

МЕДИКО- СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

4, 2012

ОКТАБРЬ—НОЯБРЬ—ДЕКАБРЬ

**Medico-Social Expert Evaluation
and Rehabilitation**

КВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор С. Н. ПУЗИН

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Е. Е. Ачкасов, И. Г. Бакулин, Н. Г. Гончаров, Л. П. Гришина, С. В. Дармадихин, М. А. Дымочка, Н. И. Измерова, М. З. Каплан, В. А. Клевно, Г. П. Котельников, Е. С. Либман, С. Б. Маличенко (зам. главного редактора), А. В. Мартыненко, Е. А. Мащенко (научный редактор), В. Н. Потапов, М. А. Рычкова (зам. главного редактора), К. А. Саркисов, Б. А. Сырникова, И. В. Тихоновская (ответственный секретарь), Д. Ф. Хритинин, Л. Н. Чикина, Н. Б. Шабалина, М. А. Шкурко

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Ю. И. Захарченко (Краснодар), Н. Ф. Измеров (Москва), Х. В. Иксанов (Казань), К. Т. Керимов (Баку), Е. К. Козьмиди (Москва), М. В. Коробов (Санкт-Петербург), С. М. Крошин (Москва), А. В. Кулаков (Ярославль), Г. В. Лапшина (Москва), В. В. Линник (Москва), С. С. Меметов (Ростов-на-Дону), А. А. Модестов (Москва), Н. З. Мухамеджанов (Ташкент), Л. С. Пустынкина (Рязань), А. Н. Разумов (Москва), Л. А. Тарасова (Москва), И. В. Шведовченко (Санкт-Петербург), Ф. Ф. Хамитов (Москва), А. Д. Царегородцев (Москва), Ю. Г. Элланский (Ростов-на-Дону)

Журнал входит в перечень периодических научно-технических изданий, выпускаемых в Российской Федерации, в которых рекомендуется публикация основных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук



МОСКВА. ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА», 2012

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

- Пузин С. Н., Паяниди Ю. Г., Огай Д. С., Тихоновская И. В., Коржевская Е. В., Хохлова С. В., Кашурников А. Ю., Воробьева Е. В.** История и современное состояние проблемы диспансеризации онкогинекологических больных 3
- Суслова Г. А., Кравченко Е. В.** Реабилитация пациентов молодого возраста, перенесших острую недостаточность мозгового кровообращения 7
- Соловьева И. Ю., Дьякович М. П.** Проблемы реабилитации пострадавших вследствие хронической ртутной интоксикации профессионального генеза 10
- Каратаева О. А., Сергеева Т. Н., Герман С. В.** Организация мониторинга эффективности реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов в Нижегородской области 15
- Калашникова Л. К., Малетин С. И.** Опыт организации работы специалистов по социальной работе в учреждениях медико-социальной экспертизы Алтайского края 19
- Соколова И. А., Гусева Н. К., Соколов В. А., Дютова М. В.** Особенности организации поликлинического этапа медицинской реабилитации инвалидов трудоспособного возраста 21
- Алиева А. А., Алиева Х. М., Махмудова Т. А., Рамазанова М. И., Махачев А. А., Суракатова С. А.** Характеристика реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза детей-инвалидов с детским церебральным параличом 24

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И СТАТИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ

- Волобоева Т. В., Смагина Т. Н., Бурнатов Е. А.** Анализ первичной инвалидности населения Оренбургской области вследствие психических расстройств и расстройств поведения в 2008–2010 гг. 28
- Болотова Е. В., Терещенко Т. В., Солдатенко Н. В., Шамраева Т. Ф., Шамрицкий Ю. А.** Динамика первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Краснодарском крае за 1996–2010 гг. 32

СУДЕБНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

- Коробов М. В., Дубинина И. А., Деденева И. В.** Организационно-правовые вопросы совершенствования контрольной функции главных бюро медико-социальной экспертизы за деятельностью бюро 37

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ РАБОТНИКУ

- Федоров С. Е., Ярыгин Н. В., Нахаев В. И.** Метод лечения пожилых пациентов с переломом локтевого отростка штифтом с блокированием 41
- Кровякова Е. А., Киричук В. Ф., Кодочигова А. И., Михеева Л. А., Оленко Е. С.** Психофизиологические особенности клинически здоровых врачей медико-социальной экспертизы с отягощенным семейным анамнезом по ишемической болезни сердца 45
- Тлупова Т. Г.** Клинические случаи выявления аггравации и симуляции у больных с офтальмопатологией при медико-социальной экспертизе 48

