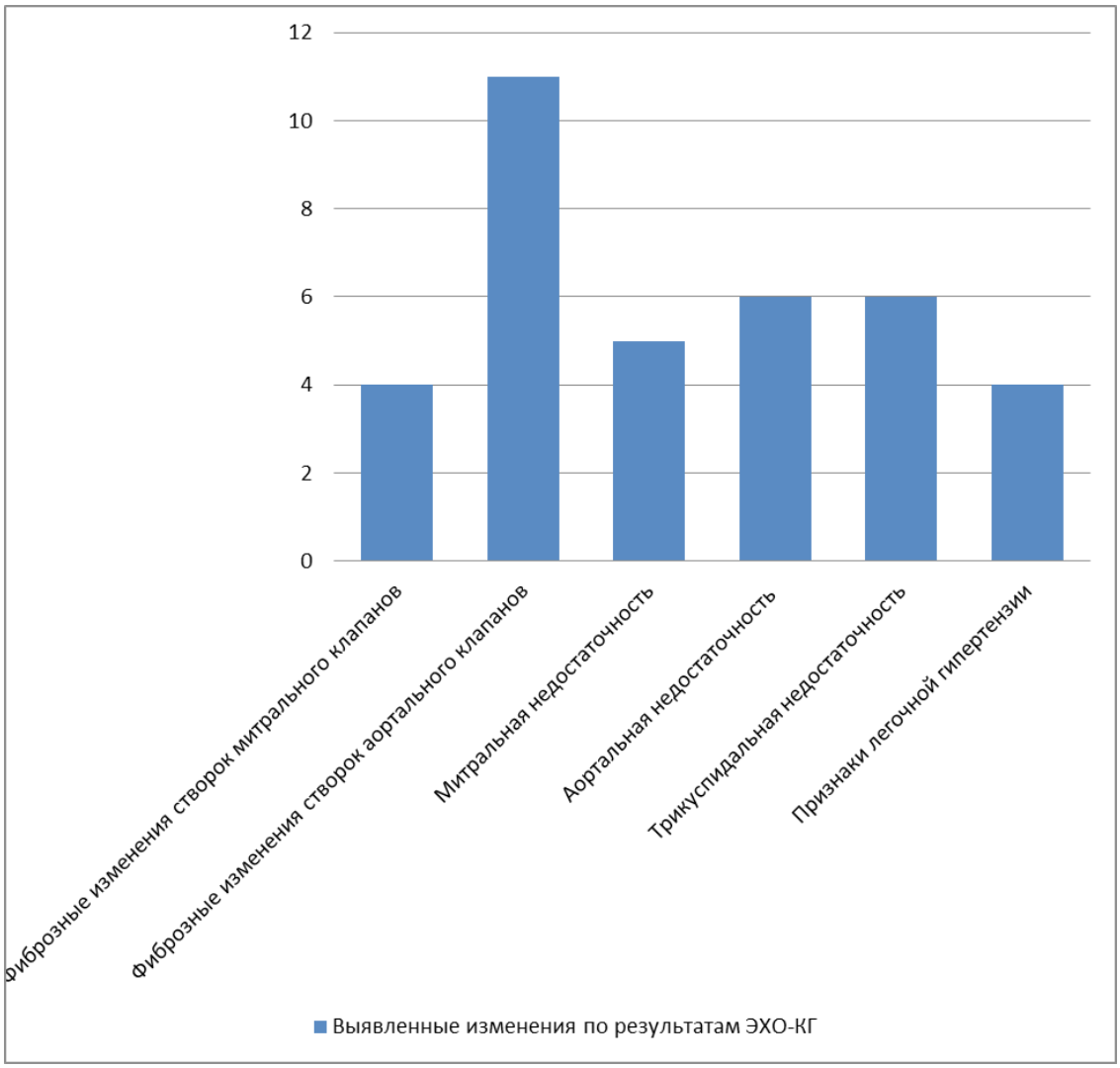


Рисунок 1. Частота случаев выявления изменений клапанной структуры сердца у пациентов с подтвержденным диагнозом новая коронавирусная инфекция COVID-19

Воспалительный процесс, характерный для новой коронавирусной инфекции, способен вовлекать большинство органов и систем. Согласно полученным нами данным признаки поражения миокарда в виде его отека встречались практически в трети случаев. Утолщение стенок левого желудочка выявлено у 11 больных (29,7%), утолщение стенки правого желудочка – в 4 случаях (10,8%). Таким образом, частота отека (утолщения) стенок левого желудочка встречалась значительно чаще, чем правого, что наглядно отражено на рис. 2.

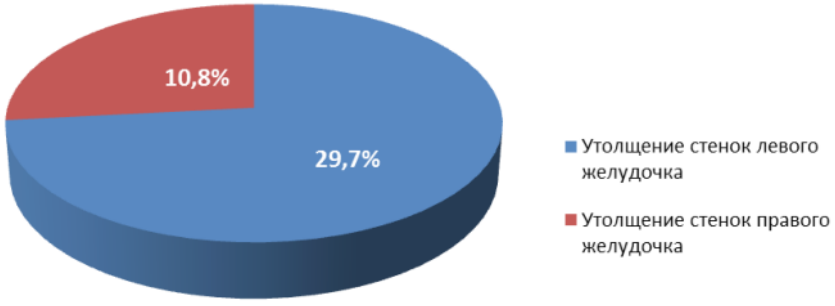


Рисунок 2. Процентное соотношение показателей утолщения стенок желудочков у пациентов с COVID-19

При оценке толщины предсердий было установлено, что утолщение стенки левого предсердия отмечено у 10 больных (27%), правого – у 2 (5,4%). Соотношение этого показателя в процентах представлено на рис. 3.

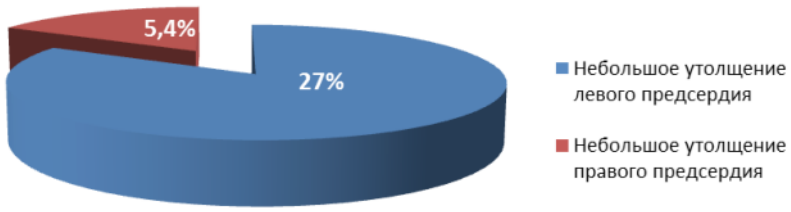


Рисунок 3. Процентное соотношение выявленных показателей утолщения стенок предсердий у пациентов COVID-19

Расширение восходящего отдела аорты было выявлено у 10 пациентов (27%), в то время как расширение ствола легочной артерии в 2 случаях (5,4%). Результаты представлены на рисунке 4. Учитывая тропность вируса к легочной ткани, мы ожидали увидеть другое соотношение с преобладанием расширения легочной артерии вследствие легочной гипертензии, характерной для новой коронавирусной инфекции. Признаки легочной гипертензии в нашем исследовании были выявлены у 4 пациентов (10,8%).

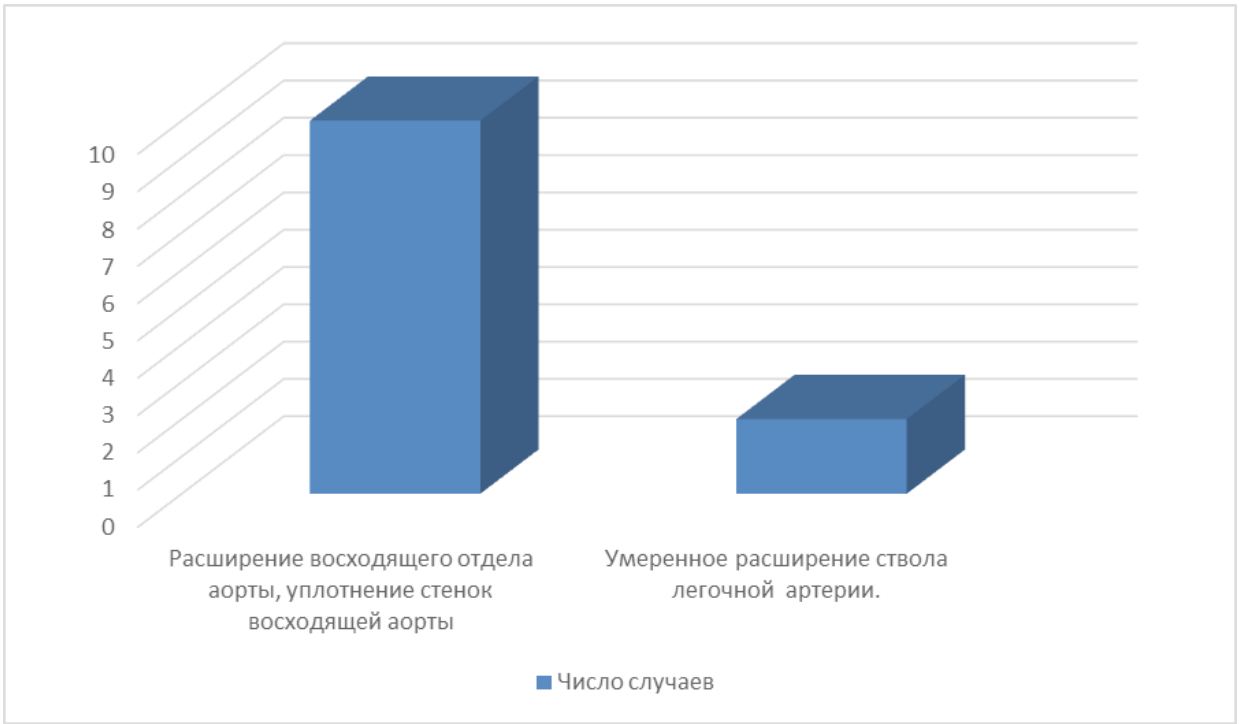


Рисунок 4. Изменения размеров легочного ствола и восходящего отдела аорты

Количество жидкости в перикарде, превышающее стандартное (до 2 мм), выявлено у 2 больных (5,4%). Спаечный процесс в полости перикарда отмечен у одного больного.

Отражением миокардиального поражения сердца, по данным большинства авторов, служит снижение сократительной способности миокарда желудочков. В нашем исследовании снижении фракции выброса отмечено в значительном проценте случаев, что отражено на рис. 5. Так, глобальная сократительная способность левого желудочка оказалась сниженной у 8 больных (21,6%), локальная – у 8 (21,6%); бивентрикулярная – у 6 больных (16,2%).

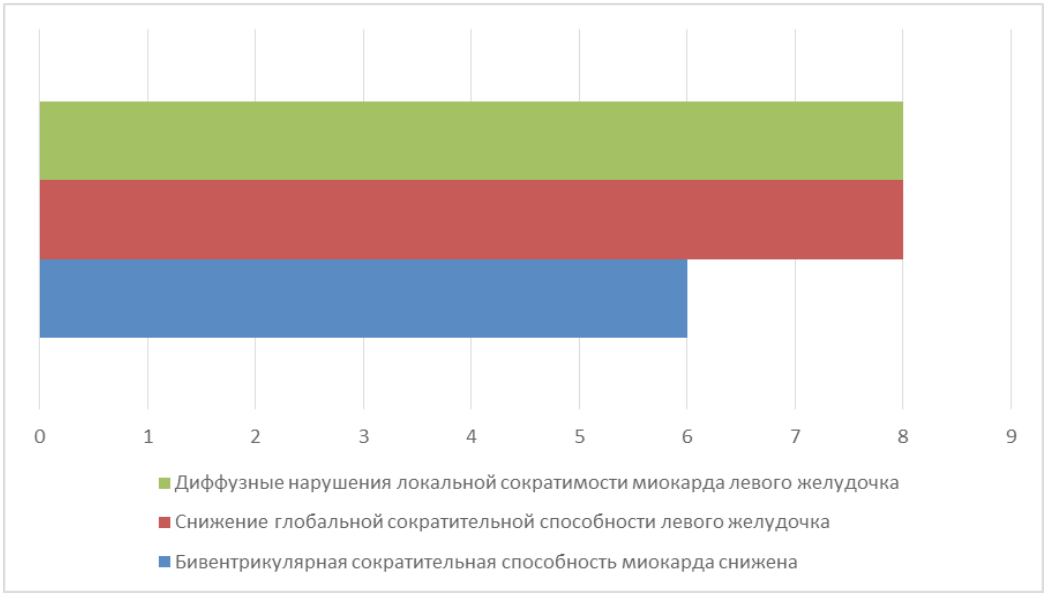


Рисунок 5. Количество пациентов с измененной сократительной способностью миокарда у пациентов с COVID-19

Выводы

Новая коронавирусная инфекция COVID-19 приводит к поражению структур сердца – миокарда, эндокарда, перикарда. Наиболее часто выявляется утолщение стенок левого желудочка, выявляемое у 73% больных, а также диффузное нарушение сократимости миокарда левого желудочка – 21,6% случаев. Расширение восходящего отдела аорты выявляется у 27% обследуемых пациентов с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией. Поражение эндокарда в виде фиброза створок митрального и аортального клапанов установлено у 40,5% больных. Поражение перикарда выявляется у больных коронавирусной инфекций реже (5,4**%** случаев).

Список литературы:

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Миокардиты» Москва 2020 г.
2. Диагностика и лечение миокардитов. Проект клинических рекомендаций // Евразийский кардиологический журнал. – 2019. – № 2. – С. 22-44.
3. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. COVID-19 Dashboard. https://coronavirus.jhu.edu/map.html (22 September 2021)
4. Siropaides CH, Sulistio MS, Reimold SC. Crucial Conversations With Patients in the Era of COVID-19. Circulation. 2020 Jul 21;142(3):191-193. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047374. Epub 2020 May 6. PMID: 32374630; PMCID: PMC7365678.
5. Collaborative Consortium and LEOSS Study Group, Clinical presentation, disease course, and outcome of COVID-19 in hospitalized patients with and without pre-existing cardiac disease: a cohort study across 18 countries, European Heart Journal, 2021, ehab656, https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab656

Spisok literatury:

1. Ministerstvo zdravooxraneniya Rossijskoj Federacii. Klinicheskie rekomendacii «Miokardity`» Moskva 2020 g.
2. Diagnostika i lechenie miokarditov. Proekt klinicheskix rekomendacij // Evrazijskij kardiologicheskij zhurnal. – 2019. – № 2. – S. 22-44.
3. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. COVID-19 Dashboard. https://coronavirus.jhu.edu/map.html (22 September 2021)
4. Siropaides CH, Sulistio MS, Reimold SC. Crucial Conversations With Patients in the Era of COVID-19. Circulation. 2020 Jul 21;142(3):191-193. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047374. Epub 2020 May 6. PMID: 32374630; PMCID: PMC7365678
5. Collaborative Consortium and LEOSS Study Group, Clinical presentation, disease course, and outcome of COVID-19 in hospitalized patients with and without pre-existing cardiac disease: a cohort study across 18 countries, European Heart Journal, 2021, ehab656, https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab656

УДК 616-053.9

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ И ОБРАТИМОСТЬ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ВОЗМОЖНОСТИ ТАРГЕТНЫХ ПРОГРАММ

REHABILITATION OF ELDERLY PATIENTS AND REVERSIBILITY OF BIOLOGICAL AGE: THE POSSIBILITIES OF TARGETED PROGRAMS

Сагинбаев У.Р.
Saginbaev U.R.

ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины»
Россия, 197376, Санкт-Петербург,
ул. Академика Павлова, дом 12
Аспирант отдела биохимии
Тел.: 89061014350
E-mail: starosta-mpf@mail.ru

Ахмедов Т.А.
Akhmedov T.A.

АННО ВО НИЦ «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии»
Россия, 197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, дом 3
К.м.н., с.н.с. отдела клинической геронтологии
Тел.: 88122300049
E-mail: timaxm@mail.ru

Научный руководитель:
Рукавишникова С.А.
Rukavishnikova S.A.

АННО ВО НИЦ «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии»
Россия, 197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, дом 3
Д.б.н., в.н.с. отдела клинической геронтологии
Тел.: 88122300049
E-mail: kdlb2@yandex.ru

В данной работе разработана и обоснована таргетная реабилитационная программа, основанная на нутритивном сопровождении стандартных методов профилактики и коррекции патофизиологического геронтологического континуума. Установлено, что разработанная программа способна влиять на показатели, характеризующие биологический возраст: цитокиновый профиль, оксидативный статус.

Ключевые слова: *патофизиологический геронтологический континуум, таргетная реабилитация, биологический возраст.*

In this work, a targeted rehabilitation program based on nutritive support of standard methods for preventing and correcting the pathophysiological gerontological continuum has been developed and substantiated. It was established that the developed program is able to influence the indicators characterizing biological age: cytokine profile, oxidative status.

Key words: *pathophysiological gerontological continuum, targeted rehabilitation, biological age.*

Актуальность. Патофизиологический геронтологический континуум (ПГК) – достаточно новый термин в области геронтологии и гериатрии, который обозначает наличие причинно-следственных связей в сочетании гериатрического синдрома с общесоматическим заболеванием. К наиболее распространенным гериатрическим синдромам принято относить саркопению, которая характеризуется прогрессирующей потерей мышечной массы у людей пожилого и старческого возраста [1]. Доказано, что патофизиологический геронтологический континуум значительно снижает качество жизни лиц старшей возрастной группы [2]. Особая значимость выработки стратегий в области геронтологии и гериатрии подчеркивается в поручениях Президента России В.В. Путина, а также в распоряжениях Правительства Российской Федерации №164-р от 05.02.2016 и №2539-р от 29.11.2016, в которых указывается необходимость разработки целого комплекса мер, направленных на стимулирование активного долголетия, улучшение качества жизни, использование знания, опыта и трудового потенциала старшего поколения как важного ресурса экономического роста страны.

Цель исследования: разработать и обосновать таргетные программы реабилитации при сочетании артериальной гипертензии и саркопении (ПГК).

Материалы и методы. Для оценки эффективности целевых реабилитационных программ (ЦРП) проведено проспективное, контролируемое исследование, в ходе которого методом случайного отбора было сформировано две группы людей: контрольная (n=61, возраст 65 лет – 74 года, средний возраст 69,4±1,2 года, мужчин – 31 чел., женщин – 30 чел.), данные люди получали стандартные программы профилактики и реабилитации; исследуемая (n=62, возраст 65 – 74 года, средний возраст 69,3±1,2 года), данные люди получали ЦРП. Дизайн исследования согласован с локальным этическим комитетом, пациенты дали информированное согласие.

Подбор компонентов ЦРП проводился методом insilico с помощью виртуального скрининга в сервисе прогнозирования спектра активности веществ, основывающегося на алгоритме общей неограниченной взаимосвязи между структурой и активностью. Данный сервис является «инструментом» для виртуальной хемогеномики, позволяющим идентифицировать insilico наиболее вероятные лиганды для известных мишеней и наиболее вероятные мишени для известных лигандов, а также предсказывать эффекты, обусловленные взаимодействием конкретных лигандов с конкретными мишенями. Эффективность ЦРП оценивалась перед началом исследования и через 3 месяца применения программ по следующим параметрам: цитокиновый профиль, оксидативный статус, оценка качества жизни по опроснику SF-36.

Результаты и обсуждение. В стандартную программу коррекции и реабилитации ПГК входят следующие мероприятия:

1. Определение силы кисти с помощью динамометра.

2. Реабилитационно-превентивные мероприятия по снижению гипомобильности (аэробные нагрузки средней интенсивности 150 минут в неделю, не менее 10 минут в день; упражнения для укрепления основных мышечных групп 3 дня в неделю; упражнения на баланс 3 раза в неделю).

В рамках выполнения исследования было предложено дополнить данную программу средствами нутрицевтической поддержки, отобранные методом компьютерной хемогеномики. Такому набор веществ в наилучшей степени соответствует Фрезубин® (Германия), которая содержит мальтодекстрин; молочный белок (казеин); соевый белок; рыбий жир (с соевым лецитином); микроэлементы; витамин А; β-каротин; витамин Е; витамин D3; витамин С; витамин В1; витамин В2; витамин В6, витамин В12; ниацин; фолиевая кислота; пантотеновая кислота; витамин К1; биотин, а также препараты витамина D.

Внедрение ЦРП продемонстрировало, что через 3 месяца достоверно улучшились показатели, отражающие процессы инфламейджинга: так, снизился уровень фактора некроза опухоли в 1,4 раза, что в 1,3 раза ниже по сравнению с контрольной группой, снизился уровень интерлейкина 1 бета в 1,5 раза, что в 1,6 раза ниже по сравнению с контрольной группой, повысился уровень интерлейкина 4, который относится к противовоспалительным в 1,4 раза, что в 1,4 раза выше по сравнению с контрольной группой, $p<0,05$ между показателями до и через 3 месяца применения таргетных программ реабилитации при сочетании артериальной гипертензии и саркопении, $p<0,05$ между

показателями контрольной и основной групп через 3 месяца (таблица 1). Достоверного изменения соотношения уровней экспрессии CD4/CD8 и уровня С-реактивного белка обнаружено не было.

Таблица 1

Цитокиновый профиль при реализации ЦРП при ПГК (M±m)

Показатель	Контрольная группа (n=61)		Основная группа (n=62)	
	До	Через 3 месяца	До	Через 3 месяца
Фактор некроза опухоли - альфа (пг/мл)	239,5±1,7	226,1±1,7	234,5±1,8	171,5±1,4 *,**
Интерлейкин 1 бета (пг/мл)	275,1±1,6	271,2±1,6	267,3±1,3	177,1±1,4 *,**
Интерлейкин 4 (пг/мл)	5,4±0,5	5,1±0,5	5,2±0,5	7,5±0,3*,**

*p<0,05 между показателями до и через 3 месяца;
**p<0,05 между показателями контрольной и основной групп.

После применения ЦРП через 3 месяца достоверно улучшились показатели оксидативного статуса. Снизился уровень глютатионпероксидазы в эритроцитах в 1,4 раза, что в 1,3 раза ниже по сравнению с контрольной группой, снизился уровень свободных жирных кислот в 1,6 раза, что в 1,5 раза ниже по сравнению с контрольной группой, снизился уровень перекисного окисления в 1,2 раза, что в 1,1 раза ниже по сравнению с контрольной группой, p<0,05 между показателями до и через 3 месяца применения таргетных программ реабилитации при ПГК, p<0,05 между показателями контрольной и основной групп через 3 месяца (таблица 2).

Таблица 2

Динамика показателей оксидативного статуса в процессе реализации ЦРП при ПГК (M±m)

Показатель	Контрольная группа (n=61)		Основная группа (n=62)	
	До	Через 3 месяца	До	Через 3 месяца
Глютатионпероксидаза в эритроцитах (Ед/л)	233,2±1,8	224,3±1,8	231,2±1,8	159,6±1,7*,**
Свободные жирные кислоты (мг-экв/л)	268,1±1,2	258,1±1,2	275,2±1,2	183,1±1,8*,**

*p<0,05 между показателями до и через 3 месяца;
**p<0,05 между показателями контрольной и основной групп.

На основании анализа динамики структуры саркопении установлено, что применение ЦРП при ПГК приводит к снижению рисков развития саркопении до 19,5%, что сопровождается улучшением качества жизни, связанного со здоровьем.

Заключение. Таким образом, включение ЦРП в стандартную программу профилактики и коррекции ПГК позволяет подавлять процессы инфламэйджинга, уменьшать выраженность оксидативного стресса, подавлять продукцию патологически активных биологических молекул адипоцитами. Данные аспекты способны корректировать фактический биологический возраст человека и, как следствие, повышать качество жизни людей пожилого и старческого возраста.

Список литературы:

1. Ильницкий А.Н., Королева М.В., Шарова А.А., Кудашкина Е.В., Резник А.В., Бородулин А.В., Белоусова О.Н. Гипомобильность - фактор снижения социализации и качества жизни у пациентов старшего возраста с сердечно-сосудистой патологией // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. - №4. – С. 115-126.
2. Подобед И.В., Прощаев К.И., Ахмедов Т.А., Рукавишников А.С., Коваленко О.Ю. Гериатрические аспекты течения хронической сердечной недостаточности // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. - №1. – С. 303-325.

Spisok literatury:

1. Il’nickij A.N., Koroleva M.V., Sharova A.A., Kudashkina E.V., Reznik A.V., Borodulin A.V., Belousova O.N. Gipomobil’nost’ - faktor snizhenija socializacii i kachestva zhizni u pacientov starshego vozrasta s serdechno-sosudistoj patologiej // Sovremennye problemy zdravoohranenija i medicinskoj statistiki. – 2019. - №4. – S. 115-126.
2. Podobed I.V., Proshhaev K.I., Ahmedov T.A., Rukavishnikov A.S., Kovalenko O.Ju. Geriatricheskie aspekty techenija hronicheskoj serdechnoj nedostatochnosti // Sovremennye problemy zdravoohranenija i medicinskoj statistiki. – 2021. - №1. – S. 303-325.

УДК 616-06+616.34-006

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2015-2019ГГ.

DYNAMICS OF PRIMARY DISABILITY DUE TO COLORECTAL CANCER IN THE UDMURT REPUBLIC FOR 2015-2019

Серянова Н.М.[1,2], Спиридонова В.С.[1],
Seryanova N.M.[1,2], Spiridonova V..S.[1]

[1] ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России,
194044 г. Санкт-Петербург, Б.Сампсониевский пр.11/12,

зав. кафедрой хирургии, медико-социальной
экспертизы и реабилитации, тел.+79052272636,
e- mail: verushas@inbox.ru

[2] ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России,
194044 г. Санкт-Петербург, Б.Сампсониевский пр.11/12,

заочный аспирант кафедры хирургии,
медико-социальной экспертизы и реабилитации,
тел.+79828190948,
e- mail: in5868@yandex.ru

Изучение динамики первичной инвалидности вследствие колоректального рака обусловлено ростом числа заболевших раком данной локализации, в связи с чем возникает необходимость более углубленного научного исследования закономерностей формирования заболеваемости и инвалидности данного контингента больных. В статье проанализированы данные первичной инвалидности вследствие колоректального рака в Удмуртской Республике среди взрослого населения в динамике за 5 лет (2015-2019гг.).

Ключевые слова: *первичная инвалидность, колоректальный рак.*

The study of the dynamics of primary disability due to colorectal cancer is due to the increase in the number of cancer patients of this localization, which necessitates a more in-depth scientific study of the patterns of morbidity and disability of this contingent of patients. The article analyzes the data of primary disability due to colorectal cancer in the Udmurt Republic among the adult population in dynamics over 5 years

Key words: *primary disability, colorectal cancer.*

За прошедшее время отмечается устойчивый рост заболеваемости колоректальным раком. По данным ВОЗ рак толстой и прямой кишки занял 3 место (1,93 миллионов случаев) среди онкологических заболеваний в 2020 году и стал одной из наиболее распространённых причин смерти от онкологических заболеваний в 2020 году уступив первое место раку легкого (1,8 миллионов случаев смерти от рака легкого и 935 000 случаев смерти от рака толстой и прямой кишки). Заболеваемость злокачественными новообразованиями с 14,1 млн в 2012 году возросла до 18,1 мл в 2018 году. По

прогнозам, число случаев заболевания от рака будет продолжать расти до 22 млн в следующем десятилетии [1].

В 2019 г. в Российской Федерации впервые в жизни выявлен 640 391 случай злокачественных новообразований. Прирост данного показателя по сравнению с 2018 г. составил 2,5%.[2]

В Удмуртской республике ежегодно заболевают злокачественными новообразованиями около 6000 человек и умирает от рака около 2700 человек. Совокупный показатель заболеваемости колоректальным раком в УР в 2017 году составлял 52,6% на 100 тыс. населения, в 2016 году – 49,9%, что сохраняет эту локализацию на втором месте в общей структуре заболеваемости. По данным Удмуртстата[3] первичная инвалидность вследствие рака кишечника занимает 1 место и составляет 18,1% от общего числа впервые признанных инвалидами со злокачественными новообразованиями

Актуальность изучения инвалидности у пациентов вследствие колоректального рака определяется ростом показателей заболеваемости по Удмуртской Республике и недостаточной эффективностью оказываемой медицинской помощи, реабилитации, что обусловило изучение этой проблемы.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили данные протоколов и актов проведения МСЭ граждан в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие злокачественных новообразований кишечника и формы федерального государственного статистического наблюдения №7 (собес) по УР за период 2015-2019гг.

Результаты. Общее число впервые признанных инвалидами (ВПИ) за 5 лет составило 1981 человек, средний возраст 63 года, из них мужчин - 971, женщин – 1010. Им были проведены операции: резекции кишечника с наложением кишечных анастомозов – 715, резекции кишечника с наложением стом – 542, брюшно-промежностные экстирпации прямой кишки – 190, паллиативные операции с наложением стом (колоностомии) – 200.

Показатели первичной инвалидности вследствие колоректального рака в динамике с 2015 по 2019гг по Удмуртской Республике представлены в табл.1

Таблица 1

Впервые признанные инвалидами вследствие злокачественных новообразований в Удмуртской Республике за 2015-2019 гг.

	2015		2016		2017		2018		2019	
	Абс. число	**%**	**Абс. число**	**%**	**Абс. число**	**%**	**Абс. Число**	**%**	**Абс. число**	**%**
Всего инвалидов со ЗНО	2349	100	2217	100	2210	100	2136	100	2107	100
Из них: с колоректальным раком (С18-С20)	429	**18,3**	375	**16,9**	400	**18,1**	389	**18,2**	388	**18,4**

Как видно из таблицы, число ВПИ с колоректальным раком составило в среднем 18%, с небольшим снижением в 2016 году 16,9%.

---

1 МАИР, официальный сайт в открытом доступе: https://iarc.fr.

2 Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность/ Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. − М.: МНИОИ им. П.А. Герцена − филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, − 2020.

3 Удмуртстат.

В течении 5 лет с 2015 по 2019гг колоректальный рак в структуре инвалидности вследствие онкологических заболеваний среди взрослого населения УР стойко занимает первое место.

Среди пациентов с колоректальным раком, представленных на медико-социальную экспертизу (МСЭ) с 2015 по 2019 гг в среднем у 47% пациентов имелись кишечные стомы (2015 г. – 45,7%, 2016 г. - 44,8%, 2017 г. - 54,2%, 2018 г. – 46,5%, 2019 г.- 43,8%). Из общего числа пациентов, которым были выполнены операции с наложением кишечных стом, у 42,7% стомы неустранимые.

Среди впервые признанными инвалидами вследствие КРР с небольшим преимуществом преобладали лица женского пола в 2015 (53,6%) и в 2019 (52,3%), в 2016 и 2018г этот показатель был одинаков среди мужчин и женщин, в 2017 году с данной патологией превалировало мужское население (51,5%)

В динамике за 5 лет у данной группы пациентов прослеживается стабильность возрастной структуры – превалируют лица пенсионного возраста (табл 2).

