

А.Г. Кириченко

СКЛАДОВІ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ ВНАСЛІДОК ЗАХВОРЮВАНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»

Ключові слова: первинна інвалідність, нервові хвороби, цереброваскулярні захворювання, індивідуальна програма реабілітації

Key words: primary disability, nervous diseases, cerebrovascular diseases, individual rehabilitation program

Резюме. Первичная инвалидность в результате цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) является актуальной медико-социальной проблемой. Для ее решения необходимо исследовать нейропсихологические и клинико-физиологические особенности течения заболевания, которые необходимо учитывать при составлении индивидуальной реабилитационной программы для эффективного восстановления функциональных нарушений.

Summary. Primary disability due to cerebrovascular diseases is a relevant medical and social problem. To solve it, it is necessary to investigate the neuropsychological and clinical and physiological features of the diseases and the development of personality; this must be considered in the preparation of individual rehabilitation program for the efficient recovery of functional disorders.

Захворюваність та поширеність нервових хвороб та ЦВЗ формується переважно за рахунок осіб у віці старше 40 років, які також переважають в інвалідності у працездатному віці, на яку мають вплив соціально-економічні фактори, а зменшує показники передчасна смертність [1].

На цей час проблема інвалідності в осіб працездатного віку внаслідок захворювань нервової системи стає все більш гострою та актуальною, тому що в структурі первинної посідає перше рангове місце. Для вирішення проблеми боротьби з цією патологією в Україні прийнята Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 рр., затверджена Постановою Кабінету Міністрів України № 761 від 31 травня 2006 р. [2], що підкреслює важливість проблеми. Питання реабілітації інвалідів особливо актуальні у теперішній час у зв'язку з прийняттям Закону про реабілітацію інвалідів в Україні (2005) [3] та таких підзаконних актів державного значення, як Державна типова програма реабілітації інвалідів, затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 р. № 1686; Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда, затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 р. № 757; Наказ МОЗ України від 08.10.2007 р. № 623 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання»; Наказ МОЗ України від 07.02.2008 р. № 57 «Про затвердження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації інвалідів» [4, 5, 6].

У той же час залишається недостатньо науково обґрунтованими методи профілактики та

запобігання первинної інвалідності; методи реабілітації інвалідів неврологічного профілю, а саме формування об'єктивних критеріїв визначення як потреби в реабілітації, так і реабілітаційних можливостей, реабілітаційного потенціалу, необхідних реабілітаційних технологій, видів реабілітації залежно від наявних структурно-функціональних змін та видів обмеження життєдіяльності, методології формування індивідуальних програм реабілітації (ІПР), складові системи реабілітації та взаємозв'язки між ними [7].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Для визначення реабілітаційних складових реабілітаційних особливостей інвалідів працездатного віку було проведено дослідження в клініці ДУ Українського державного науководослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України. У дослідження були включені 180 первинно визнаних інвалідів внаслідок ЦВЗ працездатного віку з вперше встановленою II і III групою інвалідності.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Обстежено 180 хворих на ЦВЗ, 38–60 років (середній вік $46,2 \pm 12,4$ року). Критерієм включення у дослідження було визначення медико-соціальною експертною комісією групи інвалідності, а виключення – наявність тяжких соматичних або неврологічних розладів у стадії декомпенсації, а також інваліди I групи.

У структурі за статтю переважають чоловіки – 58,8 %, жінки становлять – 41,2 % від загального числа. Питома вага чоловіків у віці 40–54 років збільшується до 64,3%, у віці 55–60 років становить 63,6 % від загальної кількості.

Найвищий показник відзначався серед інвалідів III групи (65,9 %), тому що збільшення частоти та питомої ваги III групи пов'язане з інвалідністю чорнобильців, серед яких вона встановлюється у 50,2 % випадків за рахунок дисциркуляторної енцефалопатії. Частота встановлення її збільшується також через соціальні причини – неможливість працевлаштування хворих у сучасних умовах.

Серед мешканців міста інвалідність розподілялася за тяжкістю таким чином: II – 46,0 %, III – 47,1 %; серед сільських II – 38,4 %, III – 53,3 %. Основною причиною II групи є наслідки ішемічного чи геморагічного інсульту.