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЕГО

- Гордова Л. Д., Кириченко Ю. Н., Разинков Д. В.** Роль матери и семьи в жизни ребенка-инвалида 51
- Алиева А. А., Алиева Х. М., Махмудова Т. А., Махачев А. А., Рамазанова М. И., Суракатова С. А.** Оценка качества жизни у детей-инвалидов с детским церебральным параличом в Республике Дагестан 54

EXPERTISE AND REHABILITATION

- Puzin S.N., Payanidi Yu.G., Ogay D.S., Tikhonovskaya I.V., Korzhevskaya E.V., Khokhlova S.V., Kashurnikov A.Yu., Vorobyeva E.V.** History and present state of clinical examination of patients with gynecological cancer 3
- Suslova G.A., Kravchenko E.V.** Rehabilitation of young patients with acute insufficiency of cerebral circulation 7
- Solovyeva I.Yu., Dyakovich M.P.** Rehabilitation of patients with chronic mercury intoxication due to the professional activity 10
- Karataeva O.A., Sergeeva T.N., Herman S.V.** The monitoring organization of the individual rehabilitation programs implementation effectiveness in Nizhny Novgorod region 15
- Kalashnikova L.K., Maletin S.I.** The experience of social workers organisation in health and social assessment of the Altai region 19
- Sokolova I.A., Guseva N.K., Sokolov V.A., Doyutova M.V.** Organization peculiarities of working age invalids medical rehabilitation during polyclinic stage 21
- Alieva A.A., Alieva H.M., Mahmudova T.A., Ramazanov M. I., Mahachev A.A., Surakatova S.A.** Characteristics of rehabilitation potential and rehabilitation prognosis of disabled children with cerebral paralysis 24

EPIDEMIOLOGY AND STATISTICS OF DISABILITY

- Voloboeva T.V., Smagina T.N., Burnatova E.A.** Analysis of the population primary disability due to mental and behavioral disorders in the Orenburg region in 2008-2010 28
- Bolotova E.V., Tereschenko T.V., Soldatenko N.V., Shamraeva T.F., Shamritsky Yu.A.** Primary disability due to circulatory diseases dynamics in Krasnodar region during 1996-2010 32

FORENSIC MEDICAL SOCIAL EXPERTISE

- Korobov M.V., Dubinina I.A., Dedeneva I.V.** Organizational and legal issues to improve supervisory functions of the main Bureau of Medical and Social Expertise over activity of bureaus 37

PRACTICAL WORKER ASSISTANCE

- Fedorov S.E., Yargin N.V., Nakhaev V.I.** The method of olecranon fracture treatment of elderly patients with the help of the interlocked nail 41
- Krovyakova E.A., Kirichuk V.F., Kodochigova A.I., Mikheeva L.A., Olenko E.S.** Psychophysiological characteristics of clinically healthy doctors of medical and social expertise with family history of coronary heart disease 45
- Tlupova T.G.** Clinical cases of aggravation and simulation in patients with ophthalmopathology during medico-social examination 48

QUALITY OF LIFE AND FACTORS DETERMINING IT

- Gordova L.D., Kirichenko Yu.N., Razinkov D.V.** Role of mother and family in the life of a disabled child 51
- Alieva A.A., Alieva H.M., Mahmudova T.A., Mahachev A.A., Ramazanov M.I., Surakatova S.A.** Evaluation of life quality in disabled children with cerebral paralysis in Dagestan Republic 54

Журнал представлен в международном информационно-справочном издании
Ulrich's International Periodicals Directory

Все права защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

© ОАО «Издательство “Медицина”», 2012

ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 614.2:618.1-006.04-084

С. Н. Пузин¹, Ю. Г. Паяниди², Д. С. Огай³, И. В. Тихоновская⁴, Е. В. Коржевская²,
С. В. Хохлова², А. Ю. Кашурников², Е. В. Воробьева³

ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

¹ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, Москва; ²ФГБУ Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва; ³ГБУЗ МО Московский областной онкологический диспансер, Балашиха; ⁴ФГБУ НИИ медицины труда РАМН, Москва

Одним из основных направлений профилактики заболеваний является диспансеризация населения, осуществляемая государством, обществом, здравоохранением. Особенно это актуально для тех разделов медицины, где высоки показатели заболеваемости и смертности, т.е. для онкологии. В статье приведены основные принципы диспансеризации, применяемые в онкогинекологии.

