

ОСОБЕННОСТИ ПРОХОЖДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МАРШРУТОВ ИНВАЛИДАМИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

С.В. Шагарова

Министерство здравоохранения Республики Башкортостан, г. Уфа

Среди медико-социальных проблем современного периода особое место занимает инвалидность. Восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости, его социальная адаптация во многом зависят от качества медико-социальной реабилитации. В настоящее время документальным отображением последовательных этапов реабилитации инвалида является индивидуальная реабилитационная программа. В частности, в Республике Башкортостан разработана типовая модель медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов вследствие болезней системы кровообращения. Медико-социальная экспертиза биосоциального статуса инвалида завершается разработкой индивидуальных реабилитационных программ.

По клинко-экспертным и социальным критериям инвалидов разделяют на реабилитационные группы, определяют подгрупповые реабилитационные схемы движения и в специальной карте отмечают индивидуальные маршруты. Под реабилитационным маршрутом понимается перечень тех учреждений и подразделений реабилитации, которые необходимо пройти инвалиду в соответствии с этапами процесса реабилитации и последовательность их чередования. Для инвалидов вследствие болезней системы кровообращения он может предусматривать амбулаторный или стационарный этапы, санаторно-курортный в условиях специализированного кардиологического санатория "Зеленая роща" либо в соответствующих специализированных отделениях других здравниц Башкортостана или пансионатов и профилакторисв. Медицинская реабилита-

ция проводится под патронажем врачей республиканского, городских кардиологических диспансеров или врачей-кардиологов территориальных амбулаторно-поликлинических учреждений. Для реализации типовых маршрутов были также подготовлены республиканские, городские реабилитационные и оздоровительные учреждения, центры психологической коррекции, протезно-ортопедические предприятия, а также магазины производственно-торгового объединения "Медтехника". Особое внимание при составлении реабилитационной программы уделяется обеспечению инвалидов средствами адаптации к окружающей среде: лекарственными препаратами, механическими устройствами, инвалидными колясками, рациональным питанием, одеждой и др.

Нами изучались условия реализации реабилитационных маршрутов инвалидами вследствие болезней системы кровообращения. Реабилитационными мероприятиями охвачены 65,9% инвалидов. Однако индивидуальную программу реабилитации имеют только 34,8% инвалидов, а 27,2% даже не знают, что это такое. В условиях поликлиник оздоровление проходили 29,1% инвалидов, в реабилитационном центре — 15,4%, в условиях санатория — 21,4%. Наибольший охват реабилитационными мероприятиями в условиях санатория-профилактория зафиксирован среди инвалидов третьей и второй групп, а также среди работающего контингента инвалидов (см. табл.).

Число инвалидов первой группы, имеющих индивидуальную реабилитационную программу, существенно меньше, чем среди инвалидов второй и третьей

Сравнительные показатели обеспеченности инвалидов реабилитационным лечением в лечебно-профилактических учреждениях (в % $\pm$ m)

Наличие реабилитационного лечения	Группы инвалидности							
	3-я			2-я			1-я	итого
	раб.	нераб.	всего	раб.	нераб.	всего		
В поликлинике	27,5±0,2	33,7±0,4**	30,6±0,3	25,5±0,3	28,5±0,3**	27,1±0,3	30,1±0,3	29,1±0,2
В реабилитационном центре	15,6±0,2	14,3±0,2*	14,9±0,1*	21,1±0,3	15,1±0,2	18,1±0,2	16,8±0,2	15,4±0,2
В санатории	29,2±0,3	19,7±0,2**	24,5±0,2**	27,1±0,3	20,0±0,3**	23,4±0,3	10,6±0,2	21,4±0,2
Отсутствие лечения	27,7±0,2	32,3±0,4**	30,0±0,3**	26,3±0,3	36,4±0,4**	31,4±0,4	42,5±0,4	34,1±0,2

* Различие достоверно при $P \leq 0,05$, ** при $P \leq 0,01$.

групп — соответственно 28,6 $\pm$ 0,4%, 37,8 $\pm$ 0,4% и 34,1 $\pm$ 0,4% ($P < 0,01$). Также оказалось, что работающие инвалиды имеют индивидуальную программу реабилитации чаще, чем неработающие: в 3-й группе — соответственно 39,7 $\pm$ 0,4% и 28,4 $\pm$ 0,3%, во 2-й группе — 48,2 $\pm$ 0,5% и 27,4 $\pm$ 0,3% ($P < 0,01$). Следовательно, у инвалидов 1-й группы и неработающих инвалидов 3 и 2-й групп меньше возможности участвовать в оздоровительных и восстановительных программах.