Таблица 2

Распределение по возрасту впервые признанных инвалидов вследствие колоректального рака

	2015		2016		2017		2018		2019	
	Абс. число	**%**	**Абс. число**	**%**	**Абс. число**	**%**	**Абс. число**	**%**	**Абс. число**	**%**
Трудоспособный возраст	120	**27,9**	115	**30,7**	106	**26,5**	107	**27,5**	85	**21,9**
Пенсионный возраст	309	**72,1**	260	**69,3**	294	**73,5**	282	**72,5**	303	**78,1**

Количество пациентов, проживающих в городском поселении с впервые установленной инвалидностью вследствие колоректального рака превышают сельское.

При первичном освидетельствовании у пациентов с КРР чаще устанавливается 2 группа инвалидности (64%), в среднем в 32,5 % случаев 1 группа, реже 3 группа – 3,5% случаев. (табл 3).

Таблица 3

Структура групп инвалидности среди ВПИ вследствие колоректального рака

	2015		2016		2017		2018		2019	
	Абс. число	**%**	**Абс. число**	**%**	**Абс. число**	**%**	**Абс. число**	**%**	**Абс. число**	**%**
1 группа	169	**39,4**	121	**32,3**	121	**30,3**	116	**29,8**	119	**30,7**
2 группа	251	**58,5**	242	**64,5**	264	**66**	252	**64,8**	257	**66,2**
3 группа	9	**2,1**	12	**3,2**	15	**3,7**	21	**5,4**	12	**3,1**

В динамике распределения первичной инвалидности вследствие КРР в течении 5 лет стабильна, преобладает 2 группа инвалидности.

Выводы:

Первичная инвалидность вследствие колоректального рака с 2015 по 2019гг в Удмуртской республике остается стабильной и занимает первое место в структуре инвалидности вследствие онкологический заболеваний.

Количество пациентов с кишечными стомами среди пациентов с кишечными стомами среди пациентов с КРР остается высоким и составляет в среднем 47%.

В структуре первичной инвалидности среди пациентов с КРР преобладает 2 группа инвалидности.

В гендерной структуре ВПИ среди взрослого населения УР за период с 2015 по 2018г превалируют лица женского пола.

В возрастной структуре у анализируемой группы пациентов преобладают лица пенсионного возраста от 72,1% в 2015 до 78,1% в 2019 г.

Список литературы:

1. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность/ Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. − М.: МНИОИ им. П.А. Герцена − филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, − 2020.
2. МАИР, официальный сайт в открытом доступе: https://iarc.fr.
3. Удмуртстат.

Spisok literatury:

1. Malignant neoplasms in Russia in 2019 (morbidity and mortality / Edited by A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, A.O. Shakhzadova. - M.: MNIOI named after P.A. Herzen - branch of the Federal State Budgetary Institution «NMITs Radiology» of the Ministry of Health of Russia, - 2020.
2. IARC, official website in the public domain: https://iarc.fr.
3. Udmurtstat.

УДК 616.3-008.1

ПРЕДИКТЫ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

PREDICTS OF PATHOLOGY OF THE DIGESTIVE SYSTEM IN MEDICAL STUDENTS

Сопубекова А.А.
Югай А.А.
Sopubekova A.U.
Iugai A.A.

Сопубекова А.А.
Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева
Кыргызстан, 720020, Бишкек, ул. И.Ахунбаева, 92
Клинический ординатор кафедры клинической реабилитологии и физиотерапии
Тел. +996703108818
E-mail: aikanusonbekovna@gmail.com

Югай А.А.
Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева
Кыргызстан, 720020, Бишкек, ул. И.Ахунбаева, 92
Ассистент кафедры клинической реабилитологии и физиотерапии
Тел. +996553347123
E-mail: antoninanovikova.555@mail.com

Сманова Дж.К., научный руководитель
Smanova D.K., Scientific Supervisor
Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева
Кыргызстан, 720020, Бишкек, ул. И.Ахунбаева, 92
Заведующая кафедрой клинической реабилитологии и физиотерапии,
Кандидат медицинских наук, доцент
Тел. +996555806578
E-mail: janglsmanova@mail.com

Методом сплошного анкетирования у студентов-медиков шестого курса выявлены 11,63% случаев выраженных по интенсивности симптомов поражения желудочно-кишечного тракта. Выводы: молодые люди в силу жизненной неопытности не всегда внимательны к своему здоровью, поэтому может быть упущено начало возможного заболевания даже у студентов-медиков выпускного курса; в целях первичной профилактики студенты нуждаются в периодическом проведении различных скрининг-тестов, и в первую очередь самым доступным способом - анкетированием.

Ключевые слова: *заболевания органов пищеварения, предикты заболеваний, боль в животе, расстройство пищеварения, первичная профилактика заболеваний, студенты-медики*

By the method of continuous questioning in medical students of the sixth year, 11.63% of cases of symptoms of damage to the gastrointestinal tract expressed in intensity were revealed. Conclusions: young people, due to life inexperience, are not always attentive to their health, so the onset of a possible disease may be missed even in medical students of the final year; For the purpose of primary prevention, students need periodic conduct of various screening tests, and first of all the most affordable way - questionnaires.

Keywords: *diseases of the digestive system, predicts of diseases, abdominal pain, indigestion, primary prevention of diseases, medical students*

Двадцать первый век меняет многие аспекты в жизни отдельного человека и общества в целом. Несомненные успехи медицины прошлого столетия в увеличении продолжительности жизни человека предрасполагают в нынешнее время развитие следующего направления – повышение качества жизни человека. С этой точки зрения первичная профилактика различных заболеваний должна быть ранней (в молодом возрасте), включающей разные факторы жизнедеятельности (режим дня, физическая активность, рацион питания и т.п.), а также регулярные медицинские осмотры с целью выявления патологии еще на этапе предиктов.

Как известно, одними из распространенных заболеваний являются желудочно-кишечные [1, 2, 3], среди которых раньше по возрасту регистрируются поражения функционального характера (функциональная диспепсия и синдром раздраженного кишечника), существенно ухудшающие качество жизни пациентов [4, 5, 6].

Целью **нашего исследования** явилось изучение возможности раннего выявления у лиц молодого возраста симптомов поражения одних из распространенных заболеваний – желудочно-кишечных на этапе предиктов.

Материалы и методы исследования. В нашей работе была рассмотрена особая группа – студенты медицинской академии шестого курса, т.к. в силу многих факторов (большая загруженность учебой, достаточно стрессовая атмосфера медицинского вуза, частые случаи недосыпания, снижение двигательной активности, нарушение рационального режима дня, культуры питания и ее приемов, финансовые и жилищные неурядицы) они являются наиболее подверженными такому риску [7,8]. Проведено письменное анкетирование. При составлении вопросов анкеты из проведенного нами тематического анализа научной литературы за последние 10 лет наиболее подходящим выбрали методику оценки клинических симптомов поражения желудка и кишечника наших коллег из «Первого Московского государственного медицинского университета им И.М. Сеченова» Минздрава РФ – «Опросник «7×7», составленного группой авторов: В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, Е.А. Полуэктова и др. [9, 10].

Упомянутый опросник базируется на описании 7 основных клинических симптомов (наличие и выраженность) за последние 7 дней: 1) боль в эпигастрии; 2) чувство жжения в проекции желудка; 3) чувство переполнения в проекции желудка после еды; 4) раннее насыщение (возникает раннее чувство сытости); 5) боль в животе, уменьшающаяся после опорожнения кишечника; 6) вздутие живота; 7) нарушение консистенции и/или частоты дефекаций. Наличие симптома: нет – 0 баллов, 1 день в неделю – 1 балл, 2–3 раза в неделю – 2 балла, ежедневно – 3 балла, несколько раз в день – 4 балла. Определение интенсивности симптома: 1 балл — незначительная, 2 балла – умеренно выраженная, 3 балла — выраженная. Частота дефекаций реже 3 раз в неделю оценивается в 5 баллов; чаще 3 раз в неделю — соответственно количественной оценке частоты возникновения жалоб. При подсчете баллы, отражающие наличие симптома и его интенсивность, суммируются, полученные баллы относительно каждого симптома также суммируются. Итоговая оценка: 0-1 – здоров; 2-6 - пограничное расстройство; 7-12 - легкое расстройство; 13-18 - умеренно выраженное расстройство; 19-24 - выраженное расстройство; 25 и более - тяжелое расстройство.

В исследование вошли учащиеся 10 групп подряд, считающие себя здоровыми. Критериями исключения были наличие хронических заболеваний, беременность, кормящие матери. Всего приняли участие 86 студентов – 50 парней (58,1%) и 36 девушек (42,9%) в возрасте от 22 до 28 лет (средний возраст составил 24,75±0,42 года). Заполнялась анкета самими обследуемыми. Все студенты - участники анкетирования подписали бланк информированного согласия на участие в исследовании. Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере с использованием табличного редактора Microsoft Excel-2021.

Полученные результаты. У одной пятой части студентов-медиков старших курсов (19 человек – 22,09%) не выявлено ни одного симптома вообще (диаграмма 1), а в сумме с количеством случаев по 1 баллу (5 человек) составило 24 студента (27,91%). Сумма баллов от 2 до 6 зарегистрирована у 29 человек (33,72%), от 7 до 12 баллов – у 23 человек (26,74%), от 13 до 18 баллов – у 7 человек (8,14%), от 19 до 24 баллов – у 2 человек (2,33%) и 1 случай (1,18%) с максимальным количеством - 25 баллов.

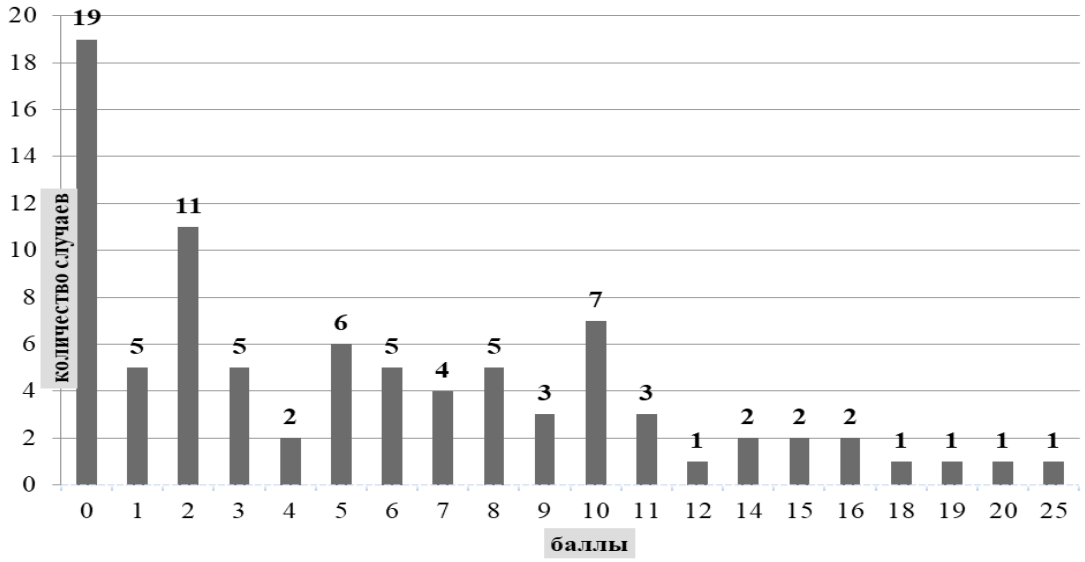


Диаграмма 1. Количество выявленных случаев по сумме баллов

В дальнейшем, при оценке выраженности симптомов у основной части студентов (76 человек или 88,37%) выявлены полное их отсутствие или незначимая интенсивность (диаграмма 2): здоровы 24 человека (27,91%), пограничное расстройство у 29 человек (33,72%) и легкое расстройство у 23 человек (26,74%). У 10 студентов-медиков (11,63%) обнаружены тревожные признаки: умеренное расстройство у 7 человек (8,14%), пограничное у 2 человек (2,33%) и тяжелое у 1 человека (1,16%).

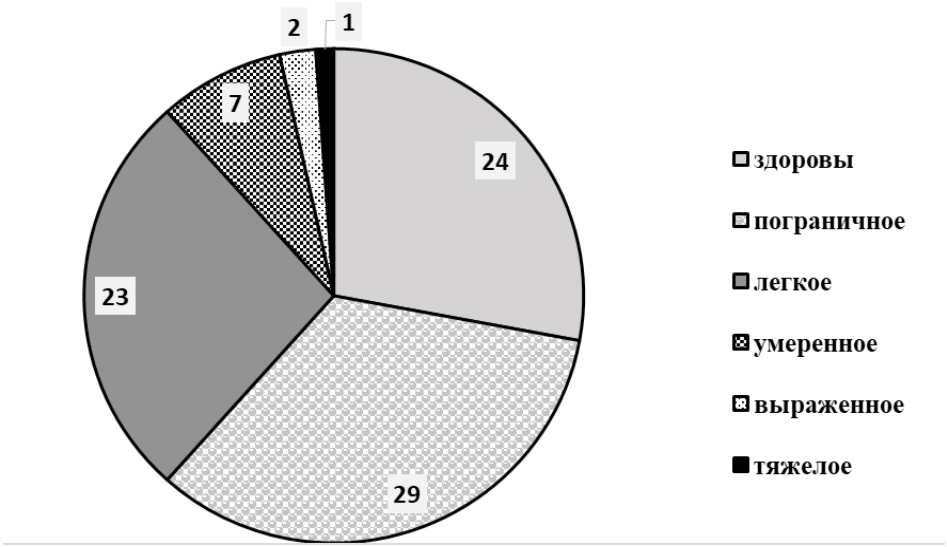


Диаграмма 2. Частота случаев по степени расстройств.

Таким образом, методом сплошного анкетирования у студентов-медиков шестого курса выявлены 11,63% случаев выраженных по интенсивности симптомов поражения желудочно-кишечного тракта. Несомненно, этим молодым людям необходимо в ближайшее время обратиться к врачу-гастроэнтерологу.

Выводы: молодые люди в силу жизненной неопытности не всегда внимательны к своему здоровью, поэтому может быть упущено начало возможного заболевания даже у студентов-медиков выпускного курса; в целях первичной профилактики студенты нуждаются в периодическом проведении различных скрининг-тестов, и в первую очередь самым доступным способом – анкетированием.

Список литературы:

1. Лазебник Л.Б., Сарсенбаева А.С., Авалуева Е.Б., Орешко Л.С., Ситкин С.И., Голованова Е.В., Туркина С.В., Хлынова О.В., Сагалова О.И., Мирончев О.В. Клинические рекомендации «Хронические диареи у взрослых» / Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2021. - № 4 (188). - С. 7-67.
2. Шептулин А.А., Кардашева С.С., Курбатова А.А., Ивашкин В.Т. Диетотерапия при синдроме раздраженного кишечника: спорные и нерешенные вопросы / Вопросы детской диетологии. - 2020. - Т. 18. - № 4. - С. 29-35.
3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шелыгин Ю.А. и др. Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника (клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России) / Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - Т. 31. - № 5. - С. 74-95.
4. Лебедева А.А., Костылева Д.С., Толмачёв Д.А. Влияние качества питания и вредных привычек на заболеваемость ЖКТ / Modern Science. - 2020. - № 12-2. - С. 137-141.
5. Морозова М.А., Рупчев Г.Е., Алексеев А.А., Ульянин А.И., Полуэктова Е.А., Ивашкин В.Т. Латентная дисфория в структуре эмоциональных расстройств у пациенток с функциональным запором / Клиническая и специальная психология. - 2021. - Т. 10. - № 4. - С. 68-92.
6. Немцова Е.В., Елескин А.О. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и почему она возникает у студентов / Вестник науки. - 2019. - Т. 5. - № 3 (12). - С. 27-30.
7. Шукшина И.В., Иванчиков М.А., Самсонова Е.А., Самсонов А.Ю. Пищевое поведение студентов в период адаптации в вузе / Образовательный процесс. - 2019. - № 6 (17). - С. 19-24.
8. Бессонов П.П., Бессонова Н.Г. Факторы риска симптомов диспепсии у первокурсников / Здравоохранение Кыргызстана. - 2020. - № 4. - С. 14-20.
9. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Полуэктова Е.А., Рейхарт Д.В., Белостоцкий А.В., Дроздова А.А., Арнаутов В.С. Возможности применения опросника «7х7» (7 симптомов за 7 дней) для оценки динамики симптомов функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника / Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2016. - Т. 26. - № 3. - С. 24-33.
10. Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А. Способ оценки эффективности лечения и диагностики тяжести течения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта - Патент на изобретение RU 2655540 C2, 28.05.2018.

Spisok literatury:

1. Lazebnik L.B., Sarsenbaeva A.S., Avalueva E.B., Oreshko L.S., Sitkin S.I., Golovanova E.V., Turkina S.V., Hlynova O.V., Sagalova O.I., Mironchev O.V. Klinicheskie rekomendacii «Hronicheskie diarei u vzroslyh» / Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. - 2021. - № 4 (188). - P. 7-67.
2. SHeptulin A.A., Kardasheva S.S., Kurbatova A.A., Ivashkin V.T. Dietoterapiya pri sindrome razdrazhennogo kishechnika: spornye i nereshennye voprosy / Voprosy detskoj dietologii. - 2020. - T. 18. - № 4. - P. 29-35.
3. Ivashkin V.T., Maev I.V., SHelygin YU.A. i dr. Diagnostika i lechenie sindroma razdrazhennogo kishechnika (klinicheskie rekomendacii rossijskoj gastroenterologicheskoj associacii i associacii koloproktologov Rossii) / Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. - 2021. - T. 31. - № 5. - P. 74-95.
4. Lebedeva A.A., Kostyleva D.S., Tolmachyov D.A. Vliyanie kachestva pitaniya i vrednyh privychek na zabolevaemost' ZHKT / Modern Science. - 2020. - № 12-2. - P. 137-141.
5. Morozova M.A., Rupchev G.E., Alekseev A.A., Ul'yanin A.I., Poluektova E.A., Ivashkin V.T. Latentnaya disforiya v strukture emocional'nyh rasstrojstv u pacientok s funkcional'nym zaporom / Klinicheskaya i special'naya psihologiya. - 2021. - T. 10. - № 4. - P. 68-92.
6. Nemcova E.V., Eleskin A.O. YAzvennaya bolezn' dvenadcatiperstnoj kishki i pochemu ona voznikaet u studentov / Vestnik nauki. - 2019. - T. 5. - № 3 (12). - P. 27-30.
7. SHukshina I.V., Ivanchikov M.A., Samsonova E.A., Samsonov A.YU. Pishchevoe povedenie studentov v period adaptacii v vuze / Obrazovatel'nyj process. - 2019. - № 6 (17). - P. 19-24.
8. Bessonov P.P., Bessonova N.G. Faktory riska simptomov dispepsii u pervokursnikov / Zdravoohranenie Kyrgyzstana. - 2020. - № 4. - P. 14-20.
9. Ivashkin V.T., SHeptulin A.A., Poluektova E.A., Rejhart D.V., Belostockij A.V., Drozdova A.A., Arnautov V.S. Vozmozhnosti primeneniya oprosnika "7h7" (7 simptomov za 7 dnej) dlya ocenki dinamiki simptomov funkcional'noj dispepsii i sindroma razdrazhennogo kishechnika / Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. - 2016. - T. 26. - № 3. - P. 24-33.
10. Ivashkin V.T., Poluektova E.A. Sposob ocenki effektivnosti lecheniya i diagnostiki tyazhesti techeniya funkcional'nyh narushenij zheludochno-kishechnogo trakta - Patent na izobretenie RU 2655540 C2, 28.05.2018.

УДК 617.52-007:591.169-08

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГЕНЕРАТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

INNOVATIVE METHODS OF USINGREGENERATIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF DISEASES OF THE MAXILLOFACIAL REGION

Тарасова С.Р.
Tarasova S.R.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4

Клинический ординатор второго года обучения
специальности «Челюстно-лицевая хирургия»
Тел. 89189756337
E-mail: sofitarasova@mail.ru

В связи с поиском новых методов лечения заболеваний челюстно-лицевой области, восстановления целостности зубо-челюстной системы становится актуальной разработка новых материалов и методов для реабилитации данных пациентов. Экспериментально нами созданы биодеградируемые материалы; предлагаемые изобретения относятся к регенеративной медицине, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, и могут быть использованы для пломбировки корневых каналов при хронических формах периодонтита, радикулярных кист, в ходе реплантации зубов.

Ключевые слова: *регенерация, материал, периодонт, кость, эксперимент, челюстно-лицевая хирургия.*

In connection with the search for new methods of treating diseases of the maxillofacial region, restoring the integrity of the dentoalveolar system, it becomes relevant to develop new materials and methods for the rehabilitation of these patients. We experimentally created biodegradable materials, the proposed inventions relate to regenerative medicine, surgical dentistry and maxillofacial surgery, and can be used for filling root canals in chronic forms of periodontitis, radicular cysts, during tooth replantation.

Key words: *regeneration, material, periodontium, bone, experiment, maxillofacial surgery.*

Хронический периодонтит и его осложнения, травмы челюстно-лицевой области, сопровождающиеся вывихом зуба, являются важнейшими причинами нарушения целостности костной структуры челюстей и потери зубов. Потеря зубов является основной причиной развития деформации зубных рядов и прикуса. Зубо-альвеолярные деформации вызывают значительные патоморфологические и функциональные нарушения как вблизи дефекта, так и распространяющиеся на весь зубной ряд, а также они оказывают негативное влияние на организм в целом.

В настоящее время в литературе имеется множество статей о различных методиках лечения хронических одонтогенных заболеваний, применение костных пластик, девитальной реплантации. Однако, несмотря на достигнутый прогресс в данной области, недостатки зубо-альвеолярных сохранных операциях остаются прежними. Вследствие пломбировки зубных каналов традиционными материалами регенерация пульпы зуба, восстановление периапикальных тканей и целостности костной структуры челюстей становится невозможной, а также из-за повреждения периодонта часто наблюдается остеоидный тип сращения реплантата.

Для разрешения указанных проблем, необходимо создание и внедрение новых материалов для лечения заболеваний челюстно-лицевой области с использованием подходов тканевой инженерии. Совершенствование технологий зубо-альвеолярных сохранных операций за счет внедрения новых биодеградируемых материалов природного происхождения, способных выполнять роль скаффолда для регенерации пульпы, периодонта и костной ткани, дает возможность на качественно более высоком научно-практическом уровне решать многие задачи восстановления зубных рядов и улучшить качество жизни пациентов.

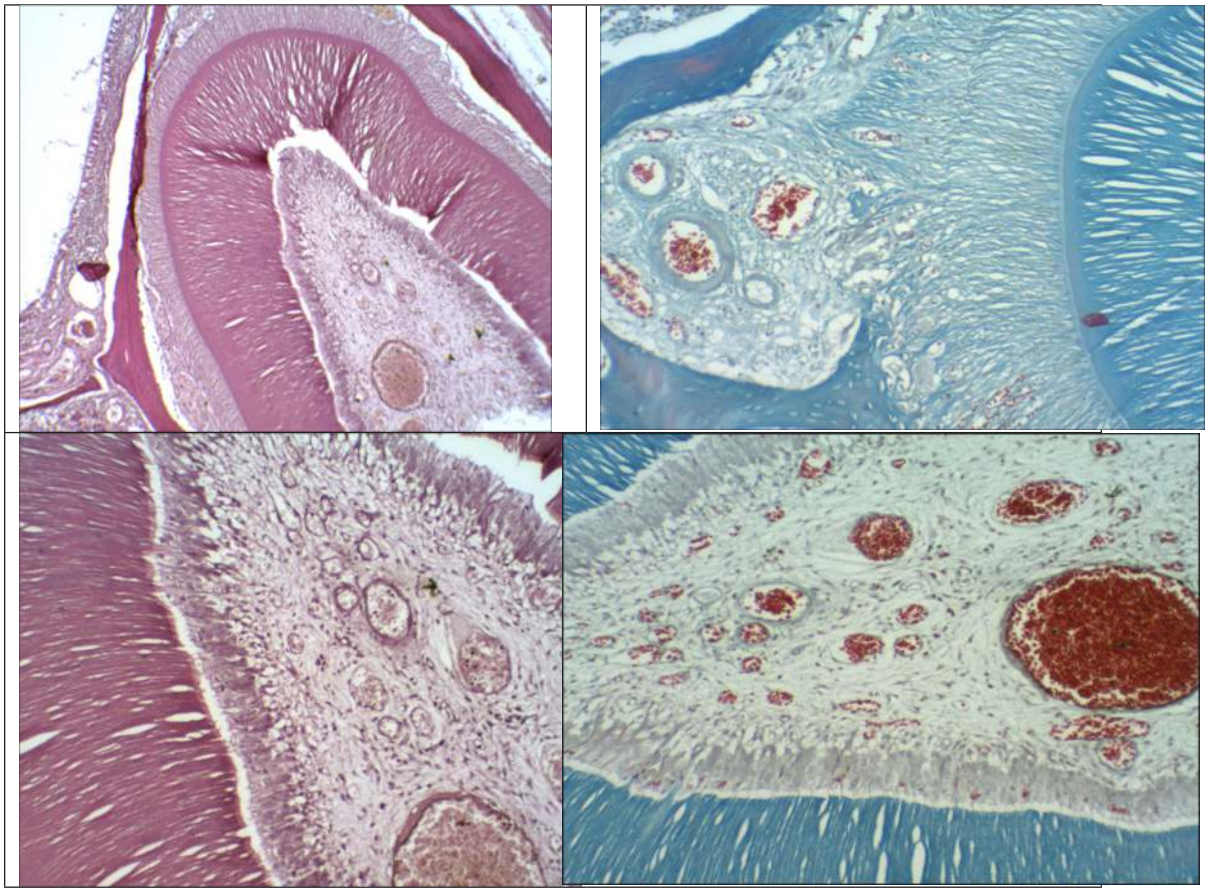
Примером инновационного подхода органосохраняющей операции при лечении заболеваний челюстно-лицевой области является нами экспериментально гидрогель для регенерации пульпы зуба и периодонта. Основными компонентами данного изобретения являются альгинат натрия, желатин тип А, винилтриэтоксисилан, культуральная среда DMEM/F-12 (без L-глутамина, L-лейцина, L-лизина, L-метионина, хлорида кальция и магния, сульфата магния, фенолового красного), сверхчистая вода.

Препарат апробирован на 20 белых нелинейных самцах крыс средней массой 281±23 гр., в ходе экспериментальной реплантации зуба. Все оперативные вмешательства выполнены под комбинированным инъекционным наркозом: золетил (тилетамина гидрохлорид и золазепама гидрохлорид) 20 мг/кг в/м («Virbac», Франция) и ксиланит (ксилазина гидрохлорид) 6 мг/кг в/м (ЗАО «НИТА-ФАРМ, Россия, г. Саратов) Проводили интраоперационную антибиотикотерапию путем введения «Бициллин-5» в дозировке 300 тыс. Ед/кг.

Описание операции: у наркотизированных животных проводили отслойку десны, надсечение межзубного сосочка, сепарацию резцов, далее люксирующими и ротационными движениями производили вывихивание зуба, а затем выполняли экстракцию зуба. После экстракции зуба проводили расширение корневого канала со стороны апикального отверстия с помощью Hedstroem file 15 размера по ISO. Затем проводили экстирпацию корневой пульпы пульпоэкстрактором №1 (АО Казанский медико-инструментальный завод, Россия). Далее выполняли препарирование корневого канала ручным методом по технологии step-back с использованием K-file и H-file с размерами 15-40 по ISO. По завершении манипуляций, с помощью шприца заполняли пульпарную камеру и корневой канал зуба гидрогелем для регенерации пульпы зуба и периодонта. Также наносили гидрогель на поверхность зубоальвеолярной лунки задействованного зуба. Устанавливали обработанный зуб в зубоальвеолярную лунку и проводили его фиксацию к соседнему зубу цианоакрилатным клеем, что позволило воспроизвести шинирующий эффект. Также, для лучшего приживления зуба проводили заполнение поддесневого пространства гидрогелем.

В послеоперационном периоде первые 3 дня кормление крыс проводили согласно щадящему протоколу. Также проводили ежедневный осмотр полости рта для наблюдения за динамикой морфофункционального состояния реплантируемых зубов и окружающих структур. На 60 сутки от начала эксперимента произвели эвтаназию животных. Для исследования осуществляли забор нижней челюсти с задействованным зубом, которую затем поместили в 10% нейтральный забуференный фосфатами раствор параформальдегида. Декальцинацию проводили в течение 5 суток с использованием смеси цитрата натрия и муравьиной кислоты по Evans&Krajian. По завершении декальцинации проводили вырезку образцов, проводку через изопропанол с последующей заливкой в парафин. Парафиновые блоки нарезали на срезы толщиной 10 мкм на микротоме МПС-2 (СССР). Окрашивание полученных микропрепаратов проводили гематоксилин-эозином и по Маллори в модификации Слинченко.

При микроскопическом исследовании микропрепаратов реплантированного зуба и прилегающей челюсти, окрашенных гематоксилин-эозином выявлены признаки периодонтального типа сращения зуба. В области корневого канала зуба выявлена обильно васкуляризированная рыхлая соединительная ткань морфологически сходная с пульпой зуба.



Вывод. Нами предложены новые методы применения регенеративных технологий в лечении заболеваний челюстно-лицевой области, экспериментально созданы материалы для восстановительной, органосохраняющей хирургии с использованием подходов тканевой инженерии.

Список литературы:

1. Petersen P.E., Bourgeois D., Ogawa H., Estupinan-Day S., Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health // Bulletin of the World Health Organization. 2005. V. 83. P. 661-669.
2. Craddock H.L. Consequences of tooth loss: 1. The patient perspective – Aesthetic and functional implications // Dental update. 2009. V. 36. №. 10. P. 616-619.
3. Holm-Pedersen P., Lang N.P., Müller F. What are the longevities of teeth and oral implants? // Clinical Oral Implants Research. 2007. V. 18. P. 15-19; Andersson L., Andreasen J.O., Day P. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth // Dental Traumatology. 2012. V. 28. №. 2. P. 88-96.
4. Иващенко А.В., Федяев И.М., Яблоков А.Е., Колганов И.Н., Баландин Е.И., Тлустенко В.П. Множественная реплантация зубов // Вестник Российского государственного медицинского университета. 2018. №. 3. С. 84-87.
5. Andersson L., Andreasen J.O., Day P. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth // Dental Traumatology. 2012. V. 28. №. 2. P. 88-96.
6. Sharma S., Srivastava D., Grover S., Sharma V. Biomaterials in tooth tissue engineering: a review // Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. 2014. V. 8. №. 1. P. 309-315.
7. Devillard R., Rémy M., Kalisky J., Bourget J.M., Kérourédan O., Siadous R., Bareille R., Amedee-Vilamitjana J., Chassande O., Fricain J.C. In vitro assessment of a collagen/alginate composite scaffold for regenerative endodontics // International endodontic journal. 2017. V. 50. №. 1. P. 48-57.