Ключевые слова: диспансеризация, онкогинекология, приказ.

HISTORY AND PRESENT STATE OF CLINICAL EXAMINATION OF PATIENTS WITH GYNECOLOGICAL CANCER

S.N.Puzin, Yu.G.Payanidi, D.S.Ogay, I.V.Tikhonovskaya, E.V.Korzhevskaya, S.V.Khokhlova, A.Yu.Kashurnikov, E.V. Vorobyeva

A major focus of the population health prevention are examinations carried out by the state, society and health. This is especially true for those branches of medicine, with high levels of morbidity and mortality such as oncology. The basic principles of clinical examination used in oncogynaecology are described in the paper.

Key words: clinical examination, oncogynaecology, order.

Диспансеризация – активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья населения – включает комплекс профилактических, диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

Целью диспансеризации является формирование, сохранение и укрепление здоровья населения, профилактика заболеваний, снижение заболеваемости, инвалидности, смертности, достижение активного долголетия. Диспансеризация входит в качестве основной составляющей в широкую систему мер по профилактике заболеваний, осуществляемых государством, обществом, здравоохранением [1].

Основные общегосударственные усилия направлены на улучшение условий труда, быта и отдыха населения, обеспечение рационального сбалансированного питания, борьбу с гиподинамией, курением, употреблением алкоголя, т.е. на формирование здорового образа жизни. В этой программе важная роль отводится системе здравоохранения, которая использует диспансерный метод, объединяющий профилактику и лечение, суть которой сводится к выявлению заболеваний на наиболее ранних стадиях и их предупреждение путем систематического медицинского наблюдения за здоровьем населения.

Первоначально принципы и методы диспансеризации использовались для борьбы с социально опасными болезнями, такими как туберкулез, сифилис, трахома и др. В последующем диспансерный метод нашел применение для наблюдения за беременными, детьми, трудящимися ведущих отраслей промышленности и сельского хозяйства, больными, страдающими хроническими заболеваниями, в том числе и онкологическими.

Началом организации современной онкологической службы явилось Постановление Правительства СССР от 30.04.45, которым предусмотрено создание в каждой области онкологического диспансера, в задачу которого входит лечение и учет онкологических больных. С 1953 года введен учет онкологических больных не только в онкодиспансерах, но и в лечебных учреждениях всех городских и сельских населенных пунктов.

На сегодняшний день диспансеризация в онкологии подразумевает:

- ежегодный медицинский осмотр с проведением лабораторно-инструментальных исследований для выявления заболеваний в ранних стадиях, а также обследование лиц, имеющих факторы риска развития заболеваний;
- проведение необходимого дообследования пациентов с подозрением на опухолевый процесс с использованием современных методов диагностики;
- определение состояния здоровья каждого человека;
- осуществление комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий больным и лицам с факторами риска и последующее систематическое наблюдение за состоянием их здоровья.

Современная структура онкологической службы в России выглядит следующим образом. Первичной организацией онкологической сети является онкологическое отделение при больнице и онкологический кабинет при поликлинике. Врач онкологического кабинета в методическом отношении подчиняется онкологическому диспансеру, а в административном – главному врачу своего лечебного учреждения.

На онкологический кабинет возлагаются следующие важные задачи:

1. Организация учета и регистрация онкологических больных, т. е. ведение онкологической документации в районе обслуживания поликлиники.

2. Диспансерное наблюдение за онкологическими больными, состоящими на учете и диспансеризация больных с предраковыми заболеваниями. В соответствии с инструкцией Министерства здравоохранения № 590 от 1986 г. большинство больных предраковыми заболеваниями должны выявляться, учитываться и лечиться у врачей-специалистов общей сети. У врача онкологического кабинета должны быть под диспансерным наблюдением все больные со злокачественными новообразованиями, доброкачественными новообразованиями молочной железы (фиброаденома, фиброаденоматоз), ворсинчатыми полипами желудочно-кишечного тракта.