Реабилитационные мероприятия чаще получали больные гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца (ИБС). Так, в поликлинике реабилитационный курс прошли 28,4% больных гипертонической болезнью и 26,3% — ИБС, в реабилитационных центрах — соответственно 15,4% и 15,7%. На санаторно-курортное лечение были направлены 21,7% больных гипертонической болезнью и 31,4% — ИБС ($P < 0,01$). Закономерно, что индивидуальную программу реабилитации чаще имеют больные гипертонической болезнью и ИБС (34,8% и 36,2%). Инвалиды с другими нозологическими формами реабилитационные мероприятия получали достоверно реже: при врожденных пороках сердца — в 44,4% случаев, ревматических болезнях — в 43,2%, цереброваскулярной патологии — в 41,8%. Причем в отношении больных этих групп реабилитационные мероприятия осуществлялись в основном в поликлинике: 34,3% больных с врожденными пороками сердца, 31,8% — ревматическими болезнями и

31,3% — цереброваскулярными заболеваниями. В этих же группах больше больных, которые никогда не имели индивидуальной программы реабилитации.

Среди различных видов реабилитационного лечения 23,0% инвалидов указали на медикаментозную противорецидивную терапию, 22,7% — на сеансы массажа, 20,8% — на занятия ЛФК, 17,9% — на проведение физиотерапевтического лечения, 11,6% — на использование фитопрепаратов и 3,9% — на бальнеологические процедуры. Указанные виды реабилитационных мероприятий инвалидам 3 и 2-й групп проводятся практически на одинаковом уровне, однако среди инвалидов 1-й группы основными видами восстановительного лечения являются медикаментозная противорецидивная терапия, сеансы массажа и использование фитопрепаратов, тогда как возможности ЛФК используются, на наш взгляд, недостаточно.

Медикаментозную противорецидивную терапию чаще получают по поводу ревматических болезней (36,8%) и врожденных пороков сердца (33,1%), физиотерапевтическое и грязелечение — по поводу цереброваскулярных болезней (21,2% и 6,4% соответственно), массаж — при гипертонической болезни (26,6%) и врожденных пороках сердца (25,7%). 25% больных ИБС указали, что чаще всего они используют лечебную физкультуру (25,1%).

Следует обратить внимание на достаточно высокую периодичность выполнения реабилитационных мероприятий: для 46,8% инвалидов их проводят

несколько раз в год, для 31,1% — хотя бы раз в год, для 6,1% — один раз в 2 года. Только 16,0% инвалидов отметили, что они участвуют в данных мероприятиях нерегулярно. Однако при анализе периодичности их выполнения по различным видам оказалось, что наиболее часто инвалиды получают медикаментозную противорецидивную терапию: 84,7% инвалидов — один или несколько раз в год. Причем наиболее часто противорецидивную терапию назначают инвалидам с врожденными пороками сердца: для 53,2% больных — несколько раз в год.

Другие виды восстановительного лечения инвалиды получают не чаще одного раза в год: массаж — в 40,9% случаев, ЛФК — в 38,3%, физиотерапевтическое лечение — в 37,5%, фитотерапию — в 37,5%. На бальнеотерапию и грязелечение инвалидов большей частью направляют один раз в два года (29,3%). Физиотерапевтические методы реабилитации, ванны и грязелечение используют реже всего — соответственно в 22,5% и 36,4% случаев.

Следовательно, реабилитационные мероприятия сводятся в основном к регулярному использованию противорецидивной терапии, применению массажа, ЛФК, доступных видов фитотерапии, при этом возможности физиотерапии и бальнеологического лечения не находят должного места в ряду восстановительных мероприятий.

Инициатором реабилитационного лечения сам инвалид является только в трети случаев (31,9%); в 49,9% случаев реабилитационное лечение проводится по инициативе участкового врача, а в 18,2% случаев — по инициативе врача другой специальности поликлиники или кардиологического диспансера.

Чаше самостоятельно инициативу в отношении получения реабилитационных мероприятий проявляют больные ревматическими (37,4%) и cerebrovascularными болезнями (35,9%). Больные гипертонической болезнью указали, что

инициатором их лечения в большей части случаев являлся участковый врач (53,8%). Больные с врожденными пороками сердца и ИБС более чем в четверти случаев инициаторами лечения называли врачей других специальностей (кардиолог, ревматолог): соответственно в 27,9% и 25,1% случаев.