Spisok literatury:

1. Vremennye metodicheskie rekomendacii «Profilaktika, diagnostika i lechenie novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19). Versiya 6 (28.04.2020)» (utv. Minzdravom Rossii).
2. Bubnova M.G., Persiyanova-Dubrova A.L., Lyamina N.P., Aronov D.M. Reabilitaciya posle novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19): principy i podhody. Kardiosomatika.- 2020.- TOM 11.- № 4.- S.6-14.
3. Ivanova G.E.,Balandina I.N., Bahtina I.S. i dr. Medicinskaya reabilitaciya pri novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19). Fizicheskaya i reabilitacionnaya medicina, medicinskaya reabilitaciya. 2020;2(2):140–189. DOI: https://doi.org/10.36425/rehab34231
4. Meshcheryakova N.N., Belevskij A.S., Kuleshov A.V. Legochnaya reabilitaciya pacientov, perenesshih koronavirusnuyu infekciyu COVID-19 (klinicheskieprimery). Pul'monologiya.- 2020.- 30 (5).- S. 715–22. DOI: 10.18093/0869-0189-2020-30-5-715-722.
5. Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a singlecentered, retrospective, observational study. Lancet Respir Med. 2020;8(5):475–481. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30079-5.

УДК- 614.29

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕУТОЧНЕННОЙ ДИСПЕПСИИ

THE USE OF REMOTE TECHNOLOGIES TO IMPROVE SCREENING DIAGNOSTICS OF UNSPECIFIED DYSPEPSIA

Топалова Ю.Г.[1]
Научный руководитель: Бакулина Н.В.[1]
Bakulina N.V.[1], Topalova Yu.G.[1]

[1]ФГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 195067, Россия, г. Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47

[1]North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, 195067, Russia, St. Petersburg, Piskarevsky prospect, 47

ОБОСНОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. В условиях амбулаторно-поликлинической помощи для оценки выраженности клинических симптомов и их динамики могут применяться специальные шкалы или опросники, но до настоящего времени в России не было собственного нозоспецифичного опросника для скрининговой диагностики неуточненной диспепсии. Анкетирование – простой, доступный, неинвазивный, метод диагностики, позволяющий получить структурированную оценку состояния пациента, уменьшая затраты системы здравоохранения на дорогостоящие инвазивные методы обследования, поэтому разработка и внедрение таких опросников актуальна в настоящее время, особенно если при их внедрении используются онлайн-сервисы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оптимизировать постановку диагноза у пациентов с вариабельными симптомами диспепсии.

МЕТОДЫ. В исследовании принимают участие 200 пациентов, в возрасте от 18 до 74 лет, имеющие симптомы диспепсии, а также пациенты с ранее установленным диагнозом, соответствующие критериям включения. Комплекс обследований, которые проводится пациентам для валидизации опросника: клиническое обследование - сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр; анкетирование – оценка жалоб пациента на основании опросника-анкеты, лабораторные методы исследования: экспресс тест для скрининговой диагностики целиакии, клинический анализ крови и анализ крови на уровень пепсиногена I, пенсиногена II, IgG-антител к H. pylori и гастрина-17;, инструментальные и функциональные методы исследования - гастродуоденоскопия с забором биоптатов для гистопатологического стадирования по OLGA, суточная pH-импедансометрия, УЗИ ОБП; метод выявления H.pylori - ^{13}C-дыхательный уреазный тест.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. Будет валидизирован опросник для дифференциальной скрининговой диагностики неуточненной диспепсии, который можно использовать онлайн, дифференцировать и детализировать жалобы пациента, не прибегая к многочисленным очным визитам, что актуально в период социального дистанцирования, в период, когда необходимо адаптироваться к изменяющимся условиям и иметь возможность работы в онлайн формате, поставить предварительный диагноз, уменьшая количество дополнительных обследований пациента. Будет сопоставлена чувствительность опросника при ретроспективном и проспективном его заполнении. Будет разработано электронное приложение, позволяющее проводить популяционный оппортунистический скрининг в онлайн-режиме. Будет разработано электронное приложение, позволяющее проводить популяционный оппортунистический скрининг в онлайн-режиме.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Зачастую, вариант функциональной диспепсии, диагноз функциональной изжоги или ГЭРБ ставится исходя из тщательно проанализированных жалоб пациента. Валидизированный опросник для дифференциальной скрининговой диагностики неуточненной диспепсии оптимизирует и ускорит постановку диагноза, поможет дифференцировать и структурировать многочисленные жалобы пациента со стороны верхних и нижних отделов ЖКТ, заострит внимание врача на «красных флажках» и уменьшит количество необходимых дообследований для постановки верного диагноза.

Ключевые слова: *Диспепсия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический гастрит, скрининг на неоплазию, опросник, электронный сайт, дистанционные технологии*

RELEVANCE. In outpatient care, special scales or questionnaires can be used to assess the severity of clinical symptoms and their dynamics, but until now Russia has not had its own nosospecific questionnaire for screening diagnosis of unspecified dyspepsia. The questionnaire is a simple, accessible, non–invasive diagnostic method that allows you to get a structured assessment of the patient's condition, reducing the costs of the healthcare system for expensive invasive examination methods, therefore, the development and implementation of such questionnaires is relevant at the present time, especially if online services are used during their implementation.

THE PURPOSE OF THE STUDY. Optimize diagnosis in patients with variable symptoms of dyspepsia.

METHODS. The study involved 200 patients aged 18 to 74 years with symptoms of dyspepsia, as well as patients with a previously established diagnosis who meet the inclusion criteria. A set of examinations that are carried out for patients to validate the questionnaire: clinical examination - collection of complaints, anamnesis, objective examination; questionnaire – assessment of patient complaints based on a questionnaire questionnaire, laboratory research methods: rapid test for screening diagnosis of celiac disease, clinical blood test and blood test for pepsinogen I, pensinogen II, IgG antibodies to H. pylori and gastrin-17;, instrumental and functional research methods - gastroduodenoscopy with biopsy sampling for histopathological OLGA staging, daily pH-impedance measurement, ultrasound OBP; the method for detecting H.pylori - 13C is a respiratory urease test.

EXPECTED RESULTS. A questionnaire for differential screening diagnosis of unspecified dyspepsia will be validated, which can be used online, differentiate and detail patient complaints without resorting to numerous face-to-face visits, which is relevant during the period of social distancing, at a time when it is necessary to adapt to changing conditions and be able to work in an online format, make a preliminary diagnosis, reducing the number of additional examinations the patient. The sensitivity of the questionnaire will be compared with its retrospective and prospective filling. An electronic application will be developed that allows conducting population-based opportunistic screening online.An electronic application will be developed that allows conducting population-based opportunistic screening online.

CONCLUSION. Often, a variant of functional dyspepsia, a diagnosis of functional heartburn or GERD is made based on carefully analyzed patient complaints. A validated questionnaire for differential screening diagnosis of unspecified dyspepsia optimizes and accelerates diagnosis, helps to differentiate and structure numerous patient complaints from the upper and lower gastrointestinal tract, will focus the doctor's attention on "red flags" and reduce the number of necessary follow-up examinations to make a correct diagnosis.

Keywords: *Dyspepsia, gastroesophageal reflux disease, chronic gastritis, screening for neoplasia, questionnaire, electronic website, remote technologies*

Синдром диспепсии – один из наиболее распространенных гастроэнтерологических синдромов, до 95% болезней органов пищеварения сопровождаются его развитием [1]. Распространенность в популяциях симптомов диспепсии колеблется от 7% до 41% [2]. Эти данные относятся к пациентам с так называемой «диспепсией неуточненной» (uninvestigated dyspepsia), включающей как органическую (вторичную) диспепсию, так и функциональную [3]. Установить форму диспепсии и распознать

причину на амбулаторном приеме – непростая клиническая задача, которую усложняют ограниченность времени первичного приема и широкий круг заболеваний, среди которых должен проводиться дифференциальный диагноз [4]. Под маской функциональной диспепсии наиболее часто скрываются такие нозологии, как ГЭРБ, хронический гастрит, начальные проявления неопластического процесса. Несвоевременная диагностика способствует прогрессированию заболеваний. В условиях амбулаторно-поликлинической помощи выявление и объективная оценка симптомов являются ключевым моментом диагностического поиска, определяя последующую тактику ведения пациента. Для оценки выраженности клинических симптомов и их динамики могут применяться специальные шкалы или опросники. Но до настоящего времени в России не было собственных нозоспецифичных опросников для скрининговой диагностики неуточненной диспепсии. Анкетирование – простой, доступный, неинвазивный, метод диагностики, позволяющий получить структурированную оценку состояния пациента, уменьшая затраты системы здравоохранения на дорогостоящие инвазивные методы обследования, поэтому разработка и внедрение таких опросников **актуальна** в настоящее время, особенно если при внедрении таких опросников используются онлайн-сервисы. В России для работы с пациентами гастроэнтерологического профиля валидизировано большое число опросников, ряд из которых специально разрабатывались для больных с патологией верхних отделов пищеварительного тракта (ГЭРБ и диспепсией). Однако, не все опросники демонстрировали простоту, легкость понимания и удобство использования в клинических условиях [5]. Некоторые опросники были предназначены только для отдельных нозологий [6] и исключали больных с перекрестом синдромов, коморбидной патологией, доля которых высока среди больных гастроэнтерологического профиля [7]. В 1998 году Карлсоном и соавторами был разработан Вопросник QUEST – Questionnaire for the Diagnosis of Refl ux Esophagitis (Диагностический Опросник Рефлюкс-эзофагита). Однако опросник до сих пор не валидизирован в России [8]. В 2013 году российским врачам стал доступен для использования опросник GerdQ, чувствительность и специфичность которого в выявлении гастроэзофагеальных рефлюксов были достаточно высоки (65,4% и 91,7% соответственно) [9], однако, использование опросника исключало возможность диагностировать перекрест с синдромом диспепсии. В 2004 году учеными-эндоскопистами из Университетской клиники префектуры Гумма был разработан новый опросник FSSG – Frequency Scale for the Symptoms of GERD (Шкала для оценки Частоты Симптомов ГЭРБ) [10]. Отличием данного опросника от предыдущих является то, что выраженность симптомов в нем оценивается не по их влиянию на качество жизни, а только по тому, насколько регулярно пациент их испытывает. В связи с положительным опытом применения опросников для диагностики заболеваний верхних отделов ЖКТ в мировой клинической практике возникла необходимость обобщения, адаптации и их усовершенствования для использования в условиях Российской клинической практики.

Цель – оптимизировать постановку диагноза у пациентов с вариабельными симптомами диспепсии.

Задачи:

1. Установить частоту нозологических вариантов диспепсического синдрома среди пациентов с неуточненной диспепсией.

2. Провести анализ соответствия симптомов диспепсии при ретроспективном и проспективном заполнении опросника «диспепсии».

3. Определить корреляцию между лабораторно-инструментально верифицированным диагнозом при диспепсическом синдроме и опросником «диспепсии», валидизировать опросник.

4. Апробировать онлайн опросник «диспепсии» среди пациентов и врачей для оценки удобства его использования.

5. Создать электронный ресурс для проведения популяционного оппортунистического скрининга синдрома диспепсии в онлайн-режиме.

Объект исследования – первично не обследованные мужчины и женщины в возрасте от 18 до 74 лет, имеющие симптомы диспепсии, а также пациенты с ранее установленным диагнозом, соответствующие критериям включения.

Методы исследования:

• клиническое обследование - сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр;

• анкетирование – оценка жалоб пациента на основании опросника-анкеты, экспериментально-психологическое тестирование опросниками Бека (уровень депрессии), ГТР-7 (генерализованное тревожное расстройство), SF-36 (качество жизни).

• лабораторные методы исследования: экспресс тест для скрининговой диагностики целиакии, клинический анализ крови и анализ крови на уровень пепсиногена I, пенсиногена II, IgG-антител к H. pylori и гастрина-17;

• инструментальные и функциональные методы исследования - гастродуоденоскопия с забором биоптатов для гистопатологического стадирования по OLGA, суточная pH-импедансометрия, УЗИ ОБП; метод выявления H.pylori - ^{13}C-дыхательный уреазный тест.

Дизайн исследования - в исследовании принимают участие 200 пациентов с симптомами диспепсии, соответствующие критериям включения и первично не обследованные пациенты, имеющие данные симптомы. Фаза апробации опросника - 200 пациентов, 100 врачей.

Научная новизна. Зачастую, вариант функциональной диспепсии, диагноз функциональной изжоги или ГЭРБ ставится исходя из тщательно проанализированных жалоб пациента. Валидизированный опросник для дифференциальной скрининговой диагностики неуточненной диспепсии оптимизирует и ускорит постановку диагноза, поможет дифференцировать и структурировать многочисленные жалобы пациента со стороны верхних и нижних отделов ЖКТ, заострит внимание врача на «красных флажках» и уменьшит количество необходимых дообследований для постановки верного диагноза.



Рис. 1. Дизайн исследования, 3 визита пациента



Рис. 2. Диагноз по результатам заполнения опросника

Будет сопоставлена чувствительность опросника при ретроспективном и проспективном его заполнении, что, предположительно, покажет целесообразность и преимущество проспективного заполнения опросника. Будет разработан электронный веб-сайт, ресурс, позволяющий проводить популяционный оппортунистический скрининг синдрома диспепсии в онлайн-режиме, формировать группы пациентов и варианты дообследования.

Ожидаемые результаты

Будет разработан и валидизирован опросник для дифференциальной скрининговой диагностики неуточненной диспепсии, который можно использовать онлайн, дифференцировать и детализировать жалобы пациента, не прибегая к многочисленным очным визитам, что актуально в период социального дистанцирования, в период, когда необходимо адаптироваться к изменяющимся условиям и иметь возможность работы в онлайн формате, поставить предварительный диагноз, уменьшая количество дополнительных обследований пациента. Внедрение опросника, имеющего высокие показатели чувствительности и специфичности, поможет терапевтам, гастроэнтерологам и другим специалистам на этапе первичного звена в выборе тактики обследования и стартового рационального лечения пациентов с жалобами со стороны верхних отделов пищеварительного тракта.

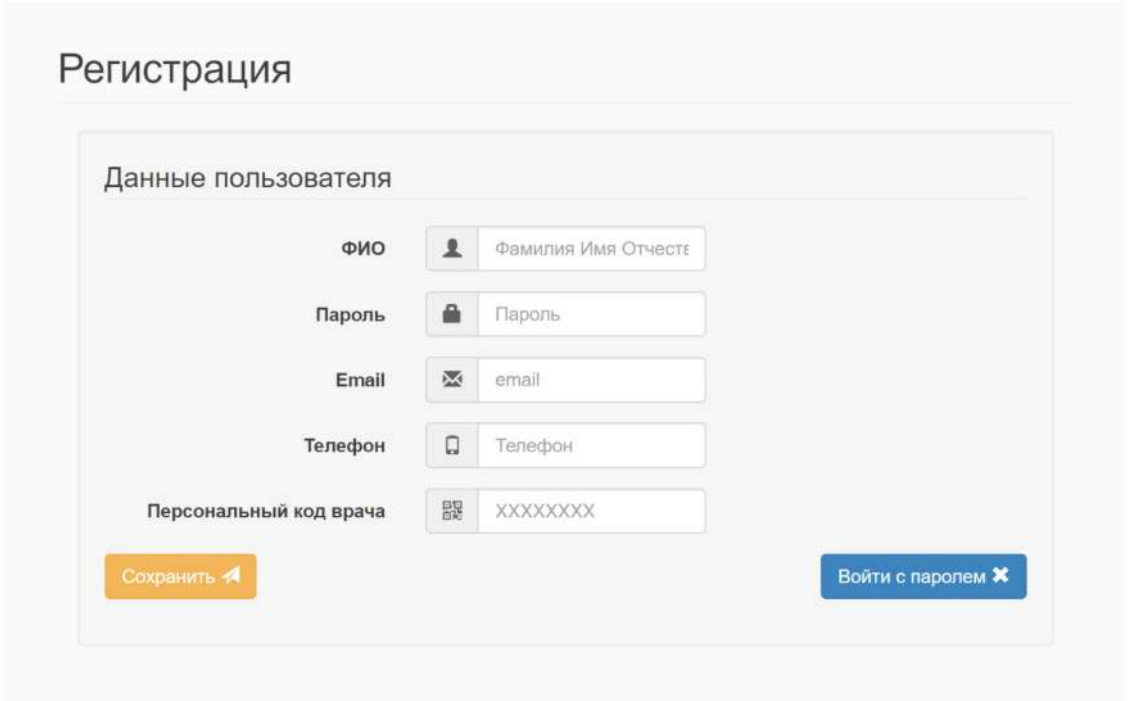


Рис. 3. Интерфейс сайта, регистрация

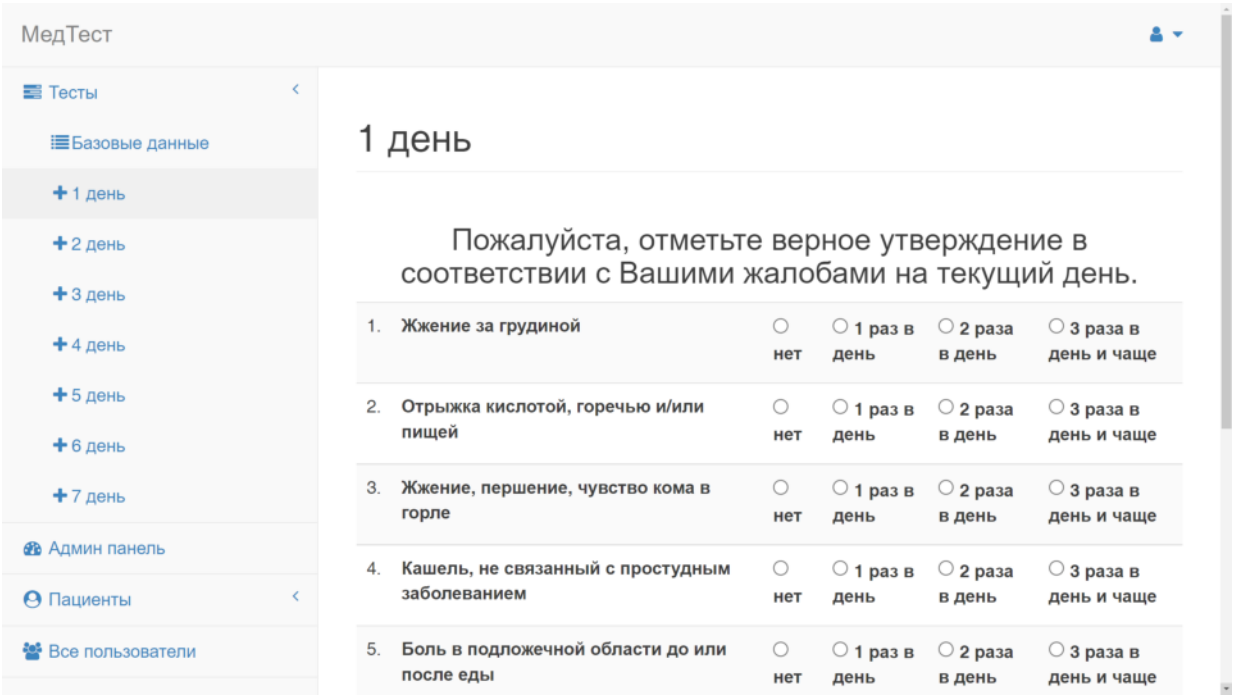


Рис. 4. Интерфейс сайта, заполнение опросника

Будет разработан электронный веб-сайт, ресурс, позволяющий проводить популяционный оппортунистический скрининг синдрома диспепсии в онлайн-режиме, что соответствует федеральному проекту «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере Здравоохранения» в рамках Национального проекта «Здравоохранение», а также проекту «Медицинская наука для человека» в рамках перечня инициатив социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года, утверждённого распоряжением Правительства Российской Федерации от 06 октября 2021 года №2816-р.

Список литературы

1. Drossman D. A., HaslerW. L.Rome IV – Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction // Gastroenterology. 2016; 150: 1257–1261.
2. Tack J., Talley N.J., Camilleri M. et al. Functional gastroduodenal disorders // Gastroenterology. 2006; 130; 1466–1479.
3. В.Т. Ивашкин и соавт. Возможности применения Опросника «7х7» (7 симптомов за 7 дней) для оценки динамики симптомов функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника, Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, том 26, № 3.
4. Маев И.В., ДичеваД. Т., Щегланова М. П., АндреевД. Н., Заборовский А. В. Функциональная диспепсия в свете Римских критериев IV пересмотра (2016 г.). Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2016;(2):5–10.
5. Ghoshal UC, Singh R. Frequency and risk factors of functional gastro-intestinal disorders in a rural Indian population. J Gastroenterol Hepatol. 2017; 32: 378–387
6. Carlsson R, Dent J,Bolling-Sternevald E, Johnsson F, Junghard O, Lauritsen K, et al. The usefulness of a structured questionnaire in the assessment of symptomatic gastroesoph. reflux disease. Scand J Gastroenterol 1998;33:1023–9.
7. Restuti Hidayani Saragih, Imelda Rey. FSSG Scale System in Comparison with GERD Questionnaires in Predicting Endoscopic Findings with Refux Esophagitis. Restuti Hidayani Saragih, Mar 22, 2017:136– 140.
8. Кайбышева В.О. Результаты многоцентрового наблюдательного исследования по применению международного опросника GerdQ для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни/ В.О.Кайбышева? Ю.А.Кучерявый, А.С.Трухманов, О.А.Сторонова, М.Ю.Коньков, И.В.Маев, В.Т.Ивашкин// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии 2013 № 5.С1–5.

9. Kusano M, Shimoyama Y, Sugimoto S, Kawamura O, Maeda requency scale for the symptoms of GERD. J Gastroenterol. 2004;39:888–91.
10. M, Minashi K, et al. Development and evaluation of FSSG: Tsuboi K, Omura N, Yano F et al. Relationship of the frequency scale for symptoms of gastroesophageal reflux disease with endoscopic findings of cardiac sphincter morphology. J. Gastroenterol. 2008; 43: 798–802.

Spisok literatury:

1. Drossman D. A., HaslerW. L.Rome IV – Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction // Gastroenterology. 2016; 150: 1257–1261.
2. Tack J., Talley N.J., Camilleri M. et al. Functional gastroduodenal disorders // Gastroenterology. 2006; 130; 1466–1479.
3. V.T. Ivashkin i soavt. Vozmozhnosti primeneniya Oprosnika «7h7» (7 simptomov za 7 dnej) dlya ocenki dinamiki simptomov funkcional'noj dispepsii i sindroma razdrazhennogo kishechnika, Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii, tom 26, № 3.
4. Maev I.V., DichevaD. T., SHCHeglanova M. P., AndreevD. N., Zaborovskij A. V. Funkcional'naya dispepsiya v svete Rimskih kriteriev IV peresmotra (2016 g.). Gastroenterologiya. Prilozhenie k zhurnalu Consilium Medicum. 2016;(2):5–10.
5. Ghoshal UC, Singh R. Frequency and risk factors of functional gastro-intestinal disorders in a rural Indian population. J Gastroenterol Hepatol. 2017; 32: 378–387
6. Carlsson R, Dent J,Bolling-Sternevald E, Johnsson F, Junghard O, Lauritsen K, et al. The usefulness of a structured questionnaire in the assessment of symptomatic gastroesoph. reflux disease. Scand J Gastroenterol 1998;33:1023–9.
7. Restuti Hidayani Saragih, Imelda Rey. FSSG Scale System in Comparison with GERD Questionnaires in Predicting Endoscopic Findings with Refux Esophagitis. Restuti Hidayani Saragih, Mar 22, 2017:136– 140.
8. Kajbysheva V.O. Rezul'taty mnogocentrovogo nablyudatel'nogo issledovaniya po primeneniyu mezhdunarodnogo oprosnika GerdQ dlya diagnostiki gastroezofageal'noj reflyuksnoj bolezni/ V.O.Kajbysheva? YU.A.Kucheryavyj, A.S.Truhmanov, O.A.Storonova, M.YU.Kon'kov, I.V.Maev, V.T.Ivashkin// Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii i koloproktologii 2013 № 5.S1–5.
9. Kusano M, Shimoyama Y, Sugimoto S, Kawamura O, Maeda requency scale for the symptoms of GERD. J Gastroenterol. 2004;39:888–91.
10. M, Minashi K, et al. Development and evaluation of FSSG: Tsuboi K, Omura N, Yano F et al. Relationship of the frequency scale for symptoms of gastroesophageal reflux disease with endoscopic findings of cardiac sphincter morphology. J. Gastroenterol. 2008; 43: 798–802.

УДК 612.67

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ РИСКОВ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ И ПРЕАСТЕНИЕЙ

PERSONALIZED APPROACH TO THE ASSESSMENT OF PERIOPERATIVE RISKS IN PATIENTS OVER 60 YEARS OF AGE WITH FRAILTY AND PRE-FRAILTY

Троцюк Д.В.
Trotsyuk D.V.

ЧОУ ВО Санкт-петербургский Медико-социальный институту
Россия, 195271, Санкт-Петербург, Кондратьевский проспект 72А.

Ассистент кафедры внутренних болезней
им. проф. Б.И. Шулутко
Тел. 89516679403
E-mail: dinatrotsyuk@yandex.ru

Распространенность синдрома старческой астении и преастении увеличивается с возрастом, значимо возрастая у больных с онкологической патологией, в то же время частота встречаемости данных гериатрических синдромов изучена недостаточно. Целью нашего исследования было оценить распространенность синдрома старческой астении у пациентов, госпитализированных по поводу онкологических заболеваний легких и пищевода, а также оценить возможности использования различных методов предоперационной оценки для прогнозирования рисков у пациентов с астенией и преастенией. В исследование было включено 60 пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих верифицированный первичный рак легких или пищевода, оперированных в плановом порядке по поводу онкологического заболевания. В нашем исследовании распространенность синдрома старческой астении составила 40%, преастении — 33%. Использование скрининговых шкал дало сопоставимые результаты для всех групп пациентов, однако фактически частота развития послеоперационных осложнений у пациентов с астенией была значимо выше. Согласно результатам индекса Duke, функциональный статус у пациентов с астенией и преастенией был сопоставим и находился на более низком уровне в сравнении с больными, не имеющими признаков астении. Однако показатели функционирования организма, оцененные с помощью кардиореспираторного нагрузочного тестирования, выявили значимые различия в данных группах пациентов и коррелировали с исходом операции. Полученные результаты показывают целесообразность оценки гериатрического статуса у пациентов старших возрастных групп с онкологическими заболеваниями легких и пищевода в предоперационной оценке и необходимость расширенной оценки функционального статуса организма у пациентов не только с синдромом старческой астении, но и с преастенией.

Ключевые слова: *синдром старческой астении, преастения, функциональные резервы, кардиореспираторное нагрузочное тестирование, рак.*

The prevalence of frailty and prefrailty increases with age, and is significantly higher in patients with cancer, at the same time, the prevalence of these geriatric syndromes has not been sufficiently studied. The aim of our study was to assess the prevalence of frailty in patients hospitalized for lung and esophageal cancer, as well as to evaluate the possibilities of using various methods of preoperative assessment to predict risks in patients with frailty and prefrailty. The study included 60 aged patients with verified primary lung or esophageal cancer who underwent elective surgery because of cancer. In our study, the prevalence

of frailty was 40%, prefrailty — 33%. The use of screening scales gave comparable results for all groups of patients, but in fact the incidence of postoperative complications in patients with frailty was significantly higher. According to the results of the Duke index, the functional status of patients with frailty and prefrailty was comparable, and it was at a lower level compared to patients without signs of frailty. However, the body functioning assessed by cardiopulmonary exercise testing revealed significant differences in these groups of patients and correlated with the outcome of the operation. The results obtained show the expediency of assessing the geriatric status in patients of older age groups with lung and esophagus cancer in the preoperative assessment and the need for an expanded assessment of the functional status of the body in patients not only with frailty, but also with prefrailty.

Key words: *frailty, prefrailty, functional reserves, cardiopulmonary exercise testing, cancer*

Современная демографическая ситуация характеризуется увеличением доли людей старших возрастных групп в структуре населения. Это приводит к тому, что врачи различных специальностей все чаще имеют дело с полиморбидными пациентами, что требует особых подходов к диагностике и лечению. Хирургическое лечение пациентов пожилого и старческого возраста сопряжено с более высоким риском развития осложнений как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Более высокие риски осложнений у лиц старше 60 лет связаны с рядом факторов, среди которых можно выделить ассоциированные с возрастом структурно-функциональные изменения органов и тканей, приводящие к ухудшению адаптации организма; влияние хронических соматических заболеваний и лекарственной терапии [1]. В последнее время все больше внимания уделяется детальной оценке гериатрического статуса. Согласно результатам современных российских и зарубежных исследований, наличие гериатрических синдромов взаимосвязано с более высоким процентом осложнений, увеличением длительности госпитализации, снижением качества жизни и повышением вероятности летального исхода [2]. Старческая астения является ключевым гериатрическим синдромом, ее наличие ассоциировано с повышенной уязвимостью организма, снижением уровня его физического функционирования; преастения также рассматривается как фактор, способный оказать негативное влияние на функционирования организма [3].

Распространенность синдрома старческой астении и преастении увеличивается с возрастом [4], значимо возрастая у больных с онкологической патологией [5], в то же время частота встречаемости данных гериатрических синдромов изучена недостаточно. Обращает внимание, что в современные протоколы предоперационного обследования пациента не входит проведение комплексной гериатрической оценки и определение наличия и степени тяжести астении, хотя это может внести значимый вклад в тактику ведения пациента. Исход хирургических манипуляций высокого риска, например, крупных торакальных операций (пульмонэктомия, резекция пищевода), во многом зависит от уровня функционального резерва организма, что делает актуальным предоперационный скрининг синдрома астении и расширенную оценку функционального статуса перед операцией для оптимизации тактики ведения пациента, определения показаний к преабилитации.

Целью исследования было оценить распространенность синдрома старческой астении у пациентов, госпитализированных по поводу онкологических заболеваний легких и пищевода, а также оценить возможности использования различных методов предоперационной оценки для прогнозирования рисков у пациентов с астенией и преастенией.

Задачи исследования: оценить распространенность преастении и астении среди госпитализированных пациентов, проанализировать результаты предоперационной оценки клинико-лабораторных показателей и скрининговых шкал в зависимости от гериатрического статуса пациента; на основе анализа течения операции и послеоперационного периода оценить возможности персонализированной оценки периоперационных рисков у пациентов старше 60 лет.

Организация и методы исследования. В исследование были включены пациенты пожилого и старческого возраста, имеющие верифицированный первичный рак легких или пищевода, оперированные в плановом порядке по поводу онкологического заболевания.