Структура чинників ризику інсультів за даними вивченої медико-експертної документації первинно визнаних інвалідами внаслідок ЦВЗ представлена таким чином: гіпертонічна хвороба – 63,2 %, анатомічна патологія екстра- та інтракраніальних артерій – 2,3 %, гіпертонічна хвороба в поєднанні з анатомічною артеріальною патологією – 13,1 %, «церебральний атеросклероз» – 10,0 %, поєднання гіпертонічної хвороби і «церебрального атеросклерозу» – 6,8 %, ревматизм – 4,6 % випадків.

Розподіл за статтю виявив переважання чоловіків (62,2 %) над жінками (37,8 %). Найбільшу питому вагу мали особи, які займалися фізичними видами праці – 46,8+3,97 %, розумовою – 25,95+3,49 %, змішаною – 25,32+3,46 % ($p < 0,05$).

Для відновлення функціональних порушень всім дослідженим були розроблені індивідуальні програми реабілітації, що включали комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів з визначенням порядку і місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей конкретної особи до виконання видів діяльності, визначених у рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії.

Індивідуальна програма реабілітації інваліда розроблялася відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів для повнолітніх інвалідів – медико-соціальною експертною комісією. Визначення конкретних обсягів, методів і термінів проведення реабілітаційних заходів, які повинні бути здійснені щодо інваліда, кошторис витрат за рахунок бюджетних коштів чи загальнообов'язкового державного соціального страхування, а також контроль за виконанням ППР інваліда в межах своїх повноважень здійснюють медико-соціальні експертні комісії, органи праці та соціального захисту населення,

служби зайнятості, реабілітаційні установи, розпорядники відповідних коштів. Обсяг реабілітаційних заходів у всіх обстежених відповідав декларованій Державній типовій програмі реабілітації інвалідів.

ППР інваліда є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, в яких працює інвалід, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності.

Індивідуальна програма реабілітації має для інваліда рекомендаційний характер і включає такі розділи: медична, психологічна, фізична реабілітація; професійна і трудова реабілітація; соціальна реабілітація. Вона складалася диференційовано залежно, в першу чергу, від результатів експертно-реабілітаційної діагностики, клінічного діагнозу та особливостей перебігу захворювання, наявності структурно-функціональних порушень, ускладнень, стану адаптаційно-компенсаторних механізмів; ступеня і видів обмеження життєдіяльності, зокрема здібності до трудової діяльності і соціальної недостатності, показників реабілітаційного потенціалу та прогнозу.

Повна ефективність ППР хворих з ЦВЗ була досягнута у 94 % осіб з обмеженням життєдіяльності при проведенні постійного медикаментозно-підтримуючого лікування та диспансерного нагляду в амбулаторно-поліклінічних умовах з періодичним (1-2 рази на рік) підключенням курсового стаціонарного та санаторно-курортного етапів за умови застосування консервативних заходів. Були використані такі види медичної реабілітації: амбулаторно-поліклінічний або диспансерно-поліклінічний; стаціонарний; санаторно-курортний.

У програмах був використаний комплекс відновлювального і підтримуючого лікування ЦВЗ залежно від неврологічних проявів із застосуванням препаратів для профілактики та попередження факторів ризику. Перевага віддавалася вітчизняним препаратам і тільки при їх недостатній ефективності імпортом, дозволеним для використання на території України, з періодичним контролем стану хворого з використанням клініко-нейрофізіологічних, функціональних і біохімічних методів дослідження.

Всім пацієнтам було проведено нейропсихологічне обстеження та реабілітація, обсяг яких визначався наявністю патопсихологічних синдромів; їх корекція проводилася відповідно до особливостей клінічної картини нейропсихологічного стану хворого.

За психомоторними показниками в першій групі відзначалось 43,8 % пацієнтів з низькою лабільністю, 37,5 % із середньою та 25 % – високою. У другій – збільшення з низькою 58,8 % та зменшення з середньою 23,5 % і високою 11,8 %. За динамікою максимального темпу рухів у першій переважав тип, що характеризує середньо-слабку нервову систему внаслідок здібностей до короткострокової мобілізації, у другій більшість мала слабку нервову систему.