В 60,8% случаев реабилитационные мероприятия проводятся бесплатно, в 26,4% случаев инвалиды оплачивают их частично и в 12,8% — полностью. Реабилитационные мероприятия чаще оплачивают работающие инвалиды: в 3-й группе — $18,3 \pm 0,2\%$ работающих и $13,4 \pm 0,2\%$ неработающих, во 2-й группе — соответственно $14,1 \pm 0,2\%$ и $10,9 \pm 0,2\%$, в 1-й группе — $9,9 \pm 0,1\%$ ($P \leq 0,01$). Бесплатное лечение чаще получают инвалиды 1-й группы: $64,2 \pm 0,7\%$ в сравнении с $55,6 \pm 0,6\%$ среди инвалидов 3-й группы и $58,3 \pm 0,6\%$ среди инвалидов 2-й группы ($P \leq 0,01$).

Полностью реабилитационные мероприятия чаще оплачивают больные с врожденными пороками сердца (26,1%), частично — больные ревматическими болезнями (29,3%) и гипертонической болезнью (28,8%), тогда как больные ишемической болезнью сердца и cerebrovascularными болезнями такие процедуры чаще получают бесплатно (соответственно в 67,1% и 66,7% случаев).

Следовательно, реабилитационными мероприятиями в большинстве случаев и в полном объеме охвачены инвалиды вследствие ишемической болезни сердца и гипертонической болезни. Они же в большей степени иницируются к выполнению реабилитационных программ лечащим врачом и имеют возможность получать бесплатное лечение.

Наиболее неблагоприятная ситуация с реабилитационными мероприятиями наблюдается среди молодых инвалидов. Среди них индивидуальные реабилитационные программы имеют только $14,7 \pm 0,2\%$ больных, тогда как в других группах инвалидов трудоспособного возраста данный показатель выше и среди

инвалидов в возрасте от 30 до 45 лет составляет $24,9 \pm 0,3\%$, в возрасте от 45 лет и до пенсионного — $33,0 \pm 0,4\%$, а среди инвалидов пенсионного возраста — $27,7 \pm 0,3\%$ ($P \leq 0,01$).

Аналогичные показатели выявлены при анализе места проведения реабилитационных мероприятий: в специализированном учреждении реабилитационные мероприятия получили только $7,1 \pm 0,1\%$ инвалидов в возрасте до 29 лет, тогда как среди инвалидов в возрасте от 30 до 45 лет этот показатель составил $14,8 \pm 0,2\%$, в возрасте от 45 лет до пенсионного — $16,6 \pm 0,2\%$, среди инвалидов пенсионного возраста — $12,9 \pm 0,2\%$ ($P \leq 0,01$).

В более молодом возрасте инициаторами проведения реабилитационных мероприятий чаще бывают сами инвалиды. Показатель проведения реабилитационных мероприятий по инициативе участкового врача или врачей других специальностей растет по мере увеличения возраста инвалидов. Так, по собственной инициативе реабилитационное лечение получают $43,8\%$ инвалидов в возрасте до 29 лет, $35,6\%$ — в возрасте от 30 до 45 лет, $32,4\%$ — в возрасте от 45 лет до пенсионного и $29,9\%$ — в пенсионном возрасте, причем чем моложе инвалид, тем чаще он вынужден полностью или частично оплачивать реабилитационное лечение. Данный показатель составил $57,1 \pm 0,6\%$ среди инвалидов в возрасте до 29 лет, $50,1 \pm 0,5\%$ — в возрасте от 30 до 45 лет, $38,3 \pm 0,4\%$ — в возрасте от 45 лет до пенсионного и

$32,9 \pm 0,4\%$ — в пенсионном возрасте ($P \leq 0,01$).

Следовательно, наиболее низкий охват различными реабилитационными мероприятиями зафиксирован среди инвалидов в возрасте до 29 лет. Они реже ориентированы на реабилитацию врачами соответствующих специальностей и чаще вынуждены сами оплачивать лечение в полном объеме.

Полученные в ходе исследования данные используются при разработке методических рекомендаций, направленных на оптимизацию системы медико-социальной экспертизы и реабилитации, повышение качества и эффективности индивидуальных реабилитационных программ, составленных для инвалидов вследствие болезней системы кровообращения.

Поступила 14.11.00.

PECULIARITIES OF PASSING REHABILITATION ROUTES BY INVALIDS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

S.V. Shagarova

Summary

The conditions of passing rehabilitation routes by invalids with cardiovascular diseases are studied. The lowest inclusion of invalids by various rehabilitation measures is stated among invalids aged up to 29. They are rarely directed to rehabilitation by physicians of corresponding specialities and are often forced to pay for their treatment in full measure. The data obtained are used to develop the methodical recommendations directed to the optimization of the medicosocial examination and rehabilitation, to increase the efficacy of the individual rehabilitation programs made for invalids with cardiovascular disease.