Оценка гериатрического статуса проводилась на основании комплексной гериатрической оценки (КГО) и расчета индекса старческой астении. Была проведена оценка результатов рутинных предоперационных обследований (клинический, биохимический анализы крови, ЭКГ, ЭхоКГ, данные спирометрии). В качестве шкалы оценки риска развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы использовался индекс Lee [6], для оценки операционно-анестезиологического риска - шкала ASA [7], риск развития любых осложнений и летального исхода оценивался по шкале P-POSSUM [8]. Функциональный статус пациентов был оценен при помощи опросника Duke [9] и кардиореспираторного нагрузочного тестирования (КАРЕН-тест). КАРЕН-тест был выбран для оценки функционального статуса организма как метод, рекомендованный международными сообществами для оценки функциональных резервов пациентов групп высокого риска; его информативность в предоперационной оценке подтверждена большим количеством исследований [10,11]. Кардиореспираторное нагрузочное тестирование выполнялось предоперационно с использованием вертикального велоэргометра по протоколу рамповой нагрузки. Проводилась оценка показателей, включенных в протокол предоперацицонной оценки: анаэробный порог, пиковое потребление кислорода, вентиляционный эквивалент по углекислому газу [12].

Результаты исследования и их обсуждение. Всего в исследование было включено 60 пациентов. В зависимости от гериатрического статуса все больные были разделены на 3 группы. В группу А вошли пациенты с выявленной старческой астенией, в группу В – с преастенией, в группу С – без признаков астении. Клиническая характеристика групп пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Клиническая характеристика пациентов

Признак	Группа А	Группа В	Группа С
Количество человек	24 (40%)	20 (33%)	16 (27%)
Соотношение мужчин/женщин	12/12	15/5	11/5
Средний возраст, лет	72,2±1,3	68,3±1,4	67,2±1,3
Количество пациентов с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы	24 (100%)	19 (95%)	13 (81%)
Количество пациентов с хроническими заболеваниями органов дыхания	20 (83%)	16 (80%)	12 (75%)
Количество пациентов с анемией (во всех случая – легкая степень тяжести)	2 (8%)	1 (5%)	1 (6%)
Риск по ASA II III	 0 24 (100%)	 1 (5%) 19 (95%)	 2 (12%) 14 (88%)
Риск сердечно-сосудистых осложнений (Lee), %	8,2±0,2	7,8±0,2	7,5±0,3
Риск летальных осложнений по шкале P-POSSUM, %	2,5±0,3	1,9±0,3	1,8±0,2
Функциональный статус по Duke, баллы	10,32±1,2	11,7±1,0	16,2±1,5
Длительность операции, мин	198,1±5,8	206,7±7,2	202,3±6,3
Длительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии после операции, сутки	3,1±0,2	2,8±0,4	1,9±0,2
Наличие осложнений периоперационнного периода (количество случаев)	16 (67%)	7 (35%)	2 (12,5%)
Количество пациентов, повторно переведенных в отделение реанимации	6 (43%)	1 (10%)	0
Длительность госпитализации после операции, сутки	18,5±2,5	16,2±3,2	14,1±0,8
Количество летальных исходов	2 (8%)	1 (5%)	1 (6%)

Представленные данные показывают, что вне зависимости от гериатрического статуса все пациенты, включенные в исследование, имели отягощенный соматический анамнез, при этом частота встречаемости коморбидной патологии была сопоставима во всех группах. Соответственно, риски осложнений и летального исхода при их оценке по скрининговым шкалам также значимо не отличались между группами пациентов. Пациенты групп А и В имели худший функциональный статус в сравнении с пациентами группы С при его оценке по опроснику Duke.

У пациентов группы А была отмечена большая частота развития послеоперационных осложнений, что не противоречит современным литературным данным и объясняется более низкими функциональными резервами организма у пациентов с синдромом старческой астении. В то же время обращает внимание, что больные, включенные в группу В, значимо не отличались по особенностям течения послеоперационного периода от пациентов группы С несмотря на то, что их самооценка уровня физического функционирования по опроснику Duke была более низкой.

Анализ данных, полученных при проведении предоперационного кардиореспираторного нагрузочного тестирования, показал следующие результаты. Больные группы А более рано переходили на анаэробный порог и достигали меньшего уровня нагрузки в процессе исследования. В данной группе также был отмечен более низкий уровень относительного потребления кислорода (V`O2/кг) на анаэробном пороге и пике нагрузке в сравнении с остальными группами пациентов. Вентиляционный эквивалент по углекислому газу (V`E/V`CO2) был более высоким у пациентов с синдромом старческой астении. Указанные результаты отображены в таблице 2.

Таблица 2.

Сравнительные результаты КАРЕН-теста в группах пациентов

Показатель	Группа А	Группа В	Группа С
Уровень нагрузки, на которой был достигнут анаэробный порог, Вт	41,08±3,1*$	67,1±3,6&	76,1±1,9
Максимальный уровень нагрузки в процессе исследования, Вт	55,8±2,7*$	79,2±3,7&	87,0±2,9
V`O2/кг на анаэробном пороге, мл/мин/кг	11,08±0,5*$	13,5±0,4	13,9±0,5
V`O2/кг на пике нагрузки, мл/мин/кг	12,5±0,5*$	15,3±0,5&	15,6±0,6
V`E/V`CO2	36,3±1,1*$	33,2±1,0	33,1±1,1

Примечание: *p<0,05 между группами А и В; $p<0,05 между группами А и С; &p<0,05 меду группами В и С.

Интересными представляются данные, что у пациентов с преастенией, имевших осложнения (подгруппа В1) регистрировались более низкие значения потребления кислорода в процессе исследования в отличие от пациентов той же группы, не имевших осложнений (В2). Подобная закономерность прослеживалась и для пациентов с выявленным синдромом старческой астении и осложненным течением послеоперационного периода (подгруппа А1) в сравнении с больными данной группы без осложнений (А2), что отображено в таблице 3. Результаты не были статистически значимыми, что может быть связано с небольшим количеством пациентов, включенных в данный этап исследования, и требуют дальнейшего рассмотрения с участием большего количества пациентов.

Таблица 3.

Сравнительные результаты уровня потребления кислорода в процессе исследования в зависимости от исхода операции.

Показатель	Подгруппа А1	Подгруппа А2	Подгруппа В1	Подгруппа В2
V`O2 на анаэробном пороге, л/мин	10,8±0,6	11,6±0,7	11,0±0,5	14,5±0,7
V`O2 на пике нагрузки, л/мин	12,1±0,5	13,2±0,8	12,6±0,7	15,8±0,6

Заключение. В нашем исследовании у пациентов с онкологическими заболеваниями легких и пищевода распространенность синдрома старческой астении составила 40%, преастении — 33%. Использование скрининговых шкал дало сопоставимые результаты для всех групп пациентов, однако фактически частота развития послеоперационных осложнений у пациентов с астенией была значимо выше. Согласно результатам индекса Duke, функциональный статус у пациентов с астенией и преастенией был сопоставим и находился на более низком уровне в сравнении с больными, не имевшими признаков астении. Однако показатели функционирования организма, оцененные с помощью кардиореспираторного нагрузочного тестирования, выявили значимые различия в данных группах пациентов и коррелировали с исходом операции. Полученные результаты показывают целесообразность оценки гериатрического статуса у пациентов старших возрастных групп с онкологическими заболеваниями легких и пищевода перед операцией и необходимость расширенной оценки функционального статуса организма у пациентов не только с синдромом старческой астении, но и с преастенией.

Список литературы:

1. Flynn DE, Mao D, Yerkovich ST, Franz R, Iswariah H, Hughes A, Shaw IM, Tam DPL, Chandrasegaram MD. The impact of comorbidities on post-operative complications following colorectal cancer surgery. PLoS One. 2020 Dec 23;15(12):e0243995. doi: 10.1371/journal.pone.0243995
2. McGuckin DG, Mufti S, Turner DJ, Bond C, Moonesinghe SR. The association of peri-operative scores, including frailty, with outcomes after unscheduled surgery. Anaesthesia. 2018;73(7):819-824. doi:10.1111/anae.14269
3. Ткачева, О.Н., Котовская, Ю.В., Рунихина, Н.К., Фролова, Е.В., Наумов, А.В., Воробьева, Н.М., Остапенко, В.С., Мхитарян, Э.А., Шарашкина, Н.В., Тюхменев, Е.А., Переверзев, А.П., & Дудинская, Е.Н. (2020). Клинические рекомендации «Старческая астения».
4. Siriwardhana DD, Hardoon S, Rait G, Weerasinghe MC, Walters KR. Prevalence of frailty and prefrailty among community-dwelling older adults in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. (2018) 8:e018195. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018195
5. Ness KK, Wogksch MD. Frailty and aging in cancer survivors. Transl Res.
6. (2020) 221:65–82. doi: 10.1016/j.trsl.2020.03.013
7. Lee T.H., Marcantonio E.R., Mangione C.M. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. Circulation. 1999 7; 100 (10): 1043–1049
8. Mayhew D, Mendonca V, Murthy BVS. A review of ASA physical status - historical perspectives and modern developments. Anaesthesia. 2019 Mar;74(3):373-379. doi: 10.1111/anae.14569
9. Copeland GP, Jones D, Walters M. POSSUM: A scoring system for surgical audit. Br J Surg 1991; 78: 355-60
10. Wijeysundera DN, Beattie WS, Hillis GS, et al. Integration of the Duke Activity Status Index into preoperative risk evaluation: a multicentre prospective cohort study. Br J Anaesth. 2020;124(3):261-270. doi:10.1016/j.bja.2019.11.025
11. Older PO, Levett DZH. Cardiopulmonary Exercise Testing and Surgery. Ann Am Thorac Soc. 2017 Jul;14(Supplement_1):S74-S83. doi: 10.1513/AnnalsATS.201610-780FR
12. Wasserman K. 2005. Principles of exercise testing and interpretation: including pathophysiology and clinical applications. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 68.
13. Н.Т. Ватутин, А.С. Смирнова, Е.С. Гасендич, И.В. Тов Современный взгляд на кардиопульмональное нагрузочное тестирование (обзор рекомендаций EACPR/AHA, 2016) // Архивъ внутренней медицины. 2017. №1 (33).

Spisok literatury:

1. Flynn DE, Mao D, Yerkovich ST, Franz R, Iswariah H, Hughes A, Shaw IM, Tam DPL, Chandrasegaram MD. The impact of comorbidities on post-operative complications following colorectal cancer surgery. PLoS One. 2020 Dec 23;15(12):e0243995. doi: 10.1371/journal.pone.0243995
2. McGuckin DG, Mufti S, Turner DJ, Bond C, Moonesinghe SR. The association of peri-operative scores, including frailty, with outcomes after unscheduled surgery. Anaesthesia. 2018;73(7):819-824. doi:10.1111/anae.14269

3. Tkacheva, O.N., Kotovskaya, YU.V., Runihina, N.K., Frolova, E.V., Naumov, A.V., Vorob'eva, N.M., Ostapenko, V.S., Mhitaryan, E.A., SHarashkina, N.V., Tyuhmenev, E.A., Pereverzev, A.P., & Dudinskaya, E.N. (2020). Klinicheskie rekomendacii «Starcheskaya asteniya».
4. Siriwardhana DD, Hardoon S, Rait G, Weerasinghe MC, Walters KR. Prevalence of frailty and prefrailty among community-dwelling older adults in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. (2018) 8:e018195. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018195
5. Ness KK, Wogksch MD. Frailty and aging in cancer survivors. Transl Res.
6. (2020) 221:65–82. doi: 10.1016/j.trsl.2020.03.013
7. Lee T.H., Marcantonio E.R., Mangione C.M. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. Circulation. 1999 7; 100 (10): 1043–1049
8. Mayhew D, Mendonca V, Murthy BVS. A review of ASA physical status - historical perspectives and modern developments. Anaesthesia. 2019 Mar;74(3):373-379. doi: 10.1111/anae.14569
9. Copeland GP, Jones D, Walters M. POSSUM: A scoring system for surgical audit. Br J Surg 1991; 78: 355-60
10. Wijeysundera DN, Beattie WS, Hillis GS, et al. Integration of the Duke Activity Status Index into preoperative risk evaluation: a multicentre prospective cohort study. Br J Anaesth. 2020;124(3):261-270. doi:10.1016/j.bja.2019.11.025
11. Older PO, Levett DZH. Cardiopulmonary Exercise Testing and Surgery. Ann Am Thorac Soc. 2017 Jul;14(Supplement_1):S74-S83. doi: 10.1513/AnnalsATS.201610-780FR
12. Wasserman K. 2005. Principles of exercise testing and interpretation: including pathophysiology and clinical applications. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 68.
13. N.T. Vatutin, A.S. Smirnova, E.S. Gasendich, I.V. Tov Sovremennyj vzglyad na kardiopul'monal'noe nagruzochnoe testirovanie (obzor rekomendacij EACPR/AHA, 2016) // Arhiv" vnutrennej mediciny. 2017. №1 (33).

УДК 614.29

СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ (ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ), ДЕФОРМАЦИЙ И ХРОМОСОМНЫХ НАРУШЕНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПОРОКОВ СЕРДЦА, СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА ЗА ПЕРИОД 2019 -2021 ГОДЫ

THE STATE OF PRIMARY DISABILITY DUE TO CONGENITAL ANOMALIES (MALFORMATIONS), DEFORMITIES AND CHROMOSOMAL ABNORMALITIES, INCLUDING HEART DEFECTS, AMONG THE CHILD POPULATION OF THE REPUBLIC OF TYVA FOR THE PERIOD 2019-2021

Тыкыл-оол О.А.,
Сат У.К.,
Ондар Ч.А.
Tykyl-ool O.A.,
Sat U.K.,
Ondar CH.A.

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России, г. Кызыл.

Анализ первичной инвалидности вследствие врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений среди детского населения Республики Тыва за период 2019–2021 гг. показал, что уровень первичной инвалидности в течение всего изучаемого периода остается высоким, чем в России и Сибирском федеральном округе(далее СФО). При изучении первичной инвалидности у детей вследствие врожденных аномалий (пороков развития) и хромосомных нарушений четко прослеживается высокая доля среди первично установленных врожденных пороков сердца. Максимальные число детей и уровень первичной инвалидности вследствие врожденных пороков сердца регистрировались в 2021 г., причем во все годы исследования уровень был выше показателей в России и СФО.

Ключевые слова: *первичная инвалидность, врожденные аномалии развития, врожденные пороки сердца, профилактика инвалидности.*

The analysis of primary disability due to congenital anomalies (malformations), deformities and chromosomal disorders among the child population of the Republic of Tyva for the period 2019-2021 showed that the level of primary disability during the entire study period remains high than in Russia and the Siberian Federal District (hereinafter SFD). In the study of primary disability in children due to congenital anomalies (malformations) and chromosomal abnormalities, a high proportion among the initially established congenital heart defects is clearly traced. The maximum number of children and the level of primary disability due to congenital heart defects were registered in 2021, and in all the years of the study the level was higher than in Russia and the Siberian Federal District.

Key words: *primary disability, congenital malformations, congenital heart defects, disability prevention.*

Всего по учреждению за 2019-2021 годы прошли дети с врожденными аномалиями развития и хромосомными нарушениями в 2019 году – 61 ребенок, в 2020 году – 50 детей, в 2021 году – 70 детей. Удельный вес составил в 2019 году – 25,4%, в 2020 году – 23,0%, в 2021 году – 28,8%.

По определению ВОЗ – «Врожденные пороки развития именуются также врожденными пороками, врожденными нарушениями или врожденными деформациями. Врожденные пороки развития можно определить как структурные или функциональные отклонения от нормы (например,

метаболические расстройства), которые проявляются в период внутриутробного развития и могут быть выявлены до рождения, во время рождения или на более поздних этапах жизни».

Таблица 1

Показатели первичной инвалидности по Республике Тыва и первичная инвалидность по врожденным порокам развития, вследствие врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений среди детского населения Республики Тыва, РФ и СФО за период 2019–2021 годы (абс. число, уровень на 10 тыс. детского населения)

Годы	ВПИ							
	всего		вследствие ВАР					
	Республика Тыва		Республика Тыва		РФ		СФО	
	Абс. число	Уровень	Абс. число	Уровень	Абс. число	Уровень	Абс. число	Уровень
2019	240	19,8	61	5,0	11971	4,0	1445	3,8
2020	218	17,8	50	4,1	10969	3,6	1278	3,8
2021	243	19,7	70	5,7	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных

Количество впервые признанных по категории «ребенок-инвалид» детей всего по Республике Тыва за анализируемый период нестабильно, но имеет тенденцию к увеличению, особенно такая тенденция наблюдается за 2021 год. Наибольшая доля детей-инвалидов с врожденными аномалиями развития отмечается также в 2021 году-5,7 против 5,0 в 2019 году и 4,1 в 2020 году. Если сравнить численность признанных детей-инвалидов с врожденными пороками развития, деформациями и хромосомными нарушениями в Республике Тыва с долей детей-инвалидов по РФ и СФО, то доля таких детей по Республике Тыва превышает за наблюдаемый период.

Таблица 2

Структура врожденных аномалий развития у впервые признанных детей-инвалидов с учетом локализации и варианта ВАР в Республике Тыва за период 2019 – 2021 годы (абс. число, %)

Локализации и варианты ВАР	2019	2020	2021	2019	2020	2021
	абс. число			удельный вес		
Врожденные пороки сердца	21	25	18	35,5	50,0	25,7
ВАР головного мозга	3	3	3	5,0	6,0	4,3
челюстно-лицевой области	7	7	10	11,3	14,0	14,3
опорно-двигательного аппарата	10	2	15	16,2	4,0	21,5
органов дыхания	1	1	0	1,5	2,0	0
желудочно-кишечного тракта	1	1	8	1,5	2,0	11,5
мочеполовой системы	0	1	0	0	0	0
глаза и его придаточного аппарата	4	2	3	6,4	4,0	4,3
Хромосомные аномалии	10	8	9	16,2	16,0	12,7
Прочие	4	-	4	6,4	2,0	5,7
Всего	**61**	**50**	**70**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Наиболее часто среди врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений, формирующих первичную инвалидность, встречаются врожденные пороки сердца (далее ВПС), которые занимают большую часть, что в среднем составляет 37,0%, доля их колеблется, далее по значимости идут врожденные аномалии опорно-двигательного аппарата, доля их значительно выросла с 4,0 в 2020 году до 21,5 в 2021году – в 5,4 раза. На третьем месте – врожденные

аномалии развития челюстно-лицевой области, доля которых имеет тенденцию к увеличению за последние 2 года – 14,0-14,3 соответственно. Также отмечен значительный рост доли врожденных аномалий желудочно-кишечного тракта в 5,8 раз. За последние 2 года стабильные показатели врожденных аномалий глаза и его придаточного аппарата - 4,0-4,3 соответственно. Тенденция к снижению наблюдается показателей по врожденным аномалиям головного мозга с 6,0 в 2020 году до 4,3 в 2021 году. Доля детей с хромосомными аномалиями снижается с 16,2 в 2019 году до 12,7 в 2021 году.

Таблица 3

Показатели первичной инвалидности вследствие врожденных пороков сердца среди детского населения Республики Тыва, РФ и СФО за период 2019–2021 годы (абс. число, уровень на 10 тыс. детского населения)

Годы	ВПИ вследствие ВПС					
	Республика Тыва		РФ		СФО	
	Абс. число	Уровень	Абс. число	Уровень	Абс. число	Уровень
2019	21	1,7	3560	1,2	469	1,2
2020	25	2,0	3277	1,1	404	1,1
2021	18	1,5	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных

Уровень первичной инвалидности детей с ВАР вследствие врожденных пороков сердца остается на высоком уровне по сравнению с показателями по РФ и СФО.

При врожденных аномалиях кровообращения оперативная коррекция порока является одним из видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Проведение таких сложных операций требует наличия многопрофильных центров, в составе которых есть кардиохирургические отделения с самым последним роботизированным оснащением, реконструктивные оперативные вмешательства особенно при врожденных пороках сердца остаются в Республике Тыва насущной проблемой, что связано в первую очередь из-за отсутствия многопрофильных центров.

Сложная оперативная помощь по реконструктивной хирургии сердце оказывается маленьким пациентам за пределами республики –в частности в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е. Н. Мешалкина» г. Новосибирска или Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии г. Красноярска.

Таблица 4

Структура первичной инвалидности вследствие врожденных пороков сердца среди детского населения Республики Тыва с учетом варианта ВПР за период 2019 – 2021годы (абс. число, %)

Годы	Всего ВПС	Дефекты врожденных пороков сердца по видам											
		ДМЖП		ДМПП		ОАП		Сочетанные пороки сердца		Тетрада Фалло		Стеноз легочной артерии	
		Абс. Число	Уровень	Абс. число	Уровень	Абс. Число	Уровень	Абс. число	Уровень	Абс. число	Уровень	Абс. Число	Уровень
2019	21	5	23,8	4	19,0	1	4,8	8	38,1	3	14,3	-	-
2020	25	9	36,0	-	-	3	12,0	10	40,0	1	4,0	2	8,0
2021	18	4	22,2	2	11,1	1	5,6	4	22,2	1+1 а. Эбштейна	11,1	5	27,8

При изучении медико-экспертных дел наибольшую долю в структуре врожденных пороков сердца у детей-инвалидов в Республике Тыва за период исследования составили сочетанные дефекты (например, ДМЖП+ДМПП+ОАП+коарктация аорты), их удельный вес составил 38,1% - 40,0% – 22,2% в 2019–2021 годы от общего числа врожденных пороков сердца. Дефекты межжелудочковой перегородки (ДМЖП) занимают 2-е место, их доля составила от 23,8% - 36,0% - 22,2% соответственно. Доля детей с тетрадой Фалло колеблется, в 2019 году был 14,3, в 2020 году признан только 1 ребенок (4,0), в 2021 г по 1 ребенку с тетрадой Фалло и аномалией Эбштейна (по 5,6%). В 2021 году на фоне снижения удельного веса всех врожденных пороков сердца выросла доля стенозов легочной артерии с 8,0 в 2020 г до 27,8 в 2021 г. Детей с дефектом межпредсердной перегородкой в 2020 году не было, но доля их по сравнению с 2019 годом снизилась с 19,0 до 11,1. Удельный вес детей с открытым артериальным протоком не стабильный, больше признаны инвалидами дети в 2020 году – 12,0.

Таблица 5

Структура первичной инвалидности вследствие врожденных пороков сердца среди детского населения Республики Тыва с учетом возраста за период 2019– 2021годы (абс. число, %)

Годы	Всего ВПИ		в том числе дети с врожденным пороком сердца							
			0–3 года		4–7 лет		8–14 лет		15 лет и старше	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
2019	61	100,0	19	31,1	1	1,6	2	3,3	-	
2020	50	100,0	15	30,0	-	-	3	6,0	-	
2021	70	100,0	14	20,0	1	1,4	3	4,3	1	1,4

Основную долю в возрастной структуре первичной детской инвалидности вследствие ВПС составляют дети в возрасте 0 – 3 года, данная возрастная категория детей составила в 2019 г. – 31,1 %; в 2020 г. – 30,0%; в 2021 г. – 20,0 %; от общего числа впервые признанных детьми-инвалидами. Далее по убывающей идут дети от 8 до 14 лет, что составило 3,2% -6,0% -4,2% по годам. Дети от 4 до 7 лет и дети подросткового возраста 15 -17 лет были меньше всего среди этого контингента детей-инвалидов.

Таблица 6

Структура первичной инвалидности вследствие врожденных пороков сердца среди детского населения Республики Тыва с учетом пола и возраста за период 2019–2021 годы (абс. число, %)

Годы	Всего ВПС		Мальчики						Девочки					
			Всего		0 – 3	4 – 7	8 – 14	15 - 17	Всего		0 – 3	4 – 7	8 – 14	15 - 17
	А.ч	%	А.ч	%	Абс. числа				А.ч	%	Абс. числа			
2019	21	100,0	9	42,8	9	-		-	12	57,1	10	1	1	-
2020	25	100,0	12	48,0	10	-	2	-	13	52,0	12	-	1	-
2021	18	100,0	5	27,7	3	1	1	-	13	72,2	10	-	2	1

По половозрастной структуре детей-инвалидов с ВПС в течение всего анализируемого периода большую долю составляют дети женского пола, которые составляют от 21,3 % (2019) до 17,1 % (2021). Девочки имеют количественное превосходство над мальчиками и представлены в наибольшем количестве в возрастной категории в период так называемого «раннего детства», от 0 до 3 лет, в более старших возрастных группах такого количественного размаха не наблюдается. По таблице

видно, что в дошкольном, школьном и подростковом возрасте количество первично признанных детей постепенно уменьшается, особенно в 15 -17 лет.

Таблица 7

Распределение первичной инвалидности вследствие врожденных пороков сердца среди детского населения Республики Тыва с учетом места проживания за период 2019–2021 годы (абс. число, %)

Место проживания	2019		2020		2021	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Город	10	47,6	14	56,0	10	55,5
Село	11	52,4	11	44,0	8	44,5
Всего	21	100,0	25	100,0	18	100,0

За анализируемый период среди впервые признанных инвалидами детей с ВПС, в 2020 и 2021 годы большинство детей были из городской местности, что составило соответственно-56,0%-55,5%, в 2019 году превалировало количество детей из сельской местности над городскими детьми, их доля составила 52,4% (на 1 ребенка больше).

Заключение

За изучаемый период выявлено, что уровень первичной детской инвалидности вследствие врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений у детей-инвалидов Республики Тыва за 2019 -2021 годы остается выше, чем в СФО и РФ. В структуре первичной инвалидности вследствие врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений основную долю составляют врожденные пороки сердца (в среднем 37,0 %). По количественным показателям видно, что уровень первичной детской инвалидности был выше в 2021 году минимальный порог отмечается - в 2020 году хотя за анализируемый период уровень первичной детской инвалидности по Республике Тыва превышает уровень показателей первичной детской инвалидности в СФО и РФ.

В нозологической структуре вследствие врожденных пороков сердца прослеживается высокая доля детей со сложными сочетанными пороками сердца. Также не меньший удельный вес составляют дети-инвалиды с такими пороками сердца, как дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток, дефект межпредсердной перегородки, тетрада Фалло, аномалия Эбштейна.

Половозрастная структура представлена в основном девочками, возрастную категорию составляют дети в возрасте от 0 до 3 лет, преимущественно из городской местности.

Примерно 50% всех пороков развития нельзя связать с какой-либо конкретной причиной, однако некоторые причины или факторы риска известны:

- социально-экономические факторы;
- инфекции внутриутробные;
- генетические факторы;
- питание матери.

Профилактические медико-санитарные меры, принимаемые в период подготовки к беременности и в период зачатия, а также дородовое медицинское обслуживание снижают частоту появления некоторых врожденных пороков развития. Первичная профилактика пороков развития включает следующие меры:

- улучшение питания женщин;
- наблюдение за тем, чтобы беременная женщина не употребляла или употребляла ограниченном количестве вредные для здоровья продукты;

- предупреждение диабета в период подготовки к беременности и во время беременности при помощи консультирования, борьбы с излишним весом, правильного питания и, в необходимых случаях, введения инсулина;

- предупреждение во время беременности воздействия содержащихся в окружающей среде опасных веществ (например, тяжелых металлов, пестицидов, некоторых лекарственных препаратов);

- контроль за тем, чтобы любое воздействие на организм беременной женщины лекарственных средств или облучения в медицинских целях (например, рентгеновскими лучами) было оправданным и было основано на тщательном анализе рисков и пользы для здоровья;

- расширение охвата вакцинацией женщин и детей, особенно против вируса краснухи;

- расширение масштабов и усиление учебной работы с медработниками и другими сотрудниками, причастными к укреплению профилактики пороков развития.

Медицинская помощь до зачатия (в предзачаточный период) и около времени зачатия (в околозачаточный период) включает основные меры по охране репродуктивного здоровья, а также медицинский генетический скрининг и консультирование. Скрининг можно проводить в течение трех периодов.

Также наряду с вышеперечисленными факторами наблюдается дефицит медицинских кадров, в частности таких специальностей как генетик, детский кардиолог, врачи-лаборанты для проведения сложных генетических анализов.

Для профилактики высокого уровня инвалидности вследствие врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных необходимо активное участие врачей узкого профиля в части антенатальной профилактики путем проведения очных лекций, вебинаров в онлайн-формате, проведения выездных семинаров и очных осмотров, консультаций для врачей всех специальностей и населения, особенно узкими специалистами из НИИ НМИЦ г. Новосибирска и Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии.

Список литературы:

1. «Медико-социальная экспертиза при заболеваниях сердечно-сосудистой системы у детей. Учебное пособие. Санкт-Петербург, 2017г., стр. 20 -49.
2. Доклад и.о.руководителя-главного эксперта О.А.Тыкыл-оол ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России за 2019-2021гг.
3. Методическое пособие «Медико-социальная экспертиза за 2019-2020 годы». г. Москва с.98-102.
4. Шабалов Н.П. Детские болезни. Учебник для вузов. Издание 6-е, переработанное и дополненное. В 2 томах. Санкт-Петербург: Питер, 2009, т. 2, С. 11 -47.
5. Данные Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ) за 2021 год.

Spisok literatury:

1. «Mediko-social’naya ekspertiza pri zabolevaniyah serdechno-sosudistoj sistemy u detej. Uchebnoe posobie. Sankt-Peterburg, 2017g., str. 20 -49.
2. Doklad i.o.rukovoditelya-glavnogo eksperta O.A.Tykyl-ool FKU «GB MSE po Respublike Tyva» Mintruda Rossii za 2019-2021gg.
3. Metodicheskoe posobie «Mediko-social’naya ekspertiza za 2019-2020 gody». g.Moskva s.98-102.
4. SHabalov N.P. Detskie bolezni. Uchebnik dlya vuzov. Izdanie 6-e, pererabotannoe i dopolnennoe. V 2 tomah. Sankt-Peterburg: Piter, 2009, t. 2, S. 11 -47.
5. Dannye Vsemirnoj Organizacii zdravoohraneniya (VOZ) za 2021 god.

УДК 614.253.1

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, ГРАЖДАНАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ, ВЫЗВАННЫМИ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

MEDICAL ETHICS AND DEONTOLOGY IN THE PRACTICE OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE, TO CITIZENS WITH MENTAL DISORDERS AND BEHAVIORAL DISORDERS CAUSED BY ALCOHOL CONSUMPTION IN THE UDMURT REPUBLIC.

Уваров И.А.
Порцева И.А.
Столбова М.С.
Uvarov I.A.
Portseva I.A.
Stolbova M.S.

ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России
Россия,426008,Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Свердлова, д.22

врач по медико-социальной экспертизе,
Экспертного состава №1
Тел. 8(3412)65-65-16 доб.202
E-mail:s1@mseur.ru

Понятия этика и деонтология известны с древнейших времен и формировались параллельно со становлением медицины как профессии. В зависимости от медицинской специальности существуют различные виды деонтологии, в том числе и в медико-социальной экспертизе. Деятельность врачей по медико-социальной экспертизе, их нормы поведения и общения имеют определенные особенности и отличаются от деонтологических правил врачей других специальностей. Одной из сложной в общении категорий составляют граждане с психическим расстройствами и расстройствами поведения, например граждане с психическими расстройствами и расстройствами поведения, вызванными употреблением алкоголя.