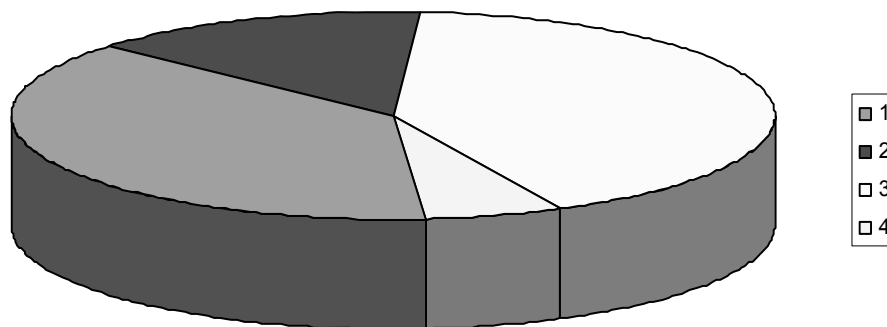
Підвищення профілю за шкалами невротичної триади відзначалось у 36,6 % пацієнтів, що свідчить про недостатність у них фізичних і психічних ресурсів для задоволення актуальних потреб, зниження рівня інтрапсихічної адаптації.

Емоційні розлади виявлені в 46-и осіб. У 33 переважали тривожні розлади, у 17 відзначено поєднання тривоги і неглибокої депресії. Особистісний тип психічного реагування в більшості пацієнтів (67 %) був істеричний. Такий тип є суттю соціально опосередкованого ставлення до

дійсності та свого місця в суспільстві (на соціально значущі події чи зміни свого статусу). Важливе значення має не сам характер психотравмуючої ситуації, а особистісне ставлення до неї за рахунок соматизації тривоги шляхом формування демонстративної поведінки.

Як показали результати, у більшості хворих діагностуються дезадаптивні типи психічного реагування і становлять у хворих III групи інвалідності 42,3 % та 57,7 % у хворих II групи інвалідності, а адаптивний тип відношення відповідно спостерігався в 38,2 % та 23,5 %, який проявляється як відсутність підвищення за шкалами або як ергопатичний.

Співвідношення між блоками дезадаптивних типів реагування на хворобу у хворих III групи інвалідності розподілилося таким чином: реагування з інтрапсихічною спрямованістю виявлені в 14,7 % від загального числа, з інтерпсихічною – у 41,7 %, та у 5,9 % змішаний (рис. 1)



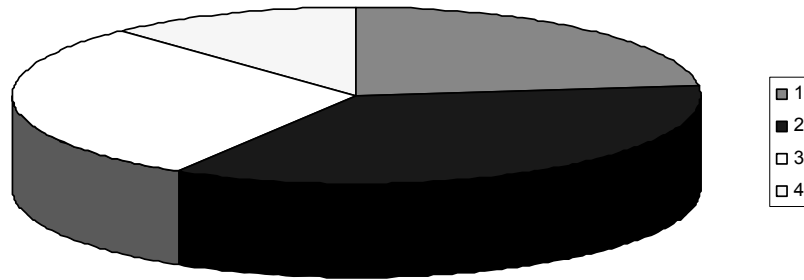
1 – адаптивний, 2 – інтрапсихічна спрямованість, 3 – інтерпсихічна спрямованість, 4 – змішаний тип

Рис. 1. Співвідношення блоків психологічного реагування на хворобу

У хворих II групи інвалідності становить з інтрапсихічною спрямованістю 35,3 %, інтерпсихічною – 29,4 % та змішаний у 12 % (рис. 2).

Як видно з рисунка 1, у пацієнтів відзначається більш питома вага адаптивних типів реагування на хворобу, що пов'язане у них з премор-

бідними особливостями особистості. Прояви дезадаптивного блоку більше відзначалися у хворих II групи інвалідності, які характеризували формування патопсихологічних особливостей внаслідок хвороби.



1 – адаптивний, 2 – інтрапсихічна спрямованість, 3 – інтерпсихічна спрямованість, 4 – змішаний тип (у відсотках)

Рис. 2. Співвідношення блоків психологічного реагування на хворобу

З нейропсихологічних методів лікування на всіх етапах реабілітації застосовували різні психотерапевтичні заходи, спрямовані на ліквідацію несприятливих патопсихологічних змін, які можна розділити за обсягом на малу і велику психотерапію з включенням психофармакологічних методів впливу (анксиолітиків, антипсихотиків, антидепресантів).

Основою фізичних навантажень для хворих ЦВЗ була дозована ходьба і фізичні тренування з використанням тренажерів, ЛФК. При проведенні фізичної реабілітації необхідний контроль лікаря-інструктора з ЛФК.

При аналізі розподілу досліджуваних за видами трудової діяльності виявлено, що в МСЕК спрямовані переважно особи, зайняті фізичною працею – 43%; не працюючих – 34%, 23% займаються розумовою працею (рис. 3).