3. Диспансерное наблюдение после проведенного лечения в первый год осуществляется 1 раз в квартал, во второй и третий годы – 1 раз в полугодие, далее – 1 раз в год [2]. Всех взятых под диспансерное наблюдение больных распределяют на клинические группы:

Группа Ia – больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования (ЗН). Учетная документация: контрольная карта диспансерного наблюдения. Тактика по отношению к больным: диагноз должен быть уточнен в течение 10 дней. Сроки диспансеризации: если больной направляется на обследование в другое лечебное учреждение, то участковый врач или онколог обязаны через 7–10 дней проверить, уехал ли он на обследование. Снятие с учета и перевод в другую клиническую группу: при подтверждении диагноза больной переводится во II или IV клиническую группу, а если диагноз не подтвержден – снимается с учета.

Группа Ib – больные предопухолевыми заболеваниями. Учетная документация: контрольная карта диспансерного наблюдения. Тактика по отношению к больным: подлежат лечению в течение месяца. Сроки диспансеризации: излеченные больные находятся под диспансерным наблюдением до одного года, осматриваются 1 раз в 3 месяца. Снятие с учета и перевод в другую клиническую группу: спустя 12 мес после полного выздоровления пациентки снимаются с учета.

Группа II – больные со ЗН различной степени тяжести, подлежащие специальному противоопухолевому лечению. Учетная документация: извещение, контрольная карта, выписка из стационара. Тактика по отношению к больным: подлежат специальному лечению, которое следует начать не позже 7–10 дней после установления диагноза. Сроки диспансеризации: врач, направивший больную на лечение, обязан через 7–10 дней проверить, уехала ли пациентка. Снятие с учета и перевод в другую клиническую группу: после излечения больные переводятся в III клиническую группу. Неизлеченные больные остаются во II, а при появлении метастазов переводятся в IV клиническую группу (если радикальное лечение им противопоказано).

Группа IIa – больные со ЗН, подлежащие радикальному лечению.

Группа III – практически здоровые женщины, которым проведено радикальное лечение по поводу ЗН. Учетная документация заводится новая, если боль-

ная ранее на учете не состояла, если же состояла на учете, то в контрольной карте меняется клиническая группа. Тактика по отношению к больным: на протяжении всей жизни они подлежат диспансерному наблюдению, восстановительному и периодическому общеукрепляющему лечению [3]. Сроки диспансеризации: осматриваются 1 раз в 3 мес в 1-й год после излечения, 1 раз в 6 мес на 2–3-й годы, далее – 1 раз в год свыше трех лет. С учета не снимаются, а при возникновении рецидива или метастазов переводятся во II или IV клинические группы [4].

Группа IV – больные со ЗН, подлежащие только симптоматическому лечению. Учетная документация: если запущенная стадия выявлена при первом обращении, то заполняются извещение, контрольная карта и протокол на запущенный случай ЗН. Тактика по отношению к больным: подлежат симптоматическому лечению по месту жительства, которое проводится участковым врачом. Сроки диспансеризации: вызову на контрольные осмотры больные не подлежат, наблюдаются участковым врачом (план лечения вырабатывается вместе с онкологом), с учета не снимаются [5]. Это наиболее многочисленная клиническая группа, поскольку почти 50% всех наблюдаемых онкологических больных получают симптоматическое лечение. В эту группу могут входить и больные на ранних стадиях ЗН, например преклонного возраста, которым в связи с тяжелой сопутствующей патологией или общим состоянием противопоказано радикальное лечение, а также пациентки, отказавшиеся от радикального лечения.

В России охрана здоровья населения обеспечивается преимущественно государственной системой здравоохранения, которая находится под контролем Министерства здравоохранения и социального развития РФ, которое несет ответственность за разработку системы здравоохранения и контроль над ней.

В частности, с целью совершенствования системы Государственного ракового регистра, унификации и стандартизации данных о больных со ЗН в соответствии с международными стандартами, утвержденными ВОЗ для раковых регистров, и требованиями современных информационных технологий 19.04.99 издан приказ Минздрава РФ № 135 «О совершенствовании системы государственного ракового регистра».

3 декабря 2009 г. подписан приказ Минздрава РФ № 944н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях». Согласно этому приказу, настоящий Порядок регулирует вопросы оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. В частности, больным с онкологическими заболеваниями медицинская помощь оказывается:

- в рамках плановой первичной медико-санитарной помощи – терапевтическая, хирургическая и онкологическая помощь;

- в рамках плановой специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, – специализированная онкологическая помощь.