Ключевые слова: *деонтология, медико-социальная экспертиза, доверительный контакт, эффективность взаимодействия, граждане с психическими расстройствами и расстройствами поведения, вызванными употреблением алкоголя.*

The concepts of ethics and deontology have been known since ancient times and were formed in parallel with the formation of medicine as a profession. Depending on the medical specialty, there are various types of deontology, including in medical and social expertise. The activity of doctors on medical and social expertise, their norms of behavior and communication have certain features and differ from the deontological rules of doctors of other specialties. One of the most difficult categories to communicate with is citizens with mental disorders and behavioral disorders, for example, citizens with mental disorders and behavioral disorders caused by alcohol consumption.

Keywords: *deontology, medical and social expertise, confidential contact, efficiency of interaction citizens with mental disorders and behavioral disorders caused by alcohol consumption.*

Вопросы деонтологии в медико-социальной экспертизе (МСЭ) крайне актуальны, так как конечным результатом работы должно быть единое решение, отражающее экспертное заключение о степени выраженности нарушенных функций организма, приводящих к основным категориям ограничения жизнедеятельности, различной степени выраженности, а также нуждаемости в мерах социальной защиты, включая реабилитации или абилитацию.

Работа врачей по медико-социальной экспертизе (далее – врачей по МСЭ) связана как с непосредственным общением с обратившимися гражданами, посредством опроса, сбора жалоб, данных личного осмотра (обследования), так и требует проведения тщательного анализа представленных данных, выделения главных компонентов, позволяющих принять коллегиальное решение.

Другую сторону МСЭ определяет физическое и психическое состояние граждан, обратившихся на МСЭ. Нередко у них наблюдаются нарушения эмоциональной сферы, изменения личности и поведения. Следует особо отметить, что интересы взаимодействующих лиц зачастую не совпадают. В данной ситуации возрастает необходимость разработки мер, направленных на устранение причин и профилактику конфликтных ситуаций.

Одним из наиболее эффективных решений данной проблемы является рассмотрение их с позиций деонтологического подхода и состоит из следующих важных принципов общения:

- применять личностно-ориентированный подход к каждому гражданину, обратившемуся на медико-социальную экспертизу.

- не забывать, что все негативные симптомы в отношении развития заболевания могут менять представления человека о его будущем, вызывают разнообразные психические реакции – от отрицания до агрессии.

- стараться понять и осознать чувства и мысли гражданина, находящегося в условиях адаптации с тяжелымзаболеванием.

При непосредственном знакомстве с гражданином чрезвычайно важно выстраивание доверительного контакта и беседы. На этом этапе следует активно применять основополагающие принципы медицинской этики и деонтологии («не навреди», «делай добро», «уважай достоинства человека» и др.). Непосредственное общение с гражданином, обратившимся на МСЭ, начинается с регистратуры, где проводится сверка документов, данных на гражданина.

Для обеспечения эффективности взаимодействия необходимо соблюдение ряда условий:

- показать, что врач открыт для общения;
- владеть речью;
- уметь слушать;
- относится к гражданину без предубеждений;
- быть осторожным и осмотрительным в прогнозах и высказываниях;
- уметь выйти из конфликта.

Для создания благоприятной атмосферы во время проведения МСЭ рекомендуется придерживаться следующих правил эффективного общения:

- избегать доминирующей позиции;
- избегать споров, категорических высказываний;
-не допускать раздражительных реакций, проявлений грубости, бестактности как в отношении граждан, так и их родственников;
- проявлять терпимость и участие;
- быть вежливым, спокойным;
- в беседе быть точным, конкретным;
- не переходить на личности, не давать оценку человеку;
- аргументировать факты обоснованно, объяснять доступно и понятно;
- не давать советы, не обнадеживать гражданина в возможности положительного решения об установлении инвалидности;
- не быть назидательно навязчивым;
- не обвинять человека, даже если он не прав;
- не проявлять грубости к человеку, даже если вас провоцируют;
- проявлять выдержку и достоинство в любой ситуации.

В 2021 году Удмуртская Республика была включена в Пилотный проект по отработке подходов, используемых при проведении медико-социальной экспертизы в дистанционной форме, утвержденный приказом Минтруда России от 25.03.2021 № 149. Использование телеэкспертных технологий дает возможность провести объективную экспертно-реабилитационную диагностику и определить вид и степень имеющихся у инвалида ограничений жизнедеятельности (способность к самообслуживанию, передвижению, ориентации, общению, способность контролировать свое поведение), оценить антропометрические данные инвалида, особенности деформации тела; обоснованно определить реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз инвалида; и, как итог, определить медицинские показания и медицинские противопоказания для обеспечения техническими средствами реабилитации. В целях реализации технического задания были проведены сеансы связи с использованием телеэкспертных технологий между Бюро и Экспертными составами, а также между Экспертными бюро и Федеральным Бюро. При использовании телеэкспертных технологий есть свои особенности общения с гражданином:

- голос должен быть достаточно громким, речь четкая, понятная;
- надо учитывать эмоциональное состояние гражданина, который может испытывать большее волнение перед камерами;
- уметь слушать, для установления более доверительного контакта с гражданином;
- следование партнерскому стилю общения;
- избегание резких высказываний;
- избегать длительных пауз, не относящихся к процедуре МСЭ разговоров.

Одной из сложной в общении категорий составляют граждане с психическим расстройствами и расстройствами поведения, например гражданес психическими расстройствами и расстройствами поведения, вызванными употреблением алкоголя. По данным Удмуртстатав 2021 году жители Удмуртии потратили на алкоголь 14,7 млрд. рублей. По данным Управления Роспотребнадзора по Удмуртии, в республике за тот же период зарегистрировали 984 случая отравления спиртными напитками. Алкоголь — наиболее частая причина смерти от отравлений. На него приходится 48,8% от общего числа интоксикаций.

Несмотря на комплекс мер, направленных на лечение, профилактику алкогольной зависимости, остается актуальной тема последствий алкоголизма, приводящих к стойким необратимым нарушениям функций организма и инвалидности, которые приводят к необходимости в мерах социальной поддержки, включая реабилитацию. По данным Г.П. Киндрас при относительно небольшой численности инвалидов вследствие алкогольной зависимости с психическими нарушениями, которая составляет 2-3% в структуре контингента психически больных инвалидов, им должно уделяться пристальное внимание в связи с клинико-патогенетическими особенностями данного заболевания.

По данным статистических отчетов по форме 7-собес ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России данный показатель составляет также не более 2% (в 2020 году -17 граждан (1,9%), в 2021 году - 13 граждан (1,4%) в структуре инвалидности контингента граждан страдающими психическими расстройствами и расстройствами поведения.

При проведении МСЭ они требуют особых подходов и методов в общении:

- индивидуальный подход;
- сохранение спокойствия и самообладания со стороны врача;
- следование партнерскому стилю общения;
- избегание эмоциональной формы общения;
- обращение и просьбы должны быть в спокойной и убедительной форме;
- очень важен стиль общения: говорить следует несколько медленнее, спокойно и чётко, задавать вопросы по одному:
- следует выслушивать ответы полностью, не перебивая;
- не следует разубеждать гражданина в его ошибочных убеждениях;
- следует игнорировать бредовые высказывания (реагировать только на действия);
- следует избегать словесным штампов и образных выражений, если не уверены, что гражданин знаком с ними;

- врачам необходимо быть готовыми повторить всё несколько раз;
- следует излагать вопросы, сведения в доступной и понятной для гражданина форме.

Крайне ответственным и сложным как для врачей по МСЭ, так и гражданина является завершающий этап - объявление решения по результатам медико-социальной экспертизы. До гражданина следует довести окончательное решение так, чтобы оно стало максимально понятным. Нередко приходится объявлять отрицательное решение, с отказом в установлении инвалидности. При этом ответная реакция гражданина не всегда носит адекватный характер, ибо не оправдавшиеся ожидания граждан часто приводят к формированию конфликтных ситуаций.

Для эффективной деятельности всем специалистам, участвующим в проведении МСЭ необходимо обладать следующими характеристикам:

- способностью к аналитическому мышлению;
- иметь высокий уровень мнестических процессов;
- обладать высоким уровнем развития аттентивных процессов;
- иметь развитые вербальные и невербальные способы общения, а также навыки письменного изложения мысли;
- иметь склонность к исследовательской и аналитической деятельности;
- иметь устойчивую эмоционально-волевую сферу;
- обладать личностной зрелостью.

С целью снижения рисков конфликтных ситуаций целесообразно осуществление разнонаправленной информационно-разъяснительной работы:

- оснащение первичных бюро медико-социальной экспертизы информационными стендами, на которых представлена информация в доступной форме, касающаяся учреждений МСЭ
- оборудование в холлах бюро телевизоров для размещения информационных материалов;
- развитие сайта учреждения, на котором граждане могут получить информацию о деятельности службы, контактную информацию, перечень нормативных и правовых актов и др.;
- с декабря 2021 года Учреждение присоединилось к федеральному проекту «Единый контакт–центр взаимодействия с гражданами», предназначенный для обеспечения дистанционного получения гражданами круглосуточно в режиме реального времени информации по вопросам предоставления мер социальной поддержки, социальных услуг в рамках социального обслуживания, государственной социальной помощи и иных социальныхгарантий.
- реализация межведомственного взаимодействия с учреждениями здравоохранения, органами исполнительной власти;

Таким образом, для повышения качества оказания услуги по проведению МСЭ, а такжедля снижения рисков возникновения конфликтных ситуаций необходимо соблюдение специалистами МСЭ правил и норм этики и деонтологии, в рамках повышения квалификации специалистов МСЭ включать часы для обученияпсихологическим приемам (вербальным и невербальным способам общения).

Список литературы:

1. Беркли-Алчен М. Забытое искусство слушать. Санкт-Петербург: Питер Пресс, 1997, 256 с.
2. Билибин Д.Ф. Горизонты деонтологии.// Вести АМН СССР,1979., 5, - 35 с.
3. Волобоева Т.В., Рываненко М.В.., Платонихина А.М. Этика и деонтология в деятельности врача по медико-социальной экспертизе. Практика преодоления конфликтных ситуаций. Ж. Медико-социальные вопросы инвалидности. 2014., 3, С. 18 – 22.
4. Гейзер И.М. В.В.Вересаев. Писатель - врач. Москва: Медгиз, 1957, 148 с.
5. Гиппократ. Избранные книги. Москва: «Сварог». 1994. 736 с.
6. Деонтология в медицине. Под ред. Б.В.Петровского. В 2 томах. Москва. Медицина, 1988, 352 с.
7. Иванюшкин А.Я., Игнатьев В.Н. Коротких Р.В. Введение в биоэтику: Учебное пособие М.: Прогресс – Традиция, 1998. – 381 с.

8. Козлов С.И., Шабалина Н.Б. Деонтология и управление конфликтами в медико-социальной экспертизе. Ж. Медико-социальные проблемы инвалидности. 2017 г., 3, С. 46 – 55.
9. Морозова Е.В., Дымочка М.А., Козлов С.И., Жукова Е.В. Этика и деонтология в практической деятельности специалистов учреждений медико-социальной экспертизы, тактика бесконфликтного поведения. Методическое пособие – Р.: Донской издательский дом», 2024.- 144 с.
10. Осадчих А.И., Пузин С.Н., Лаврова Д.И. и др. Основы медико-социальной экспертизы. – М. Медицина, 2005. – 448 с.
11. Разин А.В. Этика: учебник для Вузов. М.: Академический проспект, 2006 – 624с.
12. Суховершина Ю.В., Тихомирова Е.П., Скоромная Ю.А. Тренинг коммуникативных компетенций. Москва: Академический Проект, Трикста, 2006, 112с.
13. Трофимов В.К. Деловая этика. Ижевск: Д ФГОУ ВПО Ижевская ГСХА, 2011.- 352 с.
14. Хижняков В.В. А.П.Чехов как врач. Ленинград: Медгиз, 1957. 148с.
15. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А. (под ред.) // Наркология: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - С. 576-677.
16. Приказ Росстата от 05.12.2019 N 742»Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации федерального статистического наблюдения за деятельностью федеральных государственных организаций медико-социальной экспертизы».

Spisok literatury:

1. Berkli-Alchen M. Zabytoe iskusstvo slushat’. Sankt-Peterburg: Piter Press, 1997, 256 s.
2. Bilibin D.F. Gorizonty deontologii.// Vesti AMN SSSR,1979., 5, - 35 s.
3. Voloboeva T.V., Ryvanenko M.V.., Platonihina A.M. Etika i deontologiya v deyatel’nosti vracha po mediko-social’noj ekspertize. Praktika preodoleniya konfliktnyh situacij. ZH. Mediko-social’nye voprosy invalidnosti. 2014., 3, S. 18 – 22.
4. Gejzer I.M. V.V.Veresaev. Pisatel’ - vrach. Moskva: Medgiz, 1957, 148 s.
5. Gippokrat. Izbrannye knigi. Moskva: «Svarog». 1994. 736 s.
6. Deontologiya v medicine. Pod red. B.V.Petrovskogo. V 2 tomah. Moskva. Medicina, 1988, 352 s.
7. Ivanyushkin A.YA., Ignat’ev V.N. Korotkih R.V. Vvedenie v bioetiku: Uchebnoe posobie M.: Progress – Tradiciya, 1998. – 381 s.
8. Kozlov S.I., SHabalina N.B. Deontologiya i upravlenie konfliktami v mediko-social’noj ekspertize. ZH. Mediko-social’nye problemy invalidnosti. 2017 g., 3, S. 46 – 55.
9. Morozova E.V., Dymochka M.A., Kozlov S.I., ZHukova E.V. Etika i deontologiya v prakticheskoj deyatel’nosti specialistov uchrezhdenij mediko-social’noj ekspertizy, taktika beskonfliktnogo povedeniya. Metodicheskoe posobie – R.: Donskoj izdatel’skij dom», 2024.- 144 s.
10. Osadchih A.I., Puzin S.N., Lavrova D.I. i dr. Osnovy mediko-social’noj ekspertizy. – M. Medicina, 2005. – 448 s.
11. Razin A.V. Etika: uchebnik dlya Vuzov. M.: Akademicheskij prospekt, 2006 – 624s.
12. Suhovershina YU.V., Tihomirova E.P., Skoromnaya YU.A. Trening kommunikativnyh kompetencij. Moskva: Akademicheskij Proekt, Triksta, 2006, 112s.
13. Trofimov V.K. Delovaya etika. Izhevsk: D FGOU VPO Izhevskaya GSKHA, 2011.- 352 s.
14. Hizhnyakov V.V. A.P.CHekhov kak vrach. Leningrad: Medgiz, 1957. 148s.
15. Ivanec N.N., Anohina I.P., Vinnikova M.A. (pod red.) // Narkologiya: nacional’noe rukovodstvo. - M.: GEOTAR-Media, 2008. - S. 576-677.
16. Prikaz Rosstata ot 05.12.2019 N 742”Ob utverzhdenii form federal’nogo statisticheskogo nablyudeniya s ukazaniyami po ih zapolneniyu dlya organizacii Ministerstvom truda i social’noj zashchity Rossijskoj Federacii federal’nogo statisticheskogo nablyudeniya za deyatel’nost’yu federal’nyh gosudarstvennyh organizacij mediko-social’noj ekspertizy”.

УДК: 616.1+614.4

ОСТРАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В УСЛОВИЯХ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

ACUTE SURGICAL PATHOLOGY IN THE CONTEXT OF A NEW CORONOVIRUS INFECTION (COVID-19)

Урлапова А.М.[2],
Горшенин Т.Л.[1]
Urlapova A. M[2],
Gorshenin T.L.[1]

ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России,
194044 г. Санкт-Петербург, Б.Сампсониевский пр.11/12,

[1] доцент кафедры хирургии, медико-социальной экспертизы и реабилитации, тел.+79516830021, e- mail: tgorshenin@mail.ru

[2] клинический ординатор кафедры хирургии, медико-социальной экспертизы и реабилитации, тел.+79818355330, e-mail: nastia.urlapova@mail.ru

Острая хирургическая патология актуальная проблема во все времена и периоды вне зависимости от сторонних факторов, так как способна привести к летальному исходу в короткие сроки при отсутствии должного лечения и оперативного вмешательства. В данной работе рассмотрена острая хирургическая патология в совокупности с новой коронавирусной инфекцией. Подняты и рассмотрены вопросы о частоте и причинах оперативных вмешательств, об увеличении осложнений и летальных исходов в условиях COVID-19.

Ключевые слова: *острая хирургическая патология, COVID-19, ТЭЛА, дыхательная недостаточность, трахеостомия, кровотечения, дренирование плевральной полости.*

Acute surgical pathology is an urgent problem at all times and periods, regardless of external factors, as it can lead to death in a short time in the absence of proper treatment and surgical intervention. In this paper, acute surgical pathology in combination with a new coronavirus infection is considered. The questions about the frequency and causes of surgical interventions, the increase in complications and deaths in COVID-19 conditions were raised and considered.

Key words: *acute surgical pathology, COVID-19, pulmonary embolism, respiratory failure, tracheostomy, bleeding, drainage of the pleural cavity.*

В 2020 году в условиях пандемии в связи со вспышкой новой коронавирусной инфекции (COVID-19) были введены и ряд изменений в работе больниц [2,5]. Помимо особенных мер безопасности в стационарах, работающих или временно перепрофилированных под COVID-19, согласно новому приказу Министерства здравоохранения РФ[1], по рекомендациям мировых и российских со-

[1] Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2020 г. No 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой корона вирусной инфекции COVID-19»

обществ хирургов [1,4,7,8,9], опубликовавших совместные рекомендации по работе хирургической службы в новых условиях были введены ряд мер: больницы, работающие с COVID-19, временно прекращают плановую госпитализацию больных; в связи с риском инфицирования сотрудников требуется минимизировать объем вмешательства; требуется оказывать только необходимые медицинские вмешательства больным с положительной новой коронавирусной инфекцией; в процессе лечения должно быть задействовано наименьшее количество персонала больницы, в том числе, по возможности, перевод ряда консультаций на дистанционную основу.

Целью настоящей работы явился анализ лечения острых хирургических заболеваний в условиях новой коронавирусной инфекции COVID-19, последствий и осложнений, которые наиболее часто выявляются у больных COVID-19.

Материалы и методы. В период с 2020-2022 год Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Госпиталь для ветеранов войн» было перепрофилировано стационарное учреждение по лечению больных с COVID-19. За данный период проанализированы истории болезней и протоколы операций 906 пациентов с COVID-19, требовавшими экстренного оперативного вмешательства, из них 427 женщин, что составило 47% процентов от общего числа и мужчин 479 (53%). Всем больным были выполнены одна и более операций. Самым частым осложнением COVID-19 была вирусная пневмония, ее выявили у 428 (47%), а также ТЭЛА 234 человек (26%), Сепсис 104 человек (11%)

Результаты исследования. Критерии включения в исследование: пациенты любого пола, любого возраста, с диагнозом COVID-19 включённым в выписной или посмертный эпикризы, выявленной острой хирургической патологией, требующие неотложной хирургической помощи. Критерии исключения: недоказанная новая коронавирусная инфекция COVID-19 у пациентов обоих полов или/и не вынесенная в заключительный диагноз.

Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартных методов и приложения Microsoft Excel (Microsoft; США).

В таблице 1 представлено число поступивших в стационар перепрофилированный под COVID-19 требующих оперативного вмешательства.

Таблица 1

Число поступивших и умерших относительно возраста

Возраст	**Количество больных**	**Процентов от общего числа**	**умерло**	**% умерших**
18-44	85	9%	29	34%
45-64	248	27%	127	51%
65-84	465	51%	277	60%
85 и более	108	12%	67	62%
Общий итог	**906**	**100%**	**500**	**55%**

Как показано в таблице 1, в стационар поступали пациенты в возрастном диапазоне с 65-84 лет и старше, что составило 51% от всех поступивших в стационар, к сожалению, процент летальности составил 55%, обращает внимание на увеличение процента летальности с увеличением возрастной категории.

Всего за данный период было выполнено 1087 оперативных вмешательств, виды операций и количество представлены в таблице 2.

Таблица 2

Хирургические операции проведённые в периоды работы госпиталя с COVID-19

Название операции	**Кол-во**
Постановка временной трахеостомы	243
Разрез грудной стенки и плевры (дренирование плевральной полости)	109

Название операции	Кол-во
Некрэктомия	57
Эндоскопическая остановка кровотечения из верхних отделов ЖКТ	42
Ампутация, дезартикуляция плеча, бедра	38
Ретроградная холангиопанкреатография (эндоскопическая, лечебно-диагностическая)	36
Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса), м/а	29
Эндоскопическая остановка гастродуоденальных кровотечений	27
Дренирование и санация брюшной полости эндовидеохирургическое	26
Эмболэктомия из бедренно-подколенного или бедренно-берцового сегментов артерии нижней конечности	25
Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)	25
Баллонная вазодилатация с установкой стента в сосуд-сосуды	19
Прицельная биопсия опухоли под УЗИ (КТ)	16
Эндопротезирование сустава при переломе шейки бедра	15
Металлоостеосинтез при открытых и закрытых переломах бедренной кости	15
Ампутация,экзартикуляция пальцев,кисти,стопы	15
Дренирование абсцесса печени под контролем УЗД	15
Лапароцентез	14
Баллонная вазодилатация с установкой стента в сосуд (сосуды)	13
Эндоскопическая холецистэктомия	12
Стентирование и транслюминальная баллонная ангиопластика при поражении артериальных и венозных бассейнов	12
Вскрытие и дренирование абсцесса глубокой флегмоны	11
Эндоскопическая чрезпеченочная холецистостомия	10
Резекция толстой кишки(гемиколэктомия,субт.колэктомия)	10
Эндоскопическое чрезпеченочное наружное дренирование желчных путей	9
Трансуретральная эндоскопическая уретеролитотрипсия с литоэкстракцией	7
Металлоостеосинтез при открытых и закрытых переломах костей голени и предплечья	7
Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	7
Операция устранения эвентрации	7
Эндоскопическое чрезпеченочное внутреннее дренирование с эндопротезированием желчных путей	7
Диагностическая лечебная лапаротомия (с биопсией или без нее)	7
Ушивание язвы желудка или 12-перстной кишки	6
Удаление внутреннего стента	6
Катетеризация мочеточника	6
Операции при острой кишечной непроходимости	6
Удаление инородного тела,вторичное операт.лечение ран	6
Нефростомия пункционная	5
Коронарная ангиопластика без стентирования	5
Троакарная эпицистостомия	5
Цистостомия	4
Резекция тонкой кишки	4
Трахеостомия (м/а)	4
Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки	4
Удаление металлических фиксаторов нижней конечности	4
Спленэктомия	4
Некрэктомия до 5%	4
Закрытая репозиция переломов со смещением длинных трубчатых костей с иммобилизацией	4

Название операции	Кол-во
Эндоскопическая резекция толстой кишки	3
Биопсия костного мозга (трепанобиопсия)	3
Релапаротомия(опер.лечение множ.свищей	3
Гемиколэктомия	3
Эндоскопическая аппендэктомия	3
Биопсия пункционная (тонкоигольная) под контролем УЗИ поджел.железы/средостения/ забрюшинного пространства/брюшной полости (эндоскопическая)	3
Оперативное лечение пупочной грыжи	3
Наложение кишечного свища (колостомия, сигмостомия, цекостомия, наложение временного двуствольного ануса)	3
Эндоскопическое лигирование варикозных расширений пищевода/желудка	3
Эмболэктомия из аорто-подвздошного сегмента	3
Удаление полипа толстой кишки эндоскопическое, размером 5 мм и более	3
Наружное дренирование псевдокист поджелудочной железы, парапанкреатических флегмон под УЗИ (КТ)	3
ПХО ран,ожогов, обморожений I-II ст.	3
Металлоостеосинтез при открытых и закрытых переломах плечевой кости	2
Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи	2
Внутренняя (трансуретральная) уретротомия	2
ПХО ран до 5 см (м/а)	2
Орхиэктомия	2
Лапароскопическое ушивание язвы желудка и 12-перстной кишки	2
Закрытое вправление вывиха крупных суставов с иммобилизацией	2
Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбоэкстракция (механическая тромбэктомия из церебральных артерий)	2
Эндоваскулярная окклюзия аневризмы или стентирования бассейна сонной и/или позвоночной артерии	2
Внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез	2
Вскрытие абсцесса наружным доступом (м/а)	2
Вскрытие фурункула (карбункула)	2
Эндоскопическое удаление тел пищевода,желудка	2
Транскатеторная внутрисосудистая эмболизация	2
Перикардиоцентез	2
Илеотрансверзоанастомоз	1
Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани, м/а	1
Эндоскопическая остановка кишечного кровотечения.	1
Ретроградная установка внутренних стентов	1
Цистодуоденоанастомоз, цистогастроанастомоз при кисте поджелудочной железы	1
ЭРХПГ+Стентирование ОЖП.	1
Пластика передней брюшной стенки с использованием импланта	1
Свободная аутодермопластика сплошным трансплантатом до 5%	1
Биопсия лимфатических узлов(шейн.,подмыш.,бедрен)	1
Смена трахеостомической трубки	1
Холецистэктомия при холецистите с наружным дренированием желчевыводящих путей, дренированием брюшной полости	1
Люмботомия с дренированием паранефрального прост-ства	1
Шов магистральных артерий при повреждении	1
Краевая резекция печени	1
Эндартерэктомия из общей или наружной подвздошной артерии	1

Название операции	Кол-во
Плазмообмен, плазмообмен с плазмосорбцией (объем эксфузии плазмы 2,5-3,5 л)	1
Эндоскопическая баллонная дилятация кардии желудка	1
Транслюминальная баллонная ангиопластика артерий нижней конечности со стентированием 1 стентом	1
Вскрытие панариция, м/а	1
Трансуретральная резекция предстательной железы	1
Реконструкт.опер.на тон.и тол.кишечнике	1
Гастростомия с использованием видеоэндоскопических технологий	1
Холецистостомия, гепатостомия	1
Трансуретральная эндоскопическая уретеролитоэкстракция	1
Холецистэктомия при хроническом холецистите без дренирования желчных путей	1
ПХО ран свыше 5 см (м/а)	1
Эндоскопическое чрезпечеоночное внутреннее дренирование с эндопротезированием желчных путей.	1
Наложение желудочного,кишечного свища: гастростомия, энтеростомия, колостомия, цекостомия)	1
Эмболэктомия (повторная)	1
Дренирование абсцесса поджелудочной железы (наружное) под ультразвуковым наведением	1
Эндоскопическое эндопротезирование желчных протоков	1
Эндоскопическое ушивание перфоративной язвы желудка и 12перстной кишки	1
ЭРХПГ, ЭПСТ, стентирование ОЖП, ГПП	1
Перкутанная нефропиелостомия	1
Иссечение и ушивание язвы желудка или 12-перстной кишки	1
Пилоропластика	1
Восстановление нефростомических и др.дренажей	1
Ушивание кишечной стомы, неполного внутреннего свища	1
Диагностическая лечебная лапаротомия	1
Ушивание открытой раны (без кожной пересадки)	1
Диагностическая лапароскопия. Холецистостомия. Санация, дренирование брюшной полости	1
Некрэктомия до 1% поверхности тела, м/а	1
Пересадка кожи и пластические операции	1
Хирургическая обработка открытого перелома конечности	1
ЛСХЭ, санация, дренирование брюшной полости	1
Гастрэктомия	1
Наружное дренирование гнойно-некротического парапанкреатита под ультразвуковым наведением	1
Эндоскопическое чрезпеченочное удаление камней желчных протоков	1
Ампутация,дезартикуляция голени, предплечья	1
Дренирование кисты селезенки по контролем УЗД	1
Эндоскопическое эндопротезирование холедоха (при механической желтухе)	1
Бужирование пищевода при раке и рубцовых сужениях	1
ЭРХПГ+рестентирование ОЖП.	1
Реампутация культей пальцев,голени,предплечья	1
Реампутация культи бедра,плеча	1
Пункционная биопсия опухолей плевры,легкого,средостения	1
Общий итог	**1087**

В ходе исследования было выявлено, что наиболее частой операцией является операция по постановке временной трахеостомы, в следствие предполагаемой длительной вентиляции. За указанный период было выполнено 247 операций по установлению временной трахеостомы, что составляет 23% от всех оперативных вмешательств.

Второй вид наиболее частого оперативного вмешательства дренирование плевральной полости, по поводу закрытого пневмоторакса на фоне не инвазивной/инвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), в количестве 109 вмешательств (10% от общего числа операций). Это оперативное вмешательство выполнено 96 людям, а летальность составила 53 человека.

Также большое количество операций составили – некроэктомия, всего 57 операций и эндоскопическая остановка кровотечения из верхних отделов ЖКТ – 42 операции. Стоит добавить, что большое количество острых кровотечений из верхних отделов ЖКТ обусловлено агрессивной гормональной терапией на фоне антикоагулянтной терапии.

Из всех проведённых операций 70 имели осложнения, что составило 6%. В основном данные осложнения имели бактериальный характер или рецидив основной причины оперативного вмешательства.

Дыхательная недостаточность оказала существенное влияние на исход, так в таблице 3 представлено соотношение пациентов со степенью дыхательной недостаточности.

Таблица 3

Соотношение пациентов с дыхательной недостаточностью

Степень ДН	**Количество**	**% от общего**
COVID-19 ДН 0	214	24%
COVID-19 ДН 1	187	21%
COVID-19 ДН 2	187	21%
COVID-19 ДН 3	318	35%
Общий итог	**906**	**100%**

Согласно данным, пациентам с дыхательной недостаточностью 3 степени всего было проведено 456 операций.

Стоит отметить, что у 682 (75%) госпитализированных выявлены конкурирующие диагнозы, увеличивающие летальность и не редко являющиеся причиной смерти. Наиболее часто встречаются ишемическая болезнь сердца, которая была обнаружена в 27% случаев, а также злокачественные новообразования различной локализации в 13% случаев.

Таким образом можно сделать вывод, что операции больным с новой коронавирусной инфекцией сопровождаются большим количеством послеоперационных осложнений и летальностью. Это обусловлено самой коронавирусной инфекцией, извращению иммунного ответа, как в следствие развивающейся цитокиновой бури, так и агрессивной гормональной и антицитокиновой терапией.

Список литературы:

1. Вечорко В. И., Аносов В. Д., Силаев Б. В. Диагностика и лечение острых хирургических заболеваний у пациентов с COVID-19 (2020).
2. Временные методические рекомендации (Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 14 (27.12.2021)
3. Готье С. В, Ревишвили А. Ш., Пушкарь Д. Ю. и др. Методические рекомендации «Экстренная хирургическая помощь в условиях COVID-19». М., 2020.
4. Особенности ведения коморбидных пациентов в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Национальный Консенсус 2020
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2020 г. No 198н «О временном порядке

организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» (2020).

6. Федоров А.В., Курганов И.А., Емельянов С.И. Хирургические операции в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (Covid-19). Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020;(9):92-101.
7. Pryor A. SAGES and EAES recommendations regarding surgical response to COVID-19 crisis. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons, 2020 March 29. Available at: https:// www.sages.org/recommendations-surgical-response-covid-19/.
8. Ti LK, Ang LS, Foong TW, Ng BSW. What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. Can J Anaesth. 2020; 67 (6): 756–8. DOI: 10.1007/ s12630-020-01617-4.
9. Updated General Surgery Guidance on COVID-19. 2020 April 6. Available at: https://www.augis.org/wp-content/ uploads/2020/04/2nd-Update-Intercollegiate-General-Surgery- Guidance-on-COVID-19-6-April-.pdf.

Spisok literatury:

1. Vechorko V. I., Anosov V. D., Silaev B. V. Diagnostika i lechenie ostryh hirurgicheskih zabolevanij u pacientov s COVID-19 (2020).
2. Vremennye metodicheskie rekomendacii (Profilaktika, diagnostika i lechenie novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19). Versiya 14 (27.12.2021)
3. Got’e S. V, Revishvili A. SH., Pushkar’ D. YU. i dr. Metodicheskie rekomendacii «Ekstrennaya hirurgicheskaya pomoshch’ v usloviyah COVID-19». M., 2020.
4. Osobennosti vedeniya komorbidnyh pacientov v period pandemii novoĭ koronavirusnoĭ infekcii (COVID-19). Nacional’nyĭ Konsensus 2020
5. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 19 marta 2020 g. No 198n «O vremennom poryadke organizacii raboty medicinskih organizaciĭ v celyah realizacii mer po profilaktike i snizheniyu riskov rasprostraneniya novoĭ koronavirusnoĭ infekcii COVID-19» (2020).
6. Fedorov A.V., Kurganov I.A., Emel’yanov S.I. Hirurgicheskie operacii v usloviyah pandemii novoj koronavirusnoj infekcii (Covid-19). Hirurgiya. ZHurnal im. N.I. Pirogova. 2020;(9):92-101.
7. Pryor A. SAGES and EAES recommendations regarding surgical response to COVID-19 crisis. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons, 2020 March 29. Available at: https:// www.sages.org/recommendations-surgical-response-covid-19/.
8. Ti LK, Ang LS, Foong TW, Ng BSW. What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. Can J Anaesth. 2020; 67 (6): 756–8. DOI: 10.1007/ s12630-020-01617-4.
9. Updated General Surgery Guidance on COVID-19. 2020 April 6. Available at: https://www.augis.org/wp-content/ uploads/2020/04/2nd-Update-Intercollegiate-General-Surgery- Guidance-on-COVID-19-6-April-.pdf.

УДК 616-053.2:616.89:575.1

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ СИНДРОМА РЕТТА У ДЕВОЧКИ 3-Х ЛЕТ

ANALYSIS OF A CLINICAL CASE OF RETT SYNDROME IN A 3-YEAR-OLD GIRL

Устюжанина Д.В., Писоцкая Ю.В.
Ustyuzhanina D. V., Pisotskaya J.V.
Научный руководитель: зав. кафедрой педиатрии №2, д.м.н.
Бурлуцкая А. В.
Burlutskaya A. V.

ФГБОУ ВО «КубГМУ» *МЗ РФ,*
Россия, 350007, Краснодар, пл. Победы 1

Ординаторы кафедры педиатрии №2
Тел. 89952013041
E-mail: lili.colin@mail.ru

Синдром Ретта – редкое генетическое заболевание, имеющее множество «масок», что приводит к затруднению своевременной диагностики и постановки диагноза. Не смотря на то, что за последние два десятилетия объем знаний по этой патологии значительно увеличился, существуют фенотипически подобные заболевания, требующие соответствующего диагностического поиска для определения стратегии лечения.

Ключевые слова: *синдром Ретта, прогрессирующее дегенеративное заболевание центральной нервной системы, дети, редкий наследственный синдром.*

Rett syndrome is a rare genetic disease that has many “masks»,which leads to difficulties of timely diagnostics and diagnosis. Despite the fact, that the volume of knowledge of this pathology has increased significantly over the past two decades, there are phenotypically similar diseases requiring an appropriate diagnostic search to determine the treatment strategy.

Keywords. *Rett syndrome, progressive degenerative disorder of the central nervous system, children, rare genetic syndrome.*

Введение. Синдром Ретта (MIM 312750) - Х сцепленное генетическое заболевание с преимущественным поражением лиц женского пола, приводящее к регрессу психомоторных навыков, социальной аутизации, когнитивному дефициту и возможным развитием эпилепсии. Распространенность у девочек составляет 1:10 000-15 000, у мальчиков встречается крайне редко [1].

Мальчики с мутациями в гене MECP2 часто умирают в младенчестве. Однако у небольшого числа мальчиков с мутациями в гене MECP2, развиваются признаки и симптомы, аналогичные синдрому Ретта. У мужчин это состояние описывается как MECP2-relatedsevere неонатальная энцефалопатия. Признаки и симптомы у некоторых мужчин с мутацией гена MECP2 клинически менее выражены, чем у девочек. Помимо синдрома Ретта с мутациями в данном гене выделяют следующие синдромы: PPM-X синдром, MECP2 duplication syndrome, которые встречаются преимущественно у лиц мужского пола [4,5].

Пациенты с классическим синдромом Ретта до 6-18 месяцев развиваются в соответствии с возрастными нормами, после наблюдается потеря ранее приобретенных речевых и двигательных

навыков. Целенаправленные движения руками замещаются стереотипными выкручивающими, моющими, хлопающими движениями, также отмечены различного рода вокализации, гиперсаливация, периоды апноэ и гипервентиляции [8,9].

Специфического лечения не разработано, применяют симптоматическую терапию при эпилептических приступах, мышечной ригидности, нарушении сна, дыхательных расстройствах. Важным аспектом является рациональное питание при отсутствие прибавки массы тела. Ортопедическое лечение при смещении суставов и развитии сколиоза. Необходимо акцентировать внимание на организацию социальной и психологической поддержки семьи как одного из аспектов терапии [14].

Прогноз при этой наследственной патологии неблагоприятный, зависит от тяжести течения заболевания. Синдром Ретта очень часто сопровождается судорогами (до 70 % случаев), нарушениями дыхания (гиповентиляция, гиперкапния, апноэ), сколиозом, желудочно-пищеводным рефлюксом, удлинённым интервалом QT на ЭКГ. Большинство пациентов умирают в детском или юношеском возрасте, ряд больных достигает возраста 20-30 лет и даже более [15].

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Информация о пациенте. Девочка Г. 3-х лет находилась на обследовании в Детской краевой клинической больнице Министерства здравоохранения Краснодарского края (ДККБ) в «Кабинете наблюдения за детьми с нервно-мышечными болезнями». Мама девочки обратилась с жалобами на задержку речи у ребенка, нарушение походки, отставание в развитии от сверстников, потерю имеющихся навыков (стала плохо удерживать игрушки, падать назад при ходьбе).

Из анамнеза заболевания известно, что первые симптомы заболевания мать стала отмечать с возраста 1 года 3 месяцев, когда у ребенка появилась незначительная регрессия двигательных навыков (стала плохо удерживать предметы руками, появилась неуверенная и шаткая походка), задержка речевого развития. Обратились к педиатру по месту жительства, проведены следующие исследования: биохимические показатели (печеночные трансаминазы, билирубин, мочевина, креатинин), гормонограмма (спектр тиреоидных гормонов) соответствовал возрастной норме. Ребенок направлен на дополнительное обследование в медико-генетическую консультацию, генетической патологии не было выявлено.

В возрасте 2 лет 3 месяцев девочка госпитализирована в неврологическое отделение ДККБ, проведены необходимые методы исследования, на основании которых установлен диагноз детский церебральный паралич, резидуальный период, атонически-атактическая форма, 3 степени тяжести; задержка формирования экспрессивной речи и когнитивных функций. Ребенку рекомендовано комплексное реабилитационное лечение, включающее сосудистые препараты, ноотропы, массаж, физиотерапевтическое лечение. На фоне проводимой терапии положительной динамики не отмечалось.

В связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии и наличием жалоб ребенок направлен в «Кабинет наблюдения за детьми с нервно-мышечными болезнями» для проведения необходимого исследования и определения тактики дальнейшего лечения.

Анамнез жизни. Девочка родилась от первой беременности, протекавшей на фоне ОРИ в 6 недель, с 27 недели беременности - гестационный диабет у матери. Роды первые срочные, масса при рождении 3260 г, длина тела 52 см, оценка по шкале Апгар 8-8 баллов. Ребенок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей, к груди приложена на 5 сутки в связи с аспирационным синдром, гипоксией 2 степени. В раннем неонатальном периоде отмечались приступы апноэ, девочка переведена на второй этап выхаживания, выписана на 18 сутки с диагнозом: перинатальная церебральная ишемия 2 степени синдром вегето-висцеральной дисфункции.

Ребенок с 3-х месяцев стал самостоятельно удерживать голову, с 6-и месяцев - сидеть, с 13-и месяцев – ходить, с 4-х месяцев появилось гуление, с 6-ти месяцев – лепет, к году – первые слова в количестве 5-6.

Находилась на грудном вскармливании до года. Привита по возрасту.

Физикальная диагностика. Кожные покровы розовой окраски, умеренно влажные, чистые. Пальпируются единичные подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы, размером до 0,5 см,

безболезненные, эластичные, не спаяны между собой и окружающей тканью. Голова обычной формы, деформаций черепа не отмечено. Грудная клетка цилиндрической формы. При аскультации легких отмечается пуэрильное дыхание, частота дыхательных движений 46 в минуту; тоны сердца ясные ритмичные, частота сердечных сокращений 116 ударов в минуту. Пальпаторно живот мягкий, безболезненный, умерено вздут. Печень при пальпации выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, безболезненная, эластичная. Физическое развитие ниже среднего, гармоничное.

Девочка самостоятельно не стоит, ноги согнуты в коленных суставах, отмечаются стереотипные движения руками моющего характера. Речь затруднена.

Психоневрологический статус: психические реакции не соответствуют возрасту, уплощены. Обращенную речь понимает избирательно. Инструкции не выполняет. Речь на уровне звуковых комплексов. Интеллект резко снижен. Черепные нервы: лицо гипомимично, отмечается редкая смена взора. Альтернирующее косоглазие. Мышечный тонус снижен по типу диффузной мышечной гипотонии. Интенция, дизметрия, туловищная атаксия. Ходит у опоры. Сухожильные рефлексы высокие S=D. Навыками самообслуживания не владеет.

Предварительный диагноз. На основании жалоб, анамнеза заболевания, данных неврологического осмотра девочки установлен диагноз детский церебральный паралич, резидуальный период, атонически-атактическая форма, 3 степени тяжести; задержка формирования экспрессивной речи и когнитивных функций.

Диагностические процедуры.

Лабораторные исследования (источник – медицинская карта стационарного больного), проведены в неврологическом отделении ДККБ.

Общий анализ крови и мочи: в пределах возрастной нормы.

Биохимическое исследование крови: общий белок 69 г/л (норма 60-80 г/л), глюкоза 4,8 ммоль/л (норма 3,3-5,5, ммоль/л), холестерин 4,3 ммоль/л (норма 2,9-5,2 ммоль/л), общий билирубин 5,2 мкмоль/л (норма 3,4-20 мкмоль/л), АЛТ 24 ЕД/л (норма до 22 ЕД/л), АСТ 30 ЕД/л (норма до 31 ЕД/л), креатинин 52 мкмоль/л (норма 27-62 мкмоль/л), мочевина 3,1 ммоль/л норма 1,8-6,4 ммоль/л), креатинифосфокиназа 82 ЕД/л (норма 20-200 ЕД/л).

Иммуноферментный анализ крови: для исключения гипотиреоза проведено исследование тиреоидных гормонов крови: ТТГ- 2,54 мкЕД/л (норма 0,4-4 мкЕД/л), сТ4 - 11,99 пмоль/л (норма 13-23 пмоль/л), сТ3 5,9 пмоль/л (норма 3,6 пмоль/л), АТ-ТПО 0 ЕД/л (норма до 5 ЕД/л), на основании которого признаков изменения функции щитовидной железы не выявлено.

Флюорометрическим методом определен уровень фенилаланина 1,6 мг/дл (норма до 2 мг/дл), что позволяет исключить фенилкетонурию.

Инструментальные исследования (источник – медицинская карта стационарного больного), проведены в неврологическом отделении ДККБ.

По данным *ультразвукового исследования* сердца, печени, селезенки, почек структурных изменений не было выявлено.

Электромиография: определены признаки снижения проведения импульса по моторным волокнам смешанного типа.

Электроэнцефалограмма (ЭЭГ): отмечаются выраженные изменения биоэлектрической активности с пароксизмальной активностью, комплексы эпилептиформной активности в виде комплексов спайк-волна по правым лобно-височным отведениям с А 293 мкВ.

Видеомониторинг ЭЭГ в состоянии бодрствования, с записью ночного сна и проведением функциональных проб в течение часа зарегистрировал региональную эпилептиформную активность с акцентом на центральный регион и правую височную область.

Компьютерная томография головного мозга: расширение височного рога левого бокового желудочка.

Проведенный диагностический поиск не дал возможность установить причину имеющихся неврологических отклонений. Для дальнейшего исследования материал направлен на молекулярно-генетическое исследование в Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова».

Консультации специалистов.

Консультация невролога: детский церебральный паралич, резидуальный период, атонически-атактическая форма, 3 степени тяжести; задержка формирования экспрессивной речи и когнитивных функций.

Консультация эндокринолога: данных за эндокринную патологию не выявлено.

Первичная консультация генетика: синдромальной патологии не выявлено.

Повторная консультация генетика в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова»: выявлена мутация c.468C>G (p.D156E) в гетерозиготном состоянии, установлен диагноз синдром Ретта.

Клинический диагноз. На основании метода прямого автоматического секвенирования гена MECP2 проведен поиск мутаций, в ходе которого обнаружена мутация c.468C>G (p.D156E) в гетерозиготном состоянии. Девочке установлен диагноз синдром Ретта.

Дифференциальная диагностика. Синдром Ретта характеризуется прогрессирующими дегенеративными изменениями ЦНС, проявляющимися частичной или полной утратой речи, локомоторных навыков и навыков пользования руками. В поведенческой реакции присутствует аутоподобное поведение, вследствие чего необходимо проводить дифференциальную диагностику редкого генетического синдрома с аутизмом. В клинической картине при синдроме Ретта преобладают нарастание когнитивного дефицита, признаки прогредиентности, присоединение неврологических сипмтомов. При аутизме - признаки искаженного психического развития, отсутствие прогредиентности. К сожалению, инструментальные методы диагностики мало информативны. Диагноз синдрома Ретта позволяет установить молекулярно-генетический анализ с выявлением мутаций гена MECP2.

Медицинские вмешательства. Так как специфического лечения данной патологии нет, ребенку рекомендовано симптоматическое - с применением препаратов, улучшающих мозговое кровообращение; реабилитационное - с курсами массажа, физиотерапии, разработанным комплексом лечебной физкультуры. Неотъемлемой частью реабилитации является использование психосоциальных и психообразовательных программ для больного и всех членов его семьи.

Обсуждение. Данный клинический случай демонстрирует сложности диагностики синдрома Ретта, отсутствие специфических изменений при параклиническом исследовании затрудняет диагностический поиск. Возможности молекулярно-генетического исследования позволяют установить диагноз и оценить прогноз при данной патологии.

Одной из нерешенных проблем при синдроме Ретта является отсутствие специфического лечения. Однако, исследования последних 3-х лет, направленные на изучение терапевтических возможностей, частично нашли свое подтверждение в нейробиологических и биохимических работах [11]. Анализ клеточных и молекулярных изменений в нейронах головного мозга, вызванных нарушением гена MECP2, является приоритетным направлением изучения синдрома Ретта [12].

Представленный клинический случай синдрома Ретта будет полезен специалистам в области редких генетических заболеваний, врачам (педиатрам, генетикам, неврологам, психиатрам), которые наблюдают этих больных в клинической практике.

Заключение

Синдром Ретта относится к редким заболеваниям, проявляющийся утратой ранее сформированных двигательных и речевых навыков. Данный клинический случай наглядно описывает заболевание и подчеркивает важность генетического обследования детей с прогрессирующей утратой ранее приобретенных навыков для более точного и раннего установления диагноза.

В России создана ассоциация синдрома Ретта «Солнечный ангел», ее цель – оказание информационной и консультативной помощи семьям, в которых есть дети с синдромом Ретта. Для привлечения внимания общества к проблемам детей с этой редкой патологией и большего осведомления о данном синдроме 22 октября объявлен днем «Голубого неба».

Список литературы:

1. Percy A.K. Progress in Rett syndrome: from discovery to clinical trials. Wien Med Wochenschr. 2016; 166 (11–12): 325– 332. DOI: 10.1007/s10354-016-0491-9.
2. Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Воинова В.Ю., Юров И.Ю. Синдром Ретта в России и за рубежом: научный исторический обзор. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2020; 65:(3): 25–31. DOI: 10.21508/1027–4065–2020–65–3–25–31.
3. Воинова В. Ю., Ворсанова С. Г., Юров Ю. Б., Юров И. Ю. Алгоритм диагностики Х-сцепленных форм умственной отсталости у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2016; 61: 5: 34–41. DOI: 10.21508/1027–4065–2016–61–5–34–41.
4. Gold WA, Krishnarajy R, Ellaway C, Christodoulou J. Rett Syndrome: A Genetic Update and Clinical Review Focusing on Comorbidities. ACS Chem Neurosci. 2018; 9(2): 167-176. DOI: 10.1021/acschemneuro.7b00346. Epub 2017 Dec 15. Review. Citation on PubMed:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29185709.
5. Leonard H., Cobb S., Downs J. Clinical and biological progress over 50 years in Rett syndrome. Nat Rev Neurol. 2017; 13(1): 37–51. DOI: 10.1038/nrneurol.2016.186.
6. Fehr S, Downs J, Ho G, de Klerk N, Forbes D, Christodoulou J, Williams S, Leonard H. Functional abilities in children and adults with the CDKL5 disorder. Am J Med Genet A. 2016 Nov; 170(11): 2860-2869. DOI: 10.1002/ajmg.a.37851. Epub 2016 Aug 16. Citation on PubMed.
7. Lyst M.J., Bird A. Rett syndrome: a complex disorder with simple roots. Nat Rev Genet. 2015; 16(5): 261–275. DOI: 10.1038/nrg3897.
8. Qiu Z. Deciphering MECP2-associated disorders: disrupted circuits and the hope for repair. Curr Opin Neurobiol. 2018; 48: 30–36. DOI: 10.1016/j.conb.2017.09.004.
9. Lopes F., Barbosa M., Ameur A., Soares G., de Sá J., Dias A.I. et al. Identification of novel genetic causes of Rett syndrome-like phenotypes. J Med Genet. 2016; 53(3): 190– 199. DOI: 10.1136/jmedgenet-2015-103568 .
10. Малинина Е.В., Забозлаева И.В. Синдром Ретта: трудности диагностики (клинико-психологические аспекты). Русский журнал детской неврологии. 2016; 11: 49-56. DOI: 10.17650/2073-8803-2016-11-3-49-56.
11. Gogliotti R.G., Niswender C.M. A coordinated attack: Rett syndrome therapeutic development. Trends Pharmacol Sci. 2019; 40(4): 233–236. DOI: 10.1016/j.tips.2019.02.007.
12. Banerjee A., Miller M.T., Li K., Sur M., Kaufmann W.E. Towards a better diagnosis and treatment of Rett syndrome: a model synaptic disorder. Brain. 2019; 142(2): 239–248. DOI: 10.1093/brain/awy323.

УДК:616.21-089.819:681.2

ОБЪЕМНАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ В ЛОР-ХИРУРГИИ

VOLUMETRIC IMAGING IN ENT-SURGERY.

Фионова Т.В.
Fionova T.V.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России
Россия, 195067, Санкт-Петербург Пискаревский проспект, дом 47

Клинический ординатор кафедры
оториноларингологии
Тел. +79819809831
E-mail: fionova-tatiana@mail.ru
Научные руководители: Кузьмин
Денис Михайлович, к.м.н., доцент кафедры
оториноларингологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Пащинин Александр Николаевич, д.м.н., проф.
кафедры оториноларингологии СЗГМУ
им. И.И. Мечникова
Россия, 195067, Санкт-Петербург
Пискаревский проспект, дом 47

Трехмерная визуализация хирургической раны в оториноларингологии позволяет более детально оценить анатомические особенности строения ЛОР-органов человека, тем самым улучшая производительность работы хирурга. С этой целью на базе ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова был создан дистанционный адаптер, с помощью которого трансляция изображения операционного поля осуществлялась на очки виртуальной реальности в режиме реального времени. Применяемая методика подвергалась критической оценке в сравнении с традиционными способами визуализации. Исследовательская работа по выполнению различных хирургических сценариев выполнена на кадаверном материале с использованием трех различных методов скопии. Данные экспериментально-клинического исследования оценивались при помощи международного опросника «NASA TaskLoadIndex». В результате эксперимента зафиксирован более низкий уровень субъективной рабочей нагрузки на хирургов при использовании шлема ВР, что следует рассматривать как положительный эффект применения феномена стереопсиса.

Ключевые слова – очки виртуальной реальности, феномен стереопсиса, хирургия ЛОР-органов.

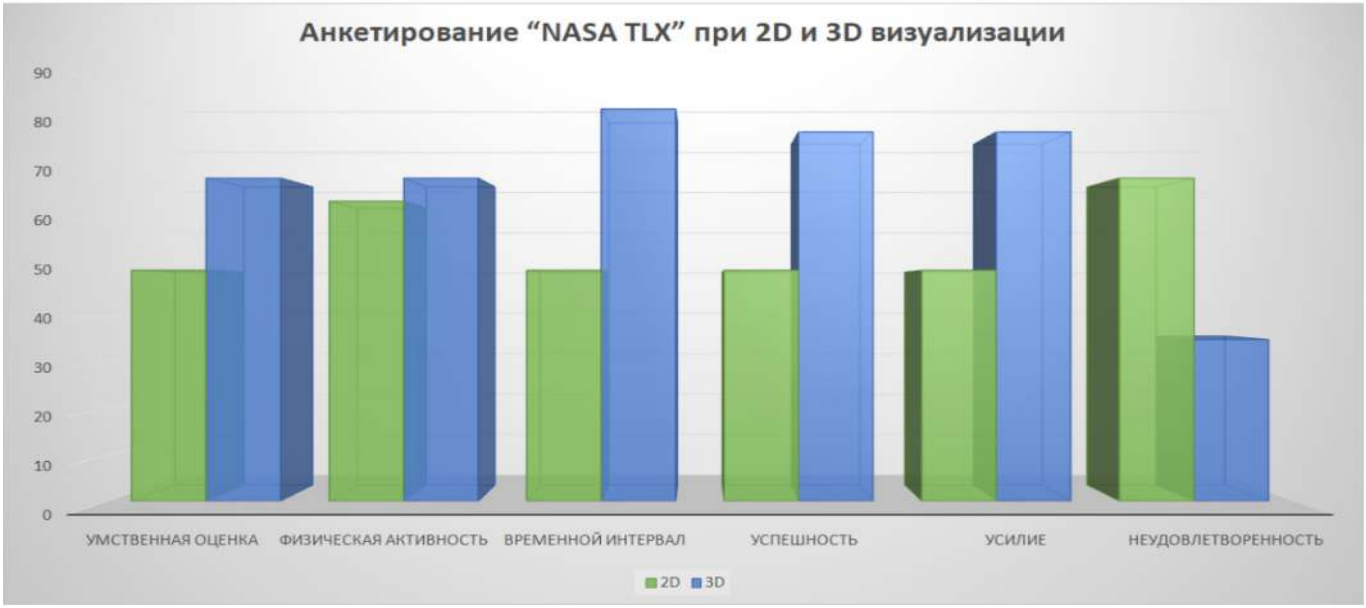
Three-dimensional imaging of a surgical wound in otorhinolaryngology enables a more detailed assessment of the anatomical features of the structure of human ENT organs improving the productivity of the surgeon. For this purpose a remote adapter has been created on the base of the North West State Medical University named after I.I. Mechnikov in Saint Petersburg, Russia with the help of which the image of the surgical field was broadcast on virtual reality glasses in real time. The applied technique was critically evaluated in comparison with traditional imaging methods. The research work on the implementation of various surgical scenarios was performed on cadaveric material using three different methods of surgery. The data of the experimental clinical study were evaluated using the international survey “NASA TaskLoadIndex”. As a result of the experiment a lower level of subjective workload for surgeons when using a VR helmet, which should be considered as a positive effect of the stereopsis phenomenon.

Key words — virtual reality glasses, stereopsis phenomenon, surgery of ENT organs.

Развитие передовых технологий в медицине таких, как виртуальная и дополненная реальность (VR), позволяют добиться более детальной визуализации анатомии и патологических изменений органов и систем человека, что может широко использоваться в обучении и практической деятельности. Так называемое цифровое образование стало особенно распространенным в период пандемии COVID-19, когда возникла острая необходимость социального дистанцирования в целях снижения массовой заболеваемости. В связи с этим активно популяризировалось мобильное и игровое обучение, виртуальные пациенты и виртуальная реальность. Виртуальная среда – это качественный образовательный инструмент, позволяющий создавать трехмерные анатомические модели, отрабатывать хирургические манипуляции, а также совершенствовать социальные навыки, такие как коммуникация, эмпатия, решение конфликтов [1]. Использование трехмерных компьютерных технологий целесообразно в процессе планирования и дальнейшей реализации оперативного лечения [2]. Но применение микроскопического метода в оперативном лечении ограничивает восприятие глубины рабочего поля, а также обзора боковых структур хирургической раны [3]. В сравнении с микроскопами, традиционные эндоскопы обеспечивают более точную передачу изображения операционного поля, но создаваемое ими двухмерное изображение не способно обеспечить стереоскопическую визуализацию и достаточный охват анатомической области, синхронизировать работу рук хирурга и одномоментное зрительное восприятие манипуляций оператора [4]. Шлемы и очки виртуальной реальности выступают в качестве инструмента для создания объемной среды, что расширяет возможности визуализации и более точно передает детали хирургического поля за счет эффекта стереопсиса, который отсутствует при использовании стандартного микроскопа или эндоскопа. Помимо этого, применение шлема VR также повышает качество работы хирурга за счет использования минимального набора инструментов в процессе оперативного лечения и снижает риски инфицирования медицинского персонала [5].

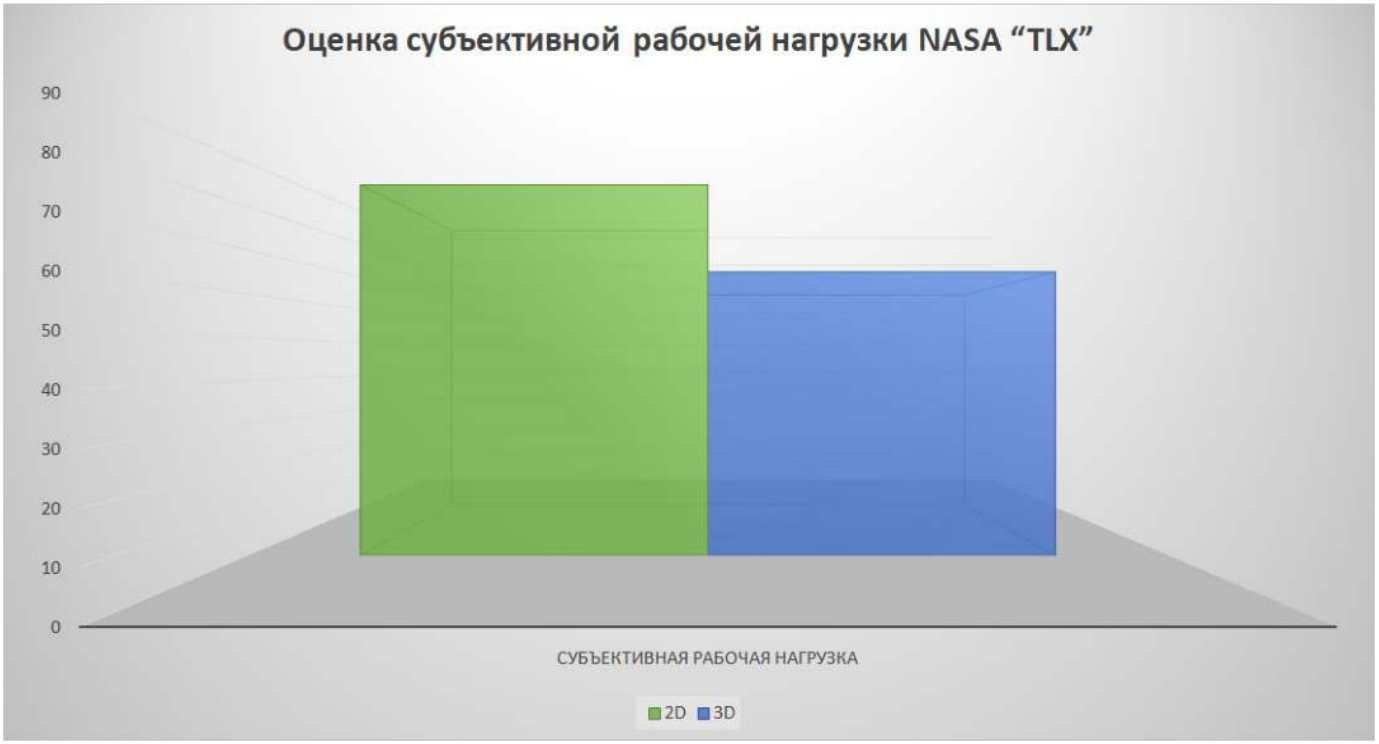
В качестве материала для экспериментально-клинического исследования использовался кадаверный материал височной кости человека и головы животных: барана (2 образца) и кролика (3 образца), - которые по анатомическому строению наиболее приближены к строению человека и удобны для выполнения хирургических манипуляций. Перечень хирургических манипуляций включал: шунтирование барабанной полости и отслойка меатотимпанального лоскута на височной кости человека, синусотомия и септопластика на кадаверном материале головы барана и оссикулопластика на голове кролика. Для изучения функциональной анатомии каждой экспериментальной животной модели выполнена мультиспиральная компьютерная томография на 64-срезовом компьютерном томографе ToshibaAquilionOne (Япония) с толщиной среза 0.5 мм. В область сканирования были включены околоносовые пазухи носа и области височных костей. Консервация кадаверного материала выполнялась путем химической обработки в 5% растворе уксусной кислоты в течение 24 ч. для возможности удобного и длительного его использования.В качестве методов визуализации операционного поля выбраны: эндоскоп Хопкинса 0^{o} и 30^{o} с выводом изображения на экран монитора, стационарный бинокулярный микроскоп, а также разработанная нами методика визуализации в шлеме виртуальной реальности. Все перечисленные методы подвергались сравнению между собой с точки зрения удобства, массивности оборудования и угла обзора хирургического поля. Одним из ключевых методов визуализации были очки виртуальной реальности, для которых на базе ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова был разработан дистанционный адаптер, предназначенный для трансляции изображения с хирургической раны в режиме реального времени, используя феномен стереопсиса. Видеоизображение, получаемое с модульного устройства, транслировалось на каждый глаз хирурга раздельно, что приводило к возникновению эффекта диспарантности – различия взаимного положения точек, отображаемых на сетчатках левого и правого глаза оператора, лежащего в основе феномена стереопсиса. Каждому из 8 хирургов для сравнительной оценки было предложено выполнить наиболее распространенные хирургические вмешательства, используемые в оториноларингологической и ринохирургической практике при помощи трех различных методов визуализации. Функциональная эндоскопическая синусотомия и септопластика на голове барана выполнялась с использованием эндоскопической трубки и выводом изображения на экран монитора; оссикулопластика на голове кролика проводилась при помощи стационарного бинокулярного микроскопа. Затем

те же хирургические сценарии выполнялись в условиях объемной визуализации хирургического поля с использованием шлема виртуальной реальности, сохраняя естественную ось между рабочим инструментом оператора и его зрительным анализатором. На височной кости человека отрабатывались хирургические практики с использованием всех трех методов визуализации, которые подвергались критической оценке, т.к. данный препарат максимально приближен к реальному симуляционному материалу. После выполнения хирургических манипуляций каждому хирургу было предложено оценить эффективность проделанной работы при помощи международной системы анкетирования «NASA TaskLoadIndex» [6].



Каждого оператора, принимавшего участие в исследовании, оценивали по шести параметрам при выполнении одной и той же задачи, но с использованием разных методик визуализации хирургического поля (рис. 1). По данным опросника у участников эксперимента такой показатель, как «Умственное истощение», на 20% превышал традиционные методы скопии при выполнении поставленных задач в условиях трехмерной визуализации хирургического поля. Данный феномен связан с поступлением объемного потока информации в головной мозг, который при двухмерной визуализации поступает в ограниченном количестве. Таким образом, восприятие глубины хирургического поля требует более сложного ментального анализа, что положительно сказывается на таком показателе, как «Усилие». Соотношение уровня параметра «Физической активности» при выполнении задач было статистически не значимо при использовании двух разных методов визуализации. Показатель «Временной интервал» при выполнении работы с использованием очков виртуальной реальности замедлялся вследствие дополнительной траты времени на обучение новому методу и адаптацию к условиям трехмерной среды, что связано с увеличением потока информации, поступающего на сетчатку глаза и расширенного проецирования операционного поля. Тем не менее, в трехмерном пространстве все участники эксперимента успешно справились с поставленными задачами. При выполнении заданий с использованием очков виртуальной реальности большинство хирургов работали с большим умственным и физическим усилием, но при этом показали низкий уровень параметра «Неудовлетворенность» и отметили положительные стороны объемной визуализации операционного поля: отсутствие вынужденного положения тела, более детальный анализ строения анатомических структур, удобный угол обзора - что позволило им выполнить работу максимально качественно. В связи с этим получен более низкий уровень оценки субъективной рабочей нагрузки на врача в условиях трехмерной визуализации операционного поля (рис. 2). Данный фактор необходимо рассматривать как положительный эффект применения феномена стереопсиса, позволяющий воспринимать пространственную глубину раны и тем самым расширить возможности хирургиче-

ского вмешательства и улучшить производительность работы оператора. Из отрицательных сторон устройства хирурги отметили периодически возникающие помехи при передачи видеосигнала, а также запотевание линз шлема виртуальной реальности.



В настоящем исследовании мы задались целью улучшить метод визуализации хирургического поля при выполнении оперативных вмешательств в отохирургии и ринохирургии. Изучение и применение объемной визуализации является новой областью в ЛОР-хирургии, которая позволяет уменьшить количество интраоперационных травм, а также детализировать анатомические структуры, расширяя возможности хирургического доступа [7]. Изучение данного вопроса в период распространения SARS-COV-2 потребовал нестандартно подойти к решению проблемы, так как неизвестный инфекционный статус пациентов повышает риск возможного инфицирования врача с контаминацией вируса на всем операционном оборудовании. Применение шлема виртуальной реальности позволит сократить количество используемого громоздкого оборудования. Из преимуществ следует подчеркнуть сопоставление оптической оси между рабочей частью инструмента и зрительным анализатором хирурга, что исключает десинхронизацию глаз и рук оператора и снижает давление на шейный отдел позвоночника, которое обычно наблюдается при взгляде на экран монитора. Применение очков виртуальной реальности в практике ЛОР-специалиста возможно при выполнении эндоскопических процедур в полости носа, гортани и эндоскопической хирургии уха. Также модифицированный метод может быть рекомендован для использования эндоскопистами, хирургами общей практики и реаниматологами. Основным недостатком предлагаемого метода является периодическая потеря видеосигнала при его дистанционной fpv передачи.

Полученные результаты экспериментально-клинической работы показывают, что использование шлема виртуальной реальности в оторинохирургии позволяет реализовать феномен стереопсиса как качественно улучшенный метод видеоскопии хирургической раны.

Список литературы.

1. Virtual Reality in Medical Students’ Education: Scoping Review / Haowen Jiang [et al.] // Journal of medical internet research. – 2022. – Vol. 8. – N 1. – e34860.
2. Kim Y., Kim H., Kim Y. O. Virtual Reality and Augmented Reality in Plastic Surgery: A Review.Archives of Plastic Surgery. – 2017. – Vol. 44. – N 3. - 179–187 P.

3. Otosurgery with the High-Definition Three-Dimensional (3D) Exoscope: Advantages and Disadvantages / Wierzbicka M. [et al.] // Journal of clinical medicine. – 2021. – Vol. 10. – N 4. – 777.
4. Manes RP., Barnett S., Batra PS. Utility of novel 3-dimentional stereoscopic vision system for endoscopic sinonasal and skull-base surgery. Int Forum Allergy Rhinol. – 2011. – Vol. 1. – N 3. - 191-197 P.
5. D.M. Kuzmin, A.N. Pashchinin. A.A. Fedotova Shlem virtualnoy realnosti kak sposob visualisatsii khirurgich-eskogo polya v period pandemii / Rossiyskaya rinologiya. – 2020. - №4. – 211-214 С.
6. NASA Task Load Index https://humansystems.arc.nasa.gov/groups/tlx/
7. D.M. Kuzmin, Stereopsis effect in otosurgery, 3rd Online Edition of European Conference on Otolaryngology and ENT; Webinar- July 25-26, 2020.

УДК 616.314-089.23

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ У ЛИЦ С НОРМАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

APPLICATION OF A NEW ULTRASOUND METHOD FOR EVALUATION OF THE JAW BONE PROPERTIES IN PERSONS WITH NORMAL OCCLUSION (EXPERIMENTAL CLINICAL STUDY)

Фокина А.А.
Текучёва С.В.
Ермольев С.Н.
Fokina A.A.
Tekucheva S.V.
Ermoljev S.N.

Фокина А.А.
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Министерства здравоохранения России
Россия, 127473, Москва,
улица Делегатская, дом 20с1
ординатор II года кафедры ортодонтии
Тел: +7 (917) 547-03-12
E-mail: fokina.aleksandra@yandex.ru

Текучёва С.В.
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Министерства здравоохранения России
Россия, 127473, Москва,
улица Делегатская, дом 20с1
к.м.н., доцент кафедры ортодонтии
Тел: +7 (985) 991-90-47
E-mail: tekuchevasv@yandex.ru

Ермольев С.Н.
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Министерства здравоохранения России
Россия, 127473, Москва,
улица Делегатская, дом 20с1
д.м.н., профессор кафедры пародонтологии
Тел: +7 (915) 330-97-68
E-mail: ermoljev_s@hotmail.com

Знание физико-механических характеристик тканей зубочелюстной системы позволяет судить об особенностях её реакции на различные нагрузки и патологические процессы, качественно проводить диагностику и обоснованно выбирать методы лечения. Мировой опыт показал возможность применения ультразвуковых методов диагностики как абсолютно безопасных и неинвазивных в оценке патологий костной ткани. В настоящем научном исследовании проводилось эксперимен-

тальное и клиническое изучение состояния костной ткани челюстей с применением метода ультразвуковой теневой микроденситометрии. На основании результатов исследования была разработана карта ультразвуковой плотности костной ткани.

Ключевые слова: *ультразвуковая диагностика, теневая методика, плотность костной ткани, эксперимент, клиническое исследование, карта ультразвуковой плотности.*

Knowledge of the physical and mechanical characteristics of the tissues of dentoalveolar system makes it possible to evaluate the characteristics of its response to various loads and pathological processes, to provide high-quality diagnostics and to choose reasonable treatment methods. World experience has shown the possibility of using ultrasound diagnostic methods as absolutely safe and non-invasive in assessing bone tissue pathologies. In present scientific research, an experimental and clinical study of the state of the jaw bone tissue was carried out using the method of ultrasonic shadow microdensitometry. Basing on the results of the study, has been developped a map of ultrasonic bone density.

Key words: *ultrasound diagnostics, shadow technique, bone density, experiment, clinical study, ultrasound density map.*

Актуальность исследования

Изучение состояния костной ткани челюстей человека является актуальной задачей на современном этапе развития стоматологии, о чем свидетельствуют данные о распространенности стоматологических заболеваний, в патогенез которых вовлечена костная ткань. Костная ткань никогда не пребывает в состоянии метаболического покоя, ее матрикс и минеральный компонент постоянно перестраиваются по линиям механического напряжения. Развитие скелета и его функционирование в течение жизни обеспечиваются процессами моделирования и ремоделирования [8]. Во время ортодонтического лечения происходят значительные изменения в структуре костной ткани челюстей [6,7]. Информация о физико-механических характеристиках костной ткани необходима врачу-ортодонту для планирования ортодонтического лечения, выбора оптимальной нагрузки при перемещении зубов, наблюдения за состоянием корней зубов при их движении, а также для выбора оптимальной зоны установки ортодонтических имплантатов и мониторинга ретенционного периода.

Для оценки структурно-функционального состояния костной ткани применяются гистоморфометрия, микрорадиография, радиоизотопное сканирование и другие методики прижизненного исследования костной ткани, большинство из которых связано с ионизирующим излучением. С метрологической точки зрения стандартные рентгенологические признаки деминерализации костной ткани определяются при выраженных остеопоротических изменениях, в то время как ультразвуковые признаки деминерализации выявляются на ранних этапах патологических изменений, связанных с остеопенией, которая характеризуется снижением минералов, но не имеет визуальных рентгеновских признаков [2].

Применяемые ранее методы ультразвукового (УЗ) исследования костной ткани, к которым относится эхоостеметрия, ультрасонометрия, имели ряд недостатков, среди которых стоит отметить внеротовой способ исследования и значительное влияние мягких тканей на процесс измерений, что влияет на точность получаемых результатов. Ряд авторов отмечали технические трудности при проведении исследования на ЧЛО, связанные с её анатомическими особенностями [2].

Среди УЗ методов, применяемых для оценки состояния костной ткани самым современным, неинвазивным, высокоинформативным и безопасным методом, в основе которого лежит способность УЗ упругих колебаний распространяться в твердых и мягких телах и создавать акустическую тень, является УЗ теневая микроденситометрия [5]. Метод ультразвуковой теневой микроденситометрии еще не нашел широкого применения в ортодонтии, чем объясняется отсутствие в современной литературе описания нормальной ультразвуковой анатомии костной ткани ЧЛО, однако, на данный момент потребность в его внедрении в диагностический комплекс врачей стоматологов стремительно растет, так как неинвазивная визуализация анатомических структур — это основа современной медицины [4,5].

Рабочая научная гипотеза исследования

Метод ультразвуковой теневой микроденситометрии, применяемый для исследования и оценки состояния костной ткани челюстей, является точным и может служить актуальным дополнением к комплексу лечебно-диагностических мероприятий в практике врача-ортодонта. По скорости прохождения УЗ волны (СУЗ) через костную ткань возможно оценивать плотность костной ткани. Полученные результаты прохождения СУЗ через костную ткань межальвеолярных перегородок в различных анатомо-функциональных зонах верхней и нижней челюстей у лиц с нормальной окклюзией могут быть приняты за нормированные показатели плотности костной ткани.

Цель и задачи исследования

Нами было запланировано экспериментально-клиническое исследование, цель которого заключалась в совершенствовании методов оценки состояния костной ткани челюстей на основании применения ультразвуковой теневой микроденситометрии.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи: разработать методику калибровки интраоральных ультразвуковых датчиков для проведения ультразвуковой теневой микроденситометрии; изучить ультразвуковую плотность костной ткани нижней челюсти in vitro методом ультразвуковой теневой микроденситометрии (экспериментальная часть исследования); проанализировать УЗ плотность костной ткани челюстей в различных анатомо-функциональных зонах у лиц с нормальной окклюзией методом ультразвуковой теневой микроденситометрии (клиническая часть исследования); провести сравнительную оценку полученных данных; разработать карту ультразвуковой плотности костной ткани.

Методы исследования

В рамках гранта МГМСУ совместно с энергетическим институтом «МЭИ» для исследования костной ткани челюстей использовался разработанный нами аппаратно-программный многофункциональный адаптивный измерительный комплекс УЗ микроденситометрии на базе высокопроизводительного процессора с ультразвуковыми преобразователями с рабочей поверхностью в 1 мм и частотой зондирующего сигнала 5 МГц. Для точности измерения применялся позиционер для ультразвуковых преобразователей с измерительной линейкой. Для снижения акустического шума и создания тесного контакта между поверхностями использовали «Медиагель». Для денситометрического исследования было разработано оригинальное программное обеспечение «Denta.32». В автоматическом режиме вычислялись амплитудно-частотные показатели и скорость прохождения УЗ сигнала через исследуемый объект. Измерение плотности костной ткани определяли по скорости прохождения УЗ волны в м/с. Для анализа полученных данных применяли методы дескриптивной статистики. Оценка значимости различий групповых средних плотности костной ткани производилась по t-критерию Стьюдента.

Материал исследования

Для настройки аппаратно-программного комплекса, работы УЗ преобразователей и стандартизации методики проводилась регистрация показателей измерения скорости прохождения ультразвукового сигнала через стандартные эталонные шаблоны из органического стекла равномерной структуры толщиной от 10 до 19 мм.

В экспериментальной части исследования для оценки плотности биологических тканей исследовались два макропрепарата нижней челюсти парнокопытного животного вида «Свинья домашняя» (Sus scrofa domestica). С помощью турбинного наконечника с пиковидным бором выделяли фрагменты альвеолярной части нижней челюсти макропрепарата. Для дифференцированной оценки плотности губчатого и кортикального вещества костной ткани с помощью сепарационного диска во фрагменте с вестибулярной и оральной стороны выделяли кортикальные и губчатую части, далее проводилась регистрация денситометрических параметров (рис.1).



Рис. 1 Общий вид рабочего поля экспериментальной части исследования.

В клинической части исследования измеряли ультразвуковую плотность костной ткани челюстей в межальвеолярных перегородках в различных анатомо-функциональных зонах: 1.6/1.5, 1.2/1.1, 2.1/2.2, 2.5/2.6, 3.5/3.6, 3.1/3.2, 4.1/4.2, 4.5/4.6 у 38 человек (среди которых 18 мужчин и 20 женщин) с нормальной окклюзией постоянных зубов в возрастном диапазоне от 18 до 25 лет, что соответствовало этапу сформированной окклюзии постоянных зубов. Измерение скорости УЗ через межальвеолярные перегородки верхней и нижней челюстей проводились в 8 точках на уровне пришеечной трети корней зубов, соответствующих фронтальным и боковым сегментам.

Результаты исследования

Средние значения многократных измерений скоростей прохождения УЗ волны через шаблоны демонстрировали низкий разброс цифровых значений. Погрешность метода ультразвуковой теневой микроденситометрии составила от 0,4 до 1,4%, что свидетельствует о его высокой прецизионности.

При регистрации денситометрических показателей скорости прохождения ультразвуковой волны через губчатое и кортикальное вещество с оральной и вестибулярной сторон нижней челюсти экспериментального животного были получены следующие результаты: максимальная скорость прохождения ультразвука отмечалась через кортикальное вещество костной ткани с оральной стороны и составила 4563 м/с, а минимальная - через губчатое вещество - 2204 м/с. Анатомо-топографические особенности свидетельствуют о том, что вестибулярная сторона тонкая и менее минерализованная, в отличии от оральной стороная, которая, напротив, наиболее утолщенная и плотная, что является результатом специфического распределения жевательной нагрузки [3]. Губчатое вещество неоднородно по своей структуре за счет наличия лакун, костномозговых пространств и запустевших сосудов, которые приводят к задержке прохождения ультразвуковой волны [1].

Регистрация измерений СУЗ через костную ткань у обследованных с нормальной окклюзией в различных анатомо-функциональных зонах, а именно в области межальвеолярных перегородок зубов на уровне пришеечной трети корней зубов: 1.6/1.5, 1.2/1.1, 2.1/2.2, 2.5/2.6, 3.5/3.6, 3.1/3.2, 4.1/4.2, 4.5/4.6 выявила статистически значимые различия ($p < 0.05$) и показала, что наибольшая плотность костной ткани определяется во фронтальном отделе нижней челюсти слева и справа (2647 и 2426 м/с соответственно). Наименьшая плотность костной ткани определялась в боковых отделах верхней челюсти слева и справа (1486 и 1522 м/с соответственно) (рис.2). Полученные результаты, возможно, свидетельствуют о специфике биомеханики распределения жевательной нагрузки по зубным рядам и подтверждают анатомические данные о морфофункциональной особенности строения челюстей. Можно предположить, что боковая группа зубов на верхней челюсти выполняет жевательную функцию с долговременным амортизирующим эффектом, поэтому плотность костной тка-

ни в области данной группы адаптивно снижается. Фронтальная группа зубов на нижней челюсти в большей степени предназначена для разрезания и откусывания пищи, такая особенность обеспечивает наибольшую плотность опорной костной ткани за счет высокой и кратковременной нагрузки [3]. Таким образом, необходимо проведение дальнейших исследований для научно-обоснованного подтверждения интерпретации полученных результатов о плотности костной ткани в различных анатомо-функциональных зонах, в том числе для изучения закономерных изменений костной ткани при ортодонтическом лечении.

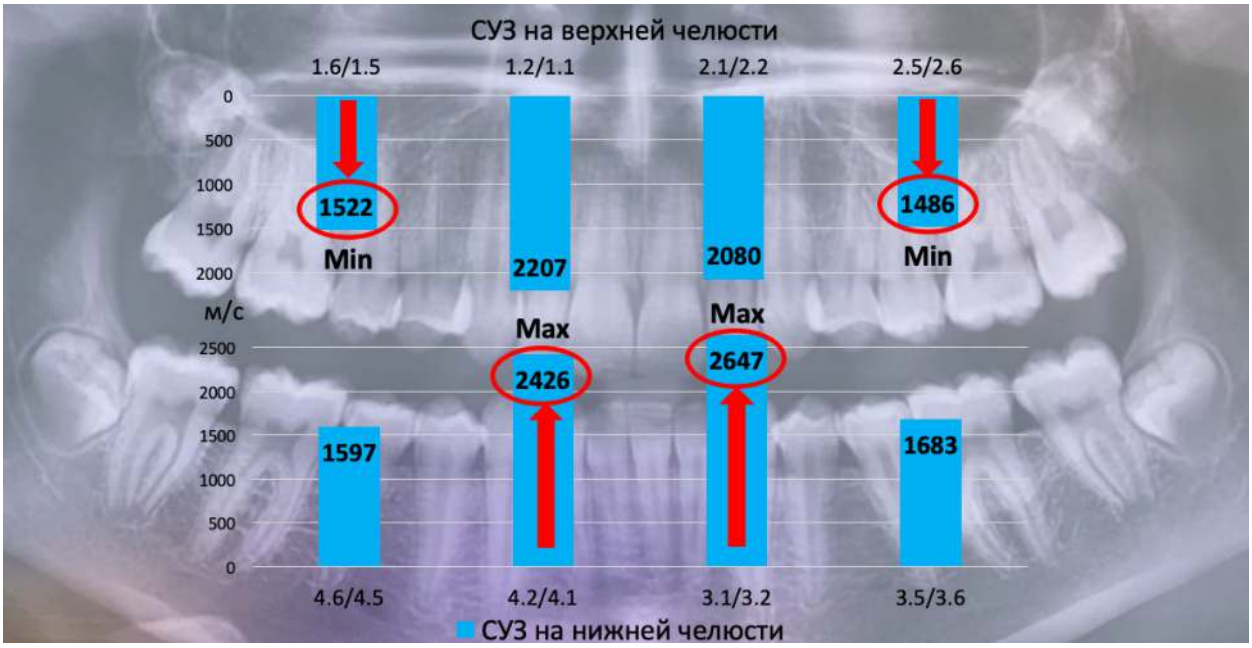


Рис. 2 Данные результатов клинической части исследования.

На основании проведенных исследований нами была разработана карта ультразвуковой плотности костной ткани для регистрации и оценки денситометрических показателей, которая может дополнить протокол стоматологического обследования пациента.

Выводы

В результате проведенного исследования нами была разработана методика калибровки ультразвуковой теневой микроденситометрии, определена высокая воспроизводимость метода УЗТД в пределах 99%. В экспериментальной части исследовании наибольшие значения плотности костной ткани определялись в кортикальном веществе с оральной стороны (4563 м/с), наименьшие значения — в губчатом веществе (2204 м/с). В клинической части исследования измерение СУЗ у 38 человек с нормальной окклюзией выявило статистически значимые различия ($p < 0.05$) плотности костной ткани челюстей в различных анатомо-функциональных зонах и показало, что максимальная плотность костной ткани определяется во фронтальном отделе нижней челюсти слева и справа (2647 и 2426 м/с соответственно). Минимальная плотность костной ткани определяется в боковом отделе верхней челюсти слева и справа (1486 и 1522 м/с соответственно). Разработана карта ультразвуковой плотности костной ткани для регистрации денситометрических показателей.

Список литературы:

1. Гемонов В.В., Лаврова Э.Н. Гистология, цитология и эмбриология: атлас: [учеб. пособие]/ под ред. акад. РАМН С.Л. Кузнецова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С. 36-39
2. Седова М.С. Исследование состояния костной ткани нижней челюсти методом количественной ультрасонометрии. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Специальность 14.01.14 Стоматология 2010.
3. Смирнов В.Г., Янушевич О.О., Митронин А.В. Клиническая анатомия челюстей. – М.: Издательство

БИНОМ, 2014 – 232с.: ил.

4. Текучёва С.В., Шокурова И.С., Ермольев С.Н., Лежнев Д.А., Петровская В.В. Экспериментальное исследование состояния костной ткани челюстей с применением метода ультразвуковой теневой денситометрии – Ортодонтия, 2020 №4 (92). С. 26-34
5. Хофер М. Ультразвуковая диагностика. Базовый курс: – М.: Мед. лит., 2006. – 104 с: ил.
6. Jian-Hong Yu, DDS, PhD, Heng-Li Huang, PhD, Chien-Feng Liu, DDS, Jay Wu, PhD, Yu-Fen Li, PhD, Ming-Tzu Tsai, PhD, and Jui-Ting Hsu, PhD Does Orthodontic Treatment Affect the Alveolar Bone Density Medicine 95(10): e3080) 2016.
7. Jui-Ting Hsu & Hsin-Wen Chang & Heng-Li Huang & Jian-Hong Yu & Yu-Fen Li & Ming-Gene Tu Bone density changes around teeth during orthodontic treatment //Springer Clin Oral Invest 15:511–519 2011.
8. Wolff J. The law of bone remodeling. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 1986. 126 p

Spisok literatury:

1. Gemonov V.V., Lavrova E.N. Gistologiya, citologiya i embriologiya: atlas: [ucheb. posobie]/ pod red. akad. RAMN S.L. Kuznecova. – M.: GEOTAR-Media, 2012. – S. 36-39
2. Sedova M.S. Issledovanie sostoyaniya kostnoj tkani nizhnej chelyusti metodom kolichestvennoj ul’trasonometrii. Avtoreferat dissertacii na soiskanie uchenoj stepeni kandidata medicinskih nauk. Special’nost’ 14.01.14 Stomatologiya 2010.
3. Smirnov V.G., YAnushevich O.O., Mitronin A.V. Klinicheskaya anatomiya chelyustej. – M.: Izdatel’stvo BINOM, 2014 – 232s.: il.
4. Tekuchyova S.V., SHokurova I.S., Ermol’ev S.N., Lezhnev D.A., Petrovskaya V.V. Eksperimental’noe issledovanie sostoyaniya kostnoj tkani chelyustej s primeneniem metoda ul’trazvukovoj tenevoj densitometrii – Ortodontiya, 2020 №4 (92). S. 26-34
5. Hofer M. Ul’trazvukovaya diagnostika. Bazovyj kurs: – M.: Med. lit., 2006. – 104 s: il.
6. Jian-Hong Yu, DDS, PhD, Heng-Li Huang, PhD, Chien-Feng Liu, DDS, Jay Wu, PhD, Yu-Fen Li, PhD, Ming-Tzu Tsai, PhD, and Jui-Ting Hsu, PhD Does Orthodontic Treatment Affect the Alveolar Bone Density Medicine 95(10): e3080) 2016.
7. Jui-Ting Hsu & Hsin-Wen Chang & Heng-Li Huang & Jian-Hong Yu & Yu-Fen Li & Ming-Gene Tu Bone density changes around teeth during orthodontic treatment //Springer Clin Oral Invest 15:511–519 2011.
8. Wolff J. The law of bone remodeling. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 1986. 126 p

УДК 616.1

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЕТЕЙ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

MEDICAL AND SOCIAL EXAMINATION OF CHILDREN WITH VENTRICULAR EXTRASYSTOLE

Шакирова Г.М.
Shakirova G.M.

ФГБОУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России
Россия, 194044, Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский проспект, дом 11/12 ординатор 1 года кафедры педиатрии, МСЭ и реабилитации детей-инвалидов
Тел:+79279861799
E-mail:galiyashakirova97@gmail.com

Руководитель: Адрианов А.В., Adrianov A.V.
ДПО СПбИУВЭК Минтруда России Россия,194044, Санкт-Петербург,Б.Самсониевский проспект,дом 11/12
д.м.н., зав.кафедрой педиатрии, МСЭ и реабилитации детей-инвалидов
Тел:+79052659575
E-mail:adrianov-av@mail.ru

В работе рассматриваются вопросы тактики ведения и диагностики детей с желудочковой экстрасистолией (ЖЭ). Отражены критерии для направления ребенка на медико-социальную экспертизу, для установления категории ребенок-инвалид.

Ключевые слова: *желудочковые экстрасистолы, медико-социальная экспертиза, ребенок-инвалид.*

The paper deals with the issues of tactics of management and diagnosis of children with ventricular extrasystole. The criteria for sending a child to a medical and social examination, to establish the category of a disabled child are reflected.

Key words: *ventricular premature contractions, medical and social examination, invalid child.*

Актуальность: При регистрации стандартной ЭКГ ЖЭ обнаруживаются у 0,2-2,2% детей без органической патологии сердца [1,5,6]. При ХМ ЭКГ ЖЭ регистрируется: в 14-18% период новорожденности, 6-20% - у детей первого года жизни, 47-77% - в пубертатном периоде [2,4,7,8].

Цель исследования: проанализировать истории болезни детей с ЖЭ, для выработки тактики ведения и лечения.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ 27 историй болезней детей ЖЭ, 16 мальчиков и 11 девочек. Возраст исследуемых 7 - 17 лет. Средний возраст - 10,4$\pm$ 3,2 года. Среднее время существования ЖЭ - 4,7 года. Методы исследования: ЭКГ, суточное ЭКГ мониторирование, тредмил-тест, ЭХОКГ.

Полученные результаты: Причины ЖЭ среди обследованной группы детей: постмиокардитические – 5; наличие сколиоза грудного отдела позвоночника – 9; в следствие ваготонии – 6; в следствие симпатотонии – 4; идиопатические – 3. При проведении ЭХОКГ- у 3 детей обеих групп выявлено увеличение размеров камер сердца, у 1 ребенка зафиксировано снижение сократительной

способности миокарда. Увеличение кол-ва ЖЭ во время тредмил-теста отмечено у 8 детей. Тест прекращен преждевременно из-за жалоб на головокружение, перебои в области сердца – 3 детей. По данным суточного ЭКГ мониторирования количество ЖЭ превышающее 20% по отношению к основному ритму зафиксировано у 2 –х детей. У 3 детей были определены показания для назначения антиаритмической терапии, которую они получали на протяжении 6 мес со слабо положительным эффектом, 3 детей были направлены для проведения МСЭ. У 2-х детей с частой ЖЭ, без эффекта от комплексной антиаритмической терапии, приведшей к ремоделированию миокарда и снижению сократительной способности миокарда, на основании пункту 9, приложения №2 приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 августа 2019 г. № 585н (ред. от 06.10.2021), установлена категория ребенок-инвалид [3].

Выводы: Установлено, что ЖЭ составляет до 54% от всех сердечных аритмий. Длительно существующая ЖЭ, более 4-5 лет, способствует ремоделированию миокарда и снижению сократительной способности сердца. При развитии аритмогенной кардиомиопатии необходимо направление ребенка в бюро МСЭ для определения показаний к установлению категории ребенок-инвалид.

Список литературы:

1. Воробьев А.С. Электрокардиография. СПб: СпецЛит; 2011, 454 с.
2. Клинические рекомендации по детской кардиологии и ревматологии (под редакцией Школьниковой М.А., проф. Алексеевой Е.А.). Москва; 2011, 503 с.
3. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 августа 2019 г. № 585н (ред.от 06.10.2021).
4. Cağdaş D., Celiker A, Ozer S. et al. Premature ventricular contractions in normal children. Pediatr 2008; 50(3):260-4
5. Dickinson D. F. The normal ECG in childhood and adolescence. Heart 2005; 91(12):1626-30.
6. Lindinger A., Hoffmann W. Long-term ECG fi ndings in children with healthy hearts. Padiatr Padol 1984; 19(1):59-70.
7. Scott O., Williams G.J., Fiddler G.I. Results of 24 hour ambulatory monitoring of electrocardiogram in 131 healthy boys aged 10 to 13 years. Br Hear 1980; 44(3):304-8.
8. von Bernuth G., Toussaint R., Mund C. et al. Heart rate and heart rhythm in
9. Spisok literatury:
10. Vorobiev A.S. Electrocardiography.SPb: SpecLit; 2011, 454 c.
11. Klinicheskie rekomendaczii po detskoj kardiologii i revmatologii (pod redakcziej Shkol`nikovoj M.A., prof. Alekseevoj E.A.). Moskva; 2011, 503 s.
12. Prikaz Ministerstva truda i soczial`noj zashhity` Rossijskoj Federaczii ot 27 avgusta 2019 g. № 585n (red.ot 06.10.2021)
13. Cağdaş D., Celiker A, Ozer S. et al. Premature ventricular contractions in normal children. Pediatr 2008; 50(3):260-4
14. Dickinson D. F. The normal ECG in childhood and adolescence. Heart 2005; 91(12):1626-30.
15. Lindinger A., Hoffmann W. Long-term ECG fi ndings in children with healthy hearts. Padiatr Padol 1984; 19(1):59-70.
16. Scott O., Williams G.J., Fiddler G.I. Results of 24 hour ambulatory monitoring of electrocardiogram in 131 healthy boys aged 10 to 13 years. Br Hear 1980; 44(3):304-8.
17. von Bernuth G., Toussaint R., Mund C. et al. Heart rate and heart rhythm in

УДК: 616-71

ФОРМИРОВАНИЕ НЕОБХОДИМЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СПЕЦИАЛИСТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПОДБОРОМ ТСР

DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL COMPETENCIES AMONG SPECIALISTS INVOLVED IN THE PROCEDURE OF TECHNICAL AIDS SELECTION

Шошина Е.А.,
Мишина Е.А.
Shoshina E.A.,
Mishina E.A.

Шошина Елена Анатольевна ведущий эрготерапевт БФ «Спина бифида», ассистент кафедры социальной реабилитации и эрготерапии ЧОУВО «СПбМСИ»
195271, Санкт-Петербург, Кондратьевский проспект д. 72 лит. А
+7 921 785-86-18
ergo-elena@yandex.ru

Мишина Екатерина Анатольевна, невролог Эрготерапевт, старший преподаватель кафедры социальной реабилитации и эрготерапии ЧОУВО «СПбМСИ»
195271, Санкт-Петербург, Кондратьевский проспект д. 72 лит. А
+7 921 334-01-51
ekaterinamishina@yandex.ru

Специалисты, занимающиеся подбором ТСР, должны обладать широким спектром компетенций, которые позволят оценить физическое состояние пациента, его реабилитационный потенциал, ограничения активности и участия, факторы среды и учесть все эти аспекты при подборе технических средств реабилитации, тем самым обеспечив снижение ограничений жизнедеятельности и улучшив качество жизни пациентов различных возрастных и нозологических групп, а также их семей.

Ключевые слова: *инвалидность, технические средства реабилитации, вторичные нарушения, профессиональные компетенции*

Specialists involved in the selection of TMR should have a wide range of competencies that will allow them to assess the patient's physical condition, his rehabilitation potential, activity and participation limitations, environmental factors, and take into account all these aspects when selecting technical means of rehabilitation, thereby ensuring a reduction in disability and improving the quality of life. life of patients of various age and nosological groups, as well as their families.

Key words: *disability, technical aids, secondary impairments, professional competencies*

Подбор технических средств реабилитации (далее - ТСР) – это сложный и многогранный процесс. Специалист, занимающийся подбором ТСР, должен обладать рядом профессиональных

компетенций. Он должен знать современные модели реабилитации, критерии оценки пациента в парадигме МКФ. Специалисту также важно понимать основные этапы двигательного развития человека и закономерности изменения его активности в жизненном цикле. Это позволяет при подборе ТСР продумать возможности улучшения активности повседневной жизни и социального участия, соблюдая принцип нормализации жизни. Также важно помнить основные нозологические формы заболеваний у разных возрастных групп, приводящие к ограничениям мобильности и самообслуживания, и знать меры профилактики вторичных и третичных осложнений у пациентов разных возрастных и нозологических групп. Для целостной оценки важно уметь оценивать и учитывать основные барьеры физического и социального окружения, снижающие эффективность реабилитационных мероприятий. Это своего рода база, на которую должны наслоиться знание принципов подбора ТСР для пациентов разных возрастных и нозологических групп, принципы правильного, безопасного позиционирования, перемещения и передвижения. Из нормативно правовой базы специалист должен чётко помнить критерии и порядок установления статуса инвалида, процедуру проведения МСЭ, а также основные законодательные и нормативные акты, регулирующие процесс обеспечения ТСР в РФ, а также постоянно отслеживать изменения и нововведения в этих самых нормативных актах.

Знания основных видов ТСР недостаточно – важно постоянно изучать представленные на рынке модели, их технические характеристики и размерные ряды, собирать обратную связь от пациентов, уже использующих ту или иную модель технического средства.

Важность назначения ТСР согласно антропометрическим данным и с подходящими техническими характеристиками сложно переоценить. Своевременная ранняя коррекция положения тела является залогом предотвращения развития вторичных осложнений (таких как деформации позвоночника и суставов, образование контрактур, остеопороза, нарушения работы дыхательной и выделительной систем). Появление вторичных нарушений в дальнейшем может привести к необходимости оперативных вмешательств, дорогостоящих реабилитационных мероприятиях, а также необходимости использования более дорогостоящих ТСР.

Самостоятельная мобильность – залог участия во всех сферах социальной жизни. Независимое передвижение позволяет обучаться, работать, общаться со сверстниками.

Ещё одной важной компетенцией специалиста будет являться умение правильно произвести антропометрические замеры. Это очевидно, но практика показывает, что этот процесс вызывает у специалистов большие сложности, и к этой части работы относятся без должного внимания. Всемирная организация здравоохранения рекомендует делать замеры для кресел-колясок сидя, для опор для стояния (вертикализаторов), тростей, костылей и ходунков – стоя. Трудности возникают, когда пациент не в состоянии самостоятельно удерживать позу. Для того, чтобы упростить задачу, можно использовать помощь ассистента при снятии антропометрических данных, либо расположить пациента лёжа, согнув ноги в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах, подняв их и сымитировав позу сидя.

При подборе также важно учитывать режим ношения ортопедического снабжения – корсета, аппаратов. Например, корсет Шено имеет своеобразную «юбку», размах которой важно учитывать при подборе ширины сиденья, а аппараты на нижние конечности и туловище изготавливают из высокотемпературного пластика с металлическими направляющими по бокам, что также должно привести специалиста к необходимости прибавить сантиметров к ширине сиденья.

Если у пациента фиксированный сколиоз – важно подбирать ширину сиденья не по ширине таза, а по апексу рёберного горба с одной стороны и выступающей части бедра – с другой, чтобы трубки спинки коляски не врезались пациенту в спину.

Параметры регулировок кресел колясок и связь с развитием вторичных нарушений

К регулировкам кресел колясок обычно относят регулировку угла наклона спинки, угла наклона сиденья, высоту подлокотников и подножки.

Регулировку угла наклона спинки обычно используют у пациентов с разгибательными контрактурами тазобедренных суставов. Если есть обратный наклон спинки – это очень выручит пациентов с повышенным мышечным тонусом, поскольку позволит создать острые углы в суставах нижних конечностей и более «собранную» позу, предотвращая дистонические атаки.

Регулировка угла наклона сиденья сильно выручит пациентов со слабым контролем за положением головы или его полным отсутствием.

Регулировка высоты подножки позволит избежать образования контрактур голеностопных суставов и деформации стоп.

Приспособления кресел колясок и связь с развитием вторичных нарушений

Наличие подголовника позволит избежать головных болей и облегчит процесс приёма пищи, а также снизит риск аспирации.

Боковые опоры для тела, особенно с возможностью регулировки по глубине и высоте позволят снизить риск появления сколиоза или остановить его прогрессирование. Иногда одних поддержек недостаточно, и на помощь приходит нагрудный ремень (жилетка).

Поясничный валик позволит комфортно сидеть, давая опору под поясницу, однако важно отметить, что он не подойдёт детям, не достигшим возраста 2 лет (до этого возраста поясничный лордоз ещё не сформирован), а также пациентам с фиксированным кифозом, поскольку велик риск того, что поясничный валик «вытолкнет» их из коляски, нарушив позу ещё больше.

Валик или ремень для сохранения зазора между ногами выполняет роль абдуктора – то есть должен использоваться для пациентов, которым показано разведение бёдер. Он ни в коем случае не должен применяться в качестве «последней преграды», которая не даёт пациенту выпасть из коляски, когда он начинает съезжать – эту роль должен нести на себе поясной ремень.

Поясной ремень – это не просто мера безопасности в колясках детей раннего возраста. Это также основа для сохранения правильно организованной позы для пациентов любой возрастной группы, которые самостоятельно не удерживают позу сидя. В силу изменённого мышечного тонуса, слабости мышц и низкой выносливости даже самая прекрасно организованная поза не задержится надолго, если не будет фиксации тазовым ремнём, ведь организация позы начинается именно с таза – это своеобразная «точка отсчёта», и если «поедет» таз – нарушится вся поза в целом.

Держатели голеней используют для пациентов с высоким мышечным тонусом: они позволяют ногам во время дистонической атаки оставаться в пределах площади опоры (подножки), сохраняя замкнутую биометрическую цепь.

Ремень для пятки как правило используют у пациентов с нижним вялым парапарезом; он позволяет ногам не «сваливаться» за подножку, предотвращая риск формирования деформаций стоп и контрактур голеностопных суставов.

Вывод

Специалисты, занимающиеся подбором ТСР, должны обладать широким спектром компетенций, которые позволят оценить физическое состояние пациента, его реабилитационный потенциал, ограничения активности и участия, факторы среды и учесть все эти аспекты при подборе технических средств реабилитации, тем самым обеспечив снижение ограничений жизнедеятельности и улучшив качество жизни пациентов различных возрастных и нозологических групп, а также их семей.

Список литературы:

1. Ачкасов, Е. Е. Технические средства реабилитации и безбарьерная среда : учеб. пособие / / Е. Е. Ачкасов ; под ред. Е. Е. Ачкасова, С. Н. Пузина, Е. В. Машковского. – Москва : ГЭОТАР Медиа, 2019. – 128 с.
2. Шошмин, А. В. МКФ в реабилитации / А. В. Шошмин, Г. Н. Пономаренко. – Издание 2-е, переработанное и дополненное. – Санкт-Петербург : Без издательства, 2020. – 232 с.
3. Феськов Г.П. Постуральная коррекция – ведущий фактор повышения качества жизни детей с нарушениями ОДА (опорно-двигательного аппарата): метод.пособие // Феськов Г.П., Литус А.Ю. – Федеральное государственное бюджетное Образовательное учреждение высшего образования «Новгородский государственный университет Имени Ярослава Мудрого» – В.Новгород 2017 г.
4. Приказ Минтруда России от 05.03.2021 N 106н (ред. от 04.10.2021) «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации»

Spisok literatury:

1. Achkasov, Ye. Ye. Tekhnicheskiye sredstva reabilitatsii i bezbar'yernaya sreda : ucheb. posobiye / / Ye. Ye. Achkasov ; pod red. Ye. Ye. Achkasova, S. N. Puzina, Ye. V. Mashkovskogo. – Moskva : GEOTAR Media, 2019. – 128 s.
2. Shoshmin, A. V. MKF v reabilitatsii / A. V. Shoshmin, G. N. Ponomarenko. – Izdaniye 2-ye, pererabotannoye i dopolnennoye. – Sankt-Peterburg : Bez izdatel'stva, 2020. – 232 s.
3. Fes'kov G.P. Postural'naya korrektsiya – vedushchiy faktor povysheniya kachestva zhizni detey s narusheniyami ODA (oporno-dvigatel'nogo apparata): metod.posobiye // Fes'kov G.P., Litus A.YU. – Federal'noye gosudarstvennoye byudzhetnoye Obrazovatel'noye uchrezhdeniye vysshego obrazovaniya «Novgorodskiy gosudarstvennyy universitet Imeni Yaroslava Mudrogo» – V.Novgorod 2017 g.
4. Prikaz Mintruda Rossii ot 05.03.2021 N 106n (red. ot 04.10.2021) «Ob utverzhdenii perechnya pokazaniy i protivopokazaniy dlya obespecheniya invalidov tekhnicheskimi sredstvami reabilitatsii»

УДК 616-009.12

ВЛИЯНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА УСПЕШНОСТЬ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

INFLUENCE OF DEMOGRAPHIC AND COGNITIVE INDICATORS ON THE SUCCESS OF MOTOR POST-STROKE REHABILITATION

Шумилова А.А.,
Хасанова Н.М.
Shumilova A.A.,
Khasanova T.M.

Шумилова Ангелина Александровна, ассистент кафедры семейной медицины и внутренних болезней ФГБОУ ВО «СГМУ» МЗ РФ, 163069, Архангельская область, город Архангельск, проспект Троицкий, 51, 89129624305, linapuma@mail.ru

Хасанова Нина Минувалиевна, к.м.н., доцент кафедры семейной медицины и внутренних болезней ФГБОУ ВО «СГМУ» МЗ РФ, 163069, Архангельская область, город Архангельск, проспект Троицкий, 51, 89115645611, khasanovanina@rambler.ru

Статья посвящена оценке влияния демографических показателей и когнитивного статуса на исход реабилитации. Для оценки когнитивного статуса использовались данные заключения нейропсихолога, для оценки исхода реабилитации использовалась шкала Renkin. По данным анамнеза собрана информация о сопутствующих заболеваниях и демографических показателях. Полученные результаты свидетельствуют о более успешной реабилитации пациентов с минимальными когнитивными нарушениями и малым объемом сопутствующей патологии.

Ключевые слова: *когнитивный дефицит, реабилитация, цереброваскулярные заболевания, инсульт.*

The article is devoted to assessing the impact of demographic indicators and cognitive status on the outcome of rehabilitation. To assess the cognitive status, we used data from the conclusion of a neuropsychologist, and to assess the outcome of rehabilitation, the Renkin scale was used. According to the anamnesis, information on comorbidities and demographics was collected. The results obtained indicate a more successful rehabilitation of patients with minimal cognitive impairment and a small amount of comorbidities.

Keywords: *cognitive deficit, rehabilitation, cerebrovascular disease, stroke.*

Актуальность. По результатам исследования Winke van Meijeren-Pont, Sietske J. Tamminga, Paulien H. Goossens и др. было установлено, что на стационарную и амбулаторную реабилитацию после цереброваскулярных заболеваний тратится порядка 70 601 и 27 473 долларов соответственно [1]. Это означает, что бремя реабилитации после цереброваскулярных заболеваний велико, и следует рассматривать любую возможность по его снижению. Для этого требуется проанализировать факто-

ры, влияющие на эффективность реабилитации. Значительное влияние оказывают сопутствующие заболевания, демографические показатели и когнитивный дефицит. Сосудистая деменция является второй наиболее распространенной формой деменции после болезни Альцгеймера (БА); где на болезнь Альцгеймера приходится 60-70% случаев деменции, а на СД приходится 20% всех случаев деменции [2]. Поэтому важно мониторировать осложнения цереброваскулярных заболеваний, касающиеся когнитивной сферы. Помимо этого, важно оценивать сопутствующую патологию, так как коморбидность является распространенным явлением и приводит к неблагоприятным исходам инсульта [3]. Таким образом, в работе рассматриваются наиболее значимые факторы, влияющие на результат постинсультной реабилитации.

Цель. Оценить влияние демографических и когнитивных показателей на успешность двигательной постинсультной реабилитации.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 695 историй болезни, перенесших острые цереброваскулярные заболевания и имеющих когнитивный дефицит, которые проходили лечение в неврологическом отделении ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница» (региональный сосудистый центр) с января 2017 по декабрь 2020 года. Средний возраст пациентов составил 67±8 лет. Проанализированы истории болезни 212 мужчин и 483 женщины.

Произведена оценка демографических показателей, когнитивного статуса и исхода реабилитации. Для оценки когнитивного статуса использовались данные заключения нейропсихолога, для оценки исхода реабилитации использовалась шкала Renkin. По данным анамнеза собрана информация о сопутствующих заболеваниях.

Результаты. Артериальная гипертензия встречалась в 95,93% случаев, сахарный диабет – в 10,92% случаев, рак – в 1,28% случаев, фибрилляция предсердий – в 14,13% случаев, церебральный атеросклероз (по данным УЗДГ БЦА – стеноз 50% и более) – в 15,20% случаев, ИБС – в 20,13% случаев, ХСН 1 ст. – в 10,71% случаев, ХСН 2 ст. – в 28,48% случаев, ХСН 3 ст. – в 3,64% случаев, ожирение 1 степени – в 0,86% случаев, ожирение 2 степени – в 1,50% случаев, ожирение 3 степени – в 0% случаев, ПИКС – в 1,28% случаев, стенокардия напряжения 1 ФК – в 13,06% случаев, стенокардия напряжения 2 ФК – в 3,64% случаев, стенокардия напряжения 3 ФК – в 13,70% случаев, ХБП – в 0,64% случаев.

Лёгкое когнитивное снижение наблюдалось в 28,69% случаев, умеренное – в 25,48% случаев, выраженное – в 14,99% случаев, деменция – в 1,07% случаев, отсутствие когнитивного снижения – в 19,28% случаев, оценку когнитивного статуса было невозможно произвести (ввиду афазии или отсутствия сознания) – в 10,49% случаев. Для оценки когнитивного дефицита использовались данные по пациентам с легким, умеренным, выраженным когнитивным снижением и деменцией.

Улучшение по шкале Renkin на 1 балл и более среди пациентов, имеющих легкий, умеренный, выраженный когнитивный дефицит и деменцию, наблюдалось в 20,56% случаев.

Выводы. Таким образом, демографические показатели, сопутствующие заболевания и когнитивный дефицит вносят большой вклад в снижение реабилитационного потенциала пациентов с острыми цереброваскулярными заболеваниями (только в 20,56% случаев наблюдалось улучшение по шкале Renkin среди пациентов, имеющих когнитивный дефицит). Необходимо принять меры по профилактике и контролю сопутствующих заболеваний и когнитивного снижения среди пациентов с цереброваскулярными заболеваниями.

Список литературы:

1. Winke van Meijeren-Pont, Sietske J. Tamminga, Paulien H. Goossens, Iris F. Groeneveld, Henk Arwert, Jorit JL Meesters, Radha Rambaran Mishre, Thea PM Vliet Vlieland, Wilbert B. van den Hout. Societal burden of stroke rehabilitation: Costs and health outcomes after admission to stroke rehabilitation // J Rehabil Med. 2021 Jun 2; 53(6):jrm00201. doi: 10.2340/16501977-2829.
2. Firoz Akhter, Alicia Persaud, Younis Zaokari, Zhen Zhao and Donghui Zhu. Vascular Dementia and Underlying Sex Differences // Front Aging Neurosci. 2021 Sep 8; 13:720715. doi: 10.3389/fnagi.2021.720715.

3. Lien T K Nguyen, Binh N Do, Dinh N Vu, Khue M Pham, Manh-Tan Vu, Hoang C Nguyen, Tuan V Tran, Hoang P Le, Thao T P Nguyen, Quan M Nguyen, Cuong Q Tran, Kien T Nguyen, Shwu-Huey Yang, Jane C-J Chao, Tuyen Van Duong. Physical Activity and Diet Quality Modify the Association between Comorbidity and Disability among Stroke Patients // Nutrients. 2021 May 13; 13(5):1641. doi: 10.3390/nu13051641.

Spisok literatury:

1. Winke van Meijeren-Pont, Sietske J. Tamminga, Paulien H. Goossens, Iris F. Groeneveld, Henk Arwert, Jorit JL Meesters, Radha Rambaran Mishre, Thea PM Vliet Vlieland, Wilbert B. van den Hout. Societal burden of stroke rehabilitation: Costs and health outcomes after admission to stroke rehabilitation // J Rehabil Med. 2021 Jun 2; 53(6):jrm00201. doi: 10.2340/16501977-2829.
2. Firoz Akhter, Alicia Persaud, Younis Zaokari, Zhen Zhao and Donghui Zhu. Vascular Dementia and Underlying Sex Differences // Front Aging Neurosci. 2021 Sep 8; 13:720715. doi: 10.3389/fnagi.2021.720715.
3. Lien T K Nguyen, Binh N Do, Dinh N Vu, Khue M Pham, Manh-Tan Vu, Hoang C Nguyen, Tuan V Tran, Hoang P Le, Thao T P Nguyen, Quan M Nguyen, Cuong Q Tran, Kien T Nguyen, Shwu-Huey Yang, Jane C-J Chao, Tuyen Van Duong. Physical Activity and Diet Quality Modify the Association between Comorbidity and Disability among Stroke Patients // Nutrients. 2021 May 13; 13(5):1641. doi: 10.3390/nu13051641.

УДК616.71-007.21

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ АХОНДРОПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ

SOME ASPECTS OF ACHONDROPLASIA REHABILITATION IN CHILDREN

Ядрина И.С.
Ydrina I. S.

ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России Россия,
194044, Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский проспект, дом 11/12

ординатор 1 года кафедры педиатрии, МСЭ и
реабилитации детей-инвалидов
Тел:+79046139700
E-mail:inna-yadrina@mail.ru

Руководитель: Непомнящая С.А.,
NepomnyashchayaS.A.
ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России
Россия,194044, Санкт-Петербург, Б.Самсониевский
проспект, дом 11/12
Ассистент кафедры педиатрии, МСЭ и
реабилитации детей – инвалидов
Тел. +79310016017
E-mail:79310016017@yandex.ru

Проблема низкого роста в ортопедической практике занимает особое место. Несмотря на достигнутый прогресс в области разработки и совершенствования методик оперативного удлинения конечностей и технических средств их реализации, количество пациентов, нуждающихся в увеличении длины конечностей, постоянно возрастает. Из рассматриваемой группы следует особо выделить больных ахондроплазией – одного из системных поражений скелета, обусловленного нарушением энхондрального роста длинных и коротких трубчатых костей. Сопутствующие этому заболеванию микромелия, карликовый рост и деформации конечностей создают для больного многочисленные физические и социальные проблемы. Частота встречаемости данной патологии приблизительно составляет один на 25 000 новорожденных по данным ВОЗ. Рост таких детей в положении сидя (т. е. длина туловища) нормальный. При этом у них крупная голова и укороченные длинные трубчатые кости – плечевая и бедренная. Это способствует некоторому отставанию в моторном развитии детей с ахондроплазией до 2-х лет, определяя особые паттерны двигательных навыков в связи с диспропорциональным строением тела и формируя стойкие нарушения стато-динамических функций. При этом средний рост взрослого человека составляет приблизительно 130 см (мужчины) и 126 см (женщины). Интеллектуальное развитие обычно не нарушено, и ожидается, что все дети будут участвовать в обычных образовательных процессах.

Своевременно начатая терапия детей с ахондроплазией – залог их успешной реабилитации. Согласно литературным данным, в детском возрасте удлинение конечностей протекает значительно легче и с меньшим количеством осложнений. Больные быстрее адаптируются к новым биомеханическим условиям. Помимо того, процесс дистракционного остеосинтеза сопровождается выраженным гормональным всплеском (анаболических гормонов), что стимулирует физиологический рост боль-

ного. Решение об увеличении роста родители пациентов с ахондроплазией принимают не столько от желания увеличить рост, сколько из-за необходимости удлинения конечностей для восстановления пропорций между длиной туловища и конечностей, для облегчения самообслуживания, с целью личной и социальной реабилитации. В связи с этим изучение эффективности реабилитационных методик при ахондроплазии весьма актуально.

Ключевые слова: *Ахондроплазия, дети, реабилитация.*

The problem of low growth in orthopedic practice occupies a special place. Despite the progress made in the development and improvement of surgical limb lengthening techniques and technical means of their implementation, the number of patients who need to increase the length of limbs is constantly increasing. Patients with achondroplasia, one of the systemic lesions of the skeleton caused by a violation of the enchondral growth of long and short tubular bones, should be singled out from the group under consideration. The accompanying micromelia, dwarfism and deformities of the limbs create numerous physical and social problems for the patient. The incidence of this pathology is approximately one in 25,000 newborns according to WHO. The growth of such children in a sitting position (i.e. the length of the trunk) is normal. At the same time, they have a large head and shortened long tubular bones – the humerus and femur. This contributes to a certain lag in the motor development of children with achondroplasia up to 2 years old, determining special patterns of motor skills due to the disproportionate structure of the body and forming persistent violations of static-dynamic functions. At the same time, the average height of an adult is approximately 130 cm (men) and 126 cm (women). Intellectual development is usually not impaired, and it is expected that all children will participate in normal educational processes.

Timely therapy of children with achondroplasia is the key to their successful rehabilitation. According to literature data, in childhood, limb lengthening proceeds much easier and with fewer complications. Patients adapt faster to new biomechanical conditions. In addition, the process of distraction osteosynthesis is accompanied by a pronounced hormonal surge (anabolic hormones), which stimulates the physiological growth of the patient. The decision to increase the height of the parents of patients with achondroplasia is made not so much from the desire to increase growth, but because of the need to lengthen the limbs to restore the proportions between the length of the trunk and limbs, to facilitate self-service, for the purpose of personal and social rehabilitation. In this regard, the study of the effectiveness of rehabilitation techniques for achondroplasia is very relevant.

Keywords: *Achondroplasia, children, rehabilitation.*

Цель настоящего исследования – изучить некоторые аспекты реабилитационных методику детей с ахондроплазией в раннем дошкольном возрасте.

Нами были проанализированыистории болезни 25 пациентов, получивших лечение на базе 2-го детского травматолого-ортопедического отделения ФГБУ «ФНЦРИ им. Г. А. Альбрехта» Минтруда России за период 2020-2021 г. с ахондроплазиейв возрасте от 3до 7 лет. Среди пациентов рассматриваемой группы девочек было 14 (56%), мальчиков - 11 (44%). Средний возраст начала лечения (удлинение голеней) – 5 лет. Всем пациентам проводилось хирургическое лечение с помощью метода чрезкостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза Г.А. Илизарова, позволяющего комплексно решать проблему удлинения конечностей и устранения сопутствующих деформаций у больных с ахондроплазией.

Физическое развитие детей оценивалось по методу сигмальных отклонений, оценка осуществлялась с использованием стандартных клинических методов до начала проводимой комплексной терапии и через18 месяцев.

Математическая обработка результатов исследования произведена с помощью пакета прикладных программ CCS Statistica for Windows v.6.0.437.0.

В результате проведенного исследования было показано, что физическое развитие детей по методу сигмальных отклонений до проводимой терапии соответствовало следующим значениям: средние данные роста до операции у 25 детей – 5,6 сигм, при этом рост мальчиков составил 84-96 см, девочек 83-103 см.

Через 18 месяцев послепроведенного хирургического лечения (у тех детей, которые закончили удлинение и голеней, и бедер) и консервативной терапии средние данные в этой группе детей сократились до 2,8 сигм, что в процентном соотношении составляло удлинение сегментов на 2,75%, при этом рост мальчиков составил 99-112см, девочек – 98-118 см.

Оценочные подгруппы показателей роста: 4 (16%) из 25 человек – низкая вариабельность сигмы -2 и ниже (девочек – 3, мальчиков - 1).

При оценке приверженности пациентов к назначенному лечению были получены следующие данные: продолжают лечение и реабилитацию 12 (48%) детей, закончили – 13 (52%).

Таким образом, в результате проводимой комплексной терапии с применением хирургических и консервативных методов лечения у детей с ахондроплазией отмечалась отчетливая положительная динамика в виде увеличения длин конечностей. Своевременно скорректированные нарушения стато-динамических функций у детей с ахондроплазией – залог их успешной социализации, преодолению задержек развития крупной и тонкой моторики по сравнению с другими детьми. Известно, что нахождение баланса в удержании крупной головы на короткой гипермобильной шее требует большей силы мышц-разгибателей спины и шеи, что часто приводит к задержке формирования навыка удержания головы у детей в раннем возрасте. Дети с ахондроплазией, начинающие ходить, из-за коротких толстых пальцев часто испытывают затруднения при хватании больших предметов. Ограничение разгибания и супинации в локтевых суставах в совокупности с гипермобильностью суставов запястья и пальцев также может создавать трудности в овладении навыками мелкой моторики.

О социальной реабилитации данной группы пациентов, их полноценной адаптации в обществе в подавляющем большинстве случаев можно говорить только после удлинения конечностей. Наиболее рациональным подходом является симметричное удлинение сегментов конечностей в последовательности голени – плечи – бёдра. Замечено, что удлинение сегментов на 50% длины не сказывается на состоянии и функции смежных суставов (плечевых, локтевых, тазобедренных, коленных, голеностопных), темп дистракции должен жёстко соответствии с рентгенологической оценкой степени зрелости регенерата.

Дальнейшее наблюдение и оценка физического развития детей с ахондроплазией, прооперированных по поводу удлинения сегментов конечностей, показали, что возможна полная реабилитация, и в зависимости от достигнутых результатов вытягивания, возраста ребенка, функции суставов, оценка степени выраженности стойких нарушенных функций организма, обусловленных группой врожденных наследственных заболеваний костно-мышечной системы, сопровождающиеся системным поражением скелета, в количественном выражении станет меньше.

Таким образом, коррекция роста у больных с ахондроплазией в раннем дошкольном возрасте (с 3 лет) является обоснованной с медицинской и социальной точек зрения.

Список литературы:

1. Ахондроплазия: Руководство для врачей / Под ред. А.В. Попкова, В.И. Шевцова. — М.: Медицина,
2. По материалам investors.biomarin.com; www.baltimoresun.com; www.hopkinsmedicine.org; фото: Майкл Айн (MichaelAin) — хирург-ортопед с ахондроплазией (Балтимор, США)
3. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 августа 2019 г. № 585н (ред.от 06.10.2021).
4. http://www.polismed.ru/akhondroplaziya.html
5. Ильина В.К. Медико–генетическое консультирование при наследственных заболеваниях скелета / В.К. Ильина // Вестник травматологии и ортопедии. — 2000.Cağdaş D., CelikerA, OzerS. etal. Premature ventricular contractions in normal children.
6. Педиатр 2008; 50(3):260-4

Spisok literatury:

1. Ahondroplaziya: Rukovodstvo dlya vrachej / Pod red. A.V. Popkova, V.I. Shevcova. — M.: Medicina,
2. Po materialam investors.biomarin.com; www.baltimoresun.com; www.hopkinsmedicine.org; foto: Majkl Ajn (MichaelAin) — hirurg-ortoped s ahondroplaziej (Baltimor, SShA)
3. Prikaz Ministerstva truda i social'noj zashchity Rossijskoj Federacii ot 27 avgusta 2019 g. № 585n (red.ot 06.10.2021).
4. http://www.polismed.ru/akhondroplaziya.html
5. Il'ina V.K. Mediko–geneticheskoe konsul'tirovanie pri nasledstvennyh zabolevaniyah skeleta / V.K. Il'ina // Vestnik travmatologii i ortopedii. — 2000.Cağdaş D., CelikerA, OzerS. etal. Premature ventricular contractions in normal children.
6. Pediatr 2008; 50(3):260-4

ИННОВАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ, РЕАБИЛИТАЦИИ: ВЗГЛЯД МОЛОДЁЖИ

Материалы
Международной научно-практической конференции молодых учёных
(19-20 мая 2022 года)

Дизайн обложки – Н. Корнеева.
Технический редактор, компьютерная верстка – Н. Корнеева.

Подписано в печать 23.05.2022.
Формат 60x84/8. Усл. печ. л 34.42. Уч.-изд.л 33.50.
Бумага офсетная.

Отпечатано в типографии ООО «Айсинг»
199106, Санкт-Петербург, Средний пр., 99/18 лит. А
Тел. /факс (812) 327-05-12 www.icing.ru
Тираж 500 экз. Заказ № 54/2022.