Професійна реабілітація включала професійну орієнтацію, професійний відбір, навчання або перенавчання та раціональне працевлаштування. При проведенні професійної експертизи проводилась робота з нормативними, виробничими та санітарно-гігієнічними документами, які допомогали оцінити характер і умови трудового процесу.

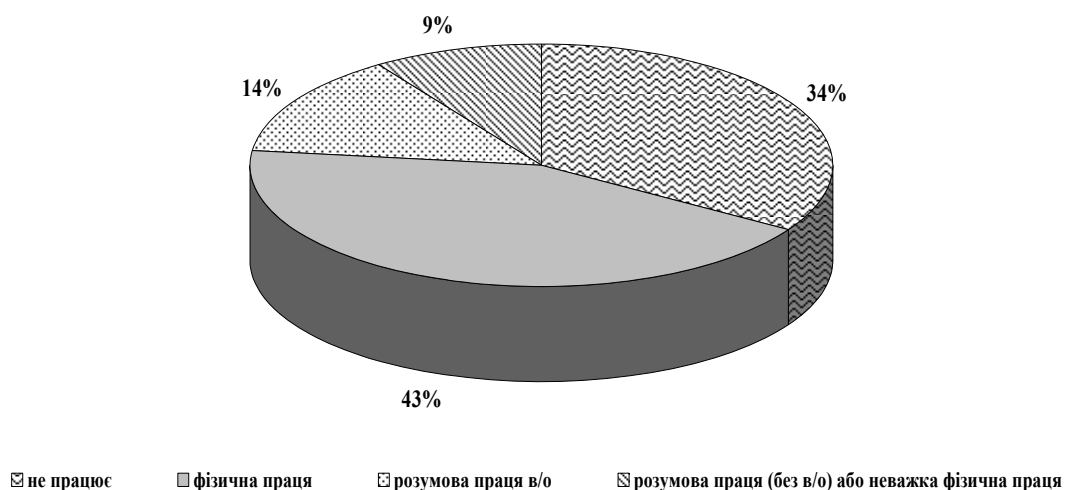


Рис. 3. Розподіл досліджуваних у групі МСЕК за видами праці

Таким чином, при проведенні адекватної медико-соціальної реабілітації відзначалися позитивні результати відновлення у інвалідів II групи інвалідності внаслідок ЦВЗ: раціонального працевлаштування у 48% і 71% часткова медична реабілітація; але в 17% випадків відзначалися

ускладнення, погіршення стану. Для III групи повністю реабілітовані були 69%; працевлаштовані 63%. На працевлаштування досліджених впливали не тільки соціальні проблеми, але в більшості випадків патопсихологічні особливості людей з обмеженими можливостями.

ВИСНОВКИ

1. Для підвищення ефективності диференційованої реабілітаційної програми необхідно проводити дослідження функціонального стану нервової та емоційно-психологічної систем особистості.

2. Виявлення патопсихологічних і емоційних порушень та їх корекція повинні бути обов'язковою складовою реабілітаційної програми ЦВЗ.

3. Необхідно більше приділяти уваги працевлаштуванню інвалідів III та II групи з урахуванням соціальних та особистісних складових.

4. Одержані результати можуть бути використані для оцінки реабілітаційного потенціалу й розробки психофізіологічних параметрів прогнозування групи інвалідності внаслідок ЦВЗ.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Іпатов А. В. Комплексна технологія реабілітації інвалідів в Україні / А. В. Іпатов // Мед. реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2004. - № 3. – С. 44–45.

2. Пряников И. В. Оценка реабилитационного потенциала пациентов с цереброваскулярными заболеваниями / И. В. Пряников, Е. В. Ширшова // Клинич. неврология – 2010. – № 2. – С. 14–16.

3. Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки: Постанова Кабінету Міністрів України № 761 від 31 травня 2006 р.

4. Про затвердження Державної типової про-

грами реабілітації інвалідів: Постанова Кабінету Міністрів України № 1686 від 8 грудня 2006 р.

5. Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда: Постанова Кабінету Міністрів України № 757 від 23 травня 2007 р.

6. Правовые, организационные и методические основы реабилитации инвалидов. — М.: ОАО Изд-во «Медицина», 2005. — 456 с.

7. Применение критериев оценки ограниченной способности к трудовой деятельности в практике медико-социальной экспертизы / Д. И. Лаврова, С.Н. Пузин, О. С. Андреева [и др.] // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 2005. - № 2. – С. 32–43.