Оказание плановой помощи больным с онкологическими заболеваниями в рамках первичной медико-

санитарной помощи организуется в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях здравоохранения. Оказание плановой специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, осуществляется в федеральных организациях, оказывающих медицинскую помощь, а также в соответствующих организациях, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации.

Плановая онкологическая помощь в рамках первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях оказывается на основе взаимодействия врачей первичного звена здравоохранения: участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-хирургов и врачей-онкологов. Медицинские работники фельдшерско-акушерских пунктов оказывают медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с рекомендациями врачей-онкологов и врачей-специалистов.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях участковые врачи-терапевты, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-хирурги во взаимодействии с врачами-специалистами выявляют риск развития онкологических заболеваний. При подозрении или выявлении опухолевого заболевания пациента направляют в первичный онкологический кабинет (отделение), после чего врач-специалист первичного онкологического кабинета направляет пациента в онкологический диспансер, онкологическую больницу для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения пациента. В случае подозрения и/или выявления у пациента злокачественного новообразования врач-специалист первичного онкологического кабинета уведомляет организационно-методический отдел онкологического диспансера для постановки больного на учет (с его добровольного информированного согласия). В случае подтверждения в онкологическом диспансере у пациента факта наличия онкологического заболевания информация о диагнозе пациента (с его добровольного информированного согласия) направляется из организационно-методического отдела онкологического диспансера в первичный онкологический кабинет, из которого был направлен пациент для последующего диспансерного наблюдения.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях онкологическая помощь больным с онкологическими заболеваниями оказывается врачами-онкологами в первичном онкологическом кабинете (отделении, дневном стационаре), осуществляющем свою деятельность в соответствии с Положениями об организации деятельности первичного онкологического кабинета с учетом рекомендуемых штатных нормативов.

Плановое стационарное обследование и лечение больных с онкологическими заболеваниями осуществляется в федеральных организациях, оказывающих медицинскую помощь, а также в соответствующих организациях, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь больным с онкологиче-

скими заболеваниями, обеспечивается в федеральных организациях, оказывающих медицинскую помощь, а также в онкологическом диспансере, онкологической больнице, осуществляющих свою деятельность в соответствии с Положением об организации деятельности онкологического диспансера (онкологической больницы) с учетом рекомендуемых штатных нормативов.

Оснащение онкологического диспансера, онкологической больницы осуществляется в зависимости от профиля структурного подразделения в соответствии со стандартами оснащения.

При выявлении у больного в онкологическом диспансере медицинских показаний к высокотехнологичным методам лечения помощь оказывается ему в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Больные со ЗН подлежат пожизненному диспансерному наблюдению в онкологическом диспансере. Если течение заболевания не требует изменения тактики ведения пациента, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляются:

в течение первого года – 1 раз в 3 мес;

в течение второго года – 1 раз в 6 мес, а в дальнейшем – 1 раз в год.

В организации онкологической помощи больным сочетаются лечебные методы (хирургический, радиотерапевтический и лекарственный) и паллиативные мероприятия в отделениях (хосписе), осуществляющих свою деятельность в соответствии с положениями об организации деятельности структурных подразделений федеральных организаций, оказывающих медицинскую помощь онкологическим больным, а также в соответствующих организациях, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации.

Скорая медицинская помощь больным ЗН оказывается станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи и отделениями скорой медицинской помощи при районных и центральных районных больницах.

Оказание скорой медицинской помощи больным ЗН осуществляют специализированные реаниматологические, врачебные и фельдшерские выездные бригады, штатный состав которых определен приказом Минздравсоцразвития России от 01.11.04 № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» (зарегистрирован Минюстом России 23.11.04, регистрационный № 6136).

При подозрении и/или выявлении у больных ЗН в ходе оказания им скорой медицинской помощи их переводят или направляют в онкологические диспансеры (онкологические больницы) для определения тактики ведения и необходимости применения дополнительно других методов специализированного противоопухолевого лечения.

В случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием помощи онкологическим больным, может повлечь возникновение болевых ощущений у пациента, такие манипуляции должны проводиться с обезболиванием.

Порядок оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях, утвержденный приказом Минздравсоцразвития РФ от 03.12.09 № 944н с 6-ю Приложениями, в которых отражены: