

МЕДИКО- СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

1, 2012

ЯНВАРЬ—ФЕВРАЛЬ—МАРТ

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. Машенко (научный редактор), В. Н. Потапов, М. А. Рачкова (зам. главного редактора), К. А. Саркисов, Б. А. Сырникова, И. В. Тихоновская (ответственный секретарь), Д. Ф. Хритинин, Л. Н. Чикинова, 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 наук



СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

- Пузин С. Н., Храпылина Л. П., Кудрявцев В. В., Каплан М. З., Лаптева А. Е.** Предоставление медицинской помощи и медико-социальных услуг инвалидам и лицам пожилого возраста в Российской Федерации. Современные возможности и перспективы 3
- Батрак М. В., Борзов Е. В.** Реабилитация больных после ринохирургических вмешательств 6
- Морозова Л. Г., Рассказова Е. И., Посохов С. И., Ковров Г. В.** Режим сна в реабилитации у больных с инсомнией 8
- Соков Е. Л., Корнилова Л. Е., Арсужин Н. А.** Метод внутрикостных блокад в реабилитации пациентов с болевой дистальной диабетической полинейропатией 14
- Доскина Е. В.** Реабилитационная помощь пациентам с диабетической нейропатией 16
- Серебренникова К. Г., Кузнецова Е. П., Лапшихин А. А., Иванова Т. В., Хмелевская В. Ф.** Реабилитация репродуктивной функции женщин после оперативного лечения на яичниках 18
- Криворучко Ю. Д.** Научно обоснованный подход к комплексной оценке судебно-психиатрической и медико-социальной экспертизы инвалидов вследствие психических заболеваний, находящихся на принудительном лечении 22

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И СТАТИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ

- Гришина Л. П., Радикова Ю. Н.** Сравнительный анализ первичной инвалидности вследствие болезней эндокринной системы в Российской Федерации, Центральном федеральном округе и его субъектах 26
- Темирханова К. Т.** Анализ уровня повторной и общей инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Российской Федерации, Северо-Кавказском федеральном округе и его субъектах в 2006—2010 гг. 29
- Будагова Т. Б.** Особенности первичной и повторной инвалидности вследствие болезней органов дыхания в Ростовской области в динамике за 2006—2010 гг. 33

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ РАБОТНИКУ

- Маличенко С. Б., Машченко Е. А., Маличенко В. С., Кудрявцев В. В., Каплан М. З., Лаптева А. Е.** Клинико-демографическая характеристика пациентов с остеопорозом различных возрастных групп, отобранных по валидизированным факторам риска 36
- Бурневич Э. З., Арион Е. А., Александрова Е. А.** Современные возможности диагностики, лечения и реабилитации больных с вариантными формами аутоиммунных заболеваний печени (часть II) 42
- Медведев В. Э.** Особенности первичной и вторичной реабилитации пациентов с психопатологическими расстройствами, имеющих сердечно-сосудистую патологию 45
- Кислая С. Н., Иванов Г. Г., Кислый Н. Д.** Оценка реабилитационного прогноза у больных с алкогольным циррозом печени 49
- Бородулин С. Н., Братчикова В. А., Карягин В. В., Ачимов А. П.** Применение интегрального показателя для оценки нарушения статодинамической функции у больных с деформирующим остеоартрозом коленного сустава 52
- Миронов Е. М.** Роль ортезирования в комплексной реабилитации больных с последствиями позвоночно-спинно-мозговой травмы. 56

EXPERTISE AND REHABILITATION

- Puzin S.N., Khrapylina L.P., Kudryavtsev V.V., Kaplan M.Z., Lapteva A.E.** Providing medical care and medico-social service to disabled and elderly people in Russian Federation. Modern opportunities and prospects 3
- Batrak M.V., Borzov E.V.** Rehabilitation of patients after rhinosurgical operations 6
- Morozova L.G., Rasskazova E.I., Posokhov S.I., Kovrov G.V.** Sleep regimen during rehabilitation in patients with insomnia 8
- Sokov E.L., Kornilova L.E., Arsyukhin N.A.** Intraosseous blockades during rehabilitation in patients with distal diabetical polyneuropathy 14
- Doskina E.V.** Rehabilitational care in patients with diabetical neuropathy 16
- Serebrennikova K.G., Kuznetsova E.P., Lapshikhin A.A., Ivanova T.V., Khmelevskaya V.F.** Rehabilitation of reproductive function in women after surgical treatment of ovary 18
- Krivoruchko Yu.D.** Scientifically substantiated approach to complex evaluation of psychiatric-legal and medico-social expertise of invalids due to mental diseases staying under compulsory treatment 22

EPIDEMIOLOGY AND STATISTICS OF DISABILITY

- Grishina L.P., Radikova Yu.N.** Comparative analysis of primary disability as a result of endocrine system diseases in Russian Federation, Central Federal Region and its constituent members 26
- Temirkhanova K.T.** The analysis of general and recurring disability rate as a result of malignant new growth in Russian Federation, North-Caucasian Federal Region and its constituent members in 2006-2010 29
- Budagova T.B.** Peculiarities of primary and recurring disability as a result of respiratory diseases in the Rostov region over a period of 5 years (2006-2010) 33

PRACTICAL WORKER ASSISTANCE

- Malichenko S.B., Maschenko E.A., Malichenko V.S., Kudryavtsev V.V., Kaplan M.Z., Lapteva A.E.** Clinico-demographic characteristics of patients with osteoporosis from different age groups who have been chosen by validity risk factors 36
- Burnevich E.Z., Arion E.A., Aleksandrova E.A.** The modern possibilities of diagnostics, treatment and rehabilitation of patients with variant forms of autoimmune diseases of liver (part II) 42
- Medvedev V.E.** Peculiarities of primary and recurring rehabilitation of patients with psychopathic disturbances and cardiovascular pathology 45
- Kislaya S.N., Ivanov G.G., Kisly N.D.** Estimation of rehabilitation prognosis in patients with alcoholic biliary cirrhosis 49
- Borodulin S.N., Bratchikova V.A., Karyagin V.V., Achimov A.P.** Application of integral index for evaluation of static-dynamic function in patients with osteoarthritis deformans of knee joint 52
- Mironov E.M.** Role of orthotics in complex rehabilitation of patients with consequences of vertebro-medullary trauma 56

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

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 614.2:616-082-056.266-053.9

С. Н. Пузин¹, Л. П. Храпылина², В. В. Кудрявцев³,
М. З. Каплан⁴, А. Е. Лаптева⁴

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ИНВАЛИДАМ И ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

¹Кафедра гериатрии и медико-социальной экспертизы ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования; ²Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ; ³ГУЗ МО Бюро судебно-медицинской экспертизы; ⁴кафедра ортопедической стоматологии Российского университета дружбы народов, Москва

В настоящее время происходит целенаправленное преобразование системы предоставления медицинской помощи и социальных услуг инвалидам и лицам пожилого возраста. Следует особо отметить, что медико-социальная экспертиза в значительной мере влияет на реализацию прав тех или иных указанных категорий на получение социальных услуг. Сегодня широко обсуждается проблема модернизации института медико-социальных экспертиз, поскольку его нынешнее состояние не отвечает возрастающим запросам на соответствующие услуги как граждан, так и разных заинтересованных структур (пенсионных, страховых, судебных, работодателей, занятости и др.).

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, инвалидность, медицинская помощь.

PROVIDING MEDICAL CARE AND MEDICO-SOCIAL SERVICE TO DISABLED AND ELDERLY PEOPLE IN RUSSIAN FEDERATION. MODERN OPPORTUNITIES AND PROSPECTS

S.N.Puzin, L.P. Khrapylina, V.V. Kudryavzev, M.Z. Kaplan, A.E. Lapteva

Recently, a purposeful development of medical care and medico-social examination of disabled and elderly people is happening. It is necessary to point out that medico-social examination influences the realisation of rights and receipt of social services by disabled and elderly patients. The problem of medico-social examination is currently widely discussed, because its current status does not fit the rising requirements of citizens and interested parties (judicial, insurance companies, employment organisations and etc.) for social services.

Key words: medico-social examination, disability, medical care.

В настоящее время происходит целенаправленное преобразование системы предоставления медицинской помощи и социальных услуг инвалидам и лицам пожилого возраста, что требует совершенствования действующего законодательства. Именно эти категории составляют подавляющее большинство пациентов учреждений здравоохранения, медико-социальной экспертизы и медико-социального обслуживания.

Следует особо отметить, что медико-социальная экспертиза в значительной мере влияет на реализацию прав тех или иных указанных категорий на получение социальных услуг. Сегодня широко обсуждается проблема модернизации института медико-социальных экспертиз, поскольку его нынешнее состояние не отвечает возрастающим запросам на соответствующие услуги как граждан, так и разных заинтересованных структур (пенсионных, страховых, судебных, работодателей, занятости и др.). В связи с этим возникло много разных предложений по изменению нормативно-правового регулирования в этой области, а также статуса этого института.

Происходящие перемены в области объемов и качества медико-социальных услуг определяются уровнем и темпами экономического развития страны, ее

территорий, а также социально-экономической целесообразностью конкретных услуг, их совокупности для населения и его отдельных категорий, в том числе на условиях государственных гарантий.

Государственные финансовые вливания в здравоохранение, в том числе посредством приоритетного национального проекта «Здоровье», как отмечается в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г., утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.08 № 1662-р, «не позволили значительно улучшить ситуацию, поскольку не сопровождались масштабными и высокоэффективными организационными и финансово-экономическими мероприятиями».

Поскольку значительная часть инвалидов и лиц пожилого возраста относятся к категории бедного населения, то вопрос о бесплатной медицинской помощи и спектре услуг в ее составе для них становится в прямом смысле жизненно важным. В силу этого среди значимых задач модернизации предоставления медицинских услуг необходимо выделить обеспечение оказания этим категориям граждан услуг, касающихся бесплатной медицинской помощи, согласно

установленным стандартам в рамках государственных гарантий в отношении видов, объемов, порядка и условий оказания. Для повышения качества медицинских услуг инвалидам и лицам пожилого возраста необходимы новые медицинские технологии как услуг, так и обслуживания. Прежде всего это можно сделать в связи с наиболее распространенными заболеваниями с учетом возрастных категорий, а также в контексте положений современной гериатрии.

Выравнивание финансовых возможностей регионов по обеспечению равнодоступности медицинских услуг инвалидам и лицам пожилого возраста необходимо осуществлять как путем установления единых требований к определению размера взносов субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения, так и через конкретизацию ответственности страховых организаций, которые участвуют в этом страховании. Эта ответственность должна быть перед пациентом за качество услуг, предоставляемых ему медицинской организацией, и перед медицинской организацией за создание финансовых условий обеспечения качественных услуг пациенту. Сегодня скорее можно говорить о безответственности страховых организаций и незащищенности пациента. У инвалидов и пожилых людей в силу их маломобильности и сниженной социальной активности нет реальной возможности защищать самим право на качественные медицинские услуги, на бесплатную медицинскую помощь. В связи с указанными обстоятельствами роль страховых организаций должна быть повышена, а ответственность не продекларирована, а четко определена в действующем законодательстве.

Вызывает сомнение необходимость создания условий для участия медицинских организаций различных организационно-правовых форм в обязательном медицинском страховании применимо ко всем категориям инвалидов и лиц пожилого возраста. К сожалению, вероятность издержек, в том числе и криминального характера, здесь излишне высока. В связи с этим было бы правильным для инвалидов и пожилых клиентов предусматривать страхование с патерналистским участием государства.

Инвалиды и пожилые люди — одни из самых активных потребителей услуг службы скорой медицинской помощи. Вместе с тем сегодня медперсонал этих служб не имеет, как правило, целевой подготовки по специфике оказания помощи инвалидам и лицам пожилого возраста, а также достаточной оснащенности вспомогательными техническими средствами, облегчающими медперсоналу ряд услуг маломобильным пациентам, к которым относятся пожилые люди и инвалиды.

Стационарная помощь инвалидам и лицам пожилого возраста нередко рассматривается как нерациональное использование коечного фонда. Оптимизация стационарной помощи, оказываемой этому населению, видится органам власти и управления в преимущественном создании стационаров на дому. При этом, однако, не учитываются отсутствие реальной возможности постороннего ухода за больным, организации его питания, затруднения в приобретении лекарств и т. д. Все это можно обеспечить в не-

обходимой мере только в условиях круглосуточного или дневного стационара. В больницах следует открывать гериатрические отделения, в которые по медицинским показаниям направлять пожилых пациентов, в том числе и инвалидов соответствующего возраста, для предоставления им медицинских и медико-социальных услуг с учетом геронтологических аспектов. Это будет не только более гуманно, но и экономически более состоятельно, чем создание стационаров на дому.

В сельской местности предполагается в перспективе открытие кабинетов врачей общей практики и семейных врачей. Этих специалистов следует обязать пройти целевую подготовку по основам медико-социальной экспертизы, реабилитации, гериатрии. В крупных поселениях следовало бы открывать межпоселенческие гериатрические кабинеты, поскольку на селе много пожилых людей и для них поездки в городские гериатрические центры малодоступны.

Развитие системы предоставления медико-социальных услуг инвалидам и пожилому населению на дому требует взаимодействия систем здравоохранения и социальной защиты. Такое взаимодействие должно касаться координации мер, консолидации средств и кадровых ресурсов. В Концепции обозначено повышение роли и расширение функций среднего медицинского персонала при оказании медицинских услуг лицам старшего возраста. Позиция, казалось бы, безупречная, если такой подход не отсекает пожилых людей (особенно инвалидов) от врачебной помощи вовсе. У авторов есть опасение, что врачебная помощь станет доступной по субъективному усмотрению среднего медицинского персонала, в силу чего будут опасны для здоровья пожилых людей и их морального состояния издержки. Предоставляется важным обеспечить через организационный, административный ресурс уважительное отношение к мнению пациента в данном вопросе и не нарушать его прав на качественные медицинские услуги, выбор врача и медицинского учреждения.

Обслуживание инвалидов и пожилых людей, особенно с нарушением передвижения и психики, — дело трудное как физически, так и психологически. Предоставлять услуги таким пациентам медицинские и социальные работники идут неохотно, в том числе и из-за того, что оплата их труда низкая, а вернее, неадекватная содержанию. Мотивация к качественному труду должна подкрепляться материальными и моральными стимулами. Заработная плата должна рассчитываться прежде всего на основе оценки социальной полезности такой деятельности. А эта полезность очень высокая.

В процессе развития системы первичной медико-санитарной помощи следует предусматривать повышение качества специализированной медицинской помощи указанным категориям населения. При организации системы этой помощи необходимо учитывать распространенность среди инвалидов и лиц пожилого возраста тех или иных нарушений здоровья. Прежде всего это касается сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Выявление этих заболеваний должно происходить как можно раньше, что позволит продлить жизнь и социальную активность таких

больных. Это в свою очередь минимизирует нагрузки на членов семьи по уходу за больным человеком.

Среди потока пациентов поликлиник инвалиды и пожилые люди не становятся объектом внимания врачей, скорее наоборот. Возможно, стоит рассмотреть их сетевое медицинское и совмещенное с ним медико-социальное обслуживание.

Реализация обозначенных выше приоритетов преобразований предоставления медицинской помощи и медико-социальных услуг в системе здравоохранения должна учитывать ряд факторов, включая недостаточность медицинских объектов, их маломощность и неукomплектованность кадрами во многих малых городах и поселениях, а также недостаточно высокий социокультурный уровень значительной части указанных категорий населения в отношении охраны своего здоровья.

Учреждения медико-социальной экспертизы могли бы сыграть позитивную роль при введении обязательного медико-социального освидетельствования лиц, заключающих договора пожизненной ренты путем добровольной передачи своего жилья в обмен на пожизненное содержание субъектами, которым это жилье на договорных условиях передано. Как показывает практика, вероятность ущемления интересов этих людей по оказанию им медицинской помощи и медико-социальных услуг без проведения такой экспертизы излишне высока.

Развитие медико-социального обслуживания требует более интенсивного развития реабилитационной индустрии, в которой должна быть учтена специфика гериатрии. Благодаря такой индустрии должны появиться качественные, доступные медико-технические и вспомогательные технические средства, которые существенно позитивно повлияют на оказание медицинской помощи и медико-социальных услуг инвалидам и лицам пожилого возраста. Потребителями этих средств следует рассматривать самого инвалида либо пожилого человека, социальные и медицинские учреждения, родственников, иных лиц, ухаживающих за инвалидом или пожилым членом семьи. Требует совершенствования государственная стандартизация указанных средств, в том числе путем совершенствования законодательства.

Технические средства сегодня, как правило, на льготных условиях предоставляются человеку при наличии инвалидности. Этот порядок стоило бы изменить. Пожилым людям такие средства можно было бы предоставлять в связи с возрастными изменениями, которые приводят к определенным изменениям здоровья, снижению физической выносливости и затрудне-

ниям в решении бытовых вопросов, а также в связи с потребностями медицинского назначения и др.

Сегодня технические средства предоставляются нуждающимся в них лицам на льготных условиях в соответствии с базовыми программами (гарантированными перечнями технических средств) по заключению уполномоченных служб здравоохранения и социальной защиты населения. Когда инициативу проявляет сам гражданин или члены его семьи, то вопрос решается на общих основаниях и нередко платно. Порядок и условия получения, эксплуатации, ремонта и замены технических средств, гарантированных для отдельных категорий граждан, определяются нормативными документами, утверждаемыми Правительством Российской Федерации. В отношении негарантированных средств все это связано с личной инициативой самого гражданина или лица, представляющего его интересы. Для многих пожилых людей невозможно решить проблему обеспечения себя техническим средством путем приобретения на платной основе социальной услуги. Все это побуждает пожилых людей или членов их семей инициировать медико-социальное освидетельствование с целью установления инвалидности. Старость — это не инвалидность. В старости свои риски, которые не обязательно инвалидизируют. Создание условий для достойного социально-бытового обеспечения пожилого человека на условиях самообслуживания вполне может предотвратить обращение такого человека за установлением инвалидности, поскольку человеку важно не признание его инвалидом, а инвалидность как основание для льгот, в том числе на услуги и технические средства.

Поступила 06.12.11

Сведения об авторах:

Пузин С. Н., д-р мед. наук, проф., акад. РАМН, зав. каф. гериатрии и медико-социальной экспертизы ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, зам. директора Учреждения РАМН НИИ медицины труда РАМН; *Храпылина Л. П.*, канд. мед. наук, д-р эконом. наук, акад. РАЕН, проф. Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, проф. Московского государственного технического университета им. Н. Э. Баумана; *Кудрявцев В. В.*, д-р мед. наук, ст. науч. сотр. ГУЗ МО Бюро судебно-медицинской экспертизы; *Каплан М. З.*, д-р мед. наук, проф., зав. каф. ортопедической стоматологии Российского университета дружбы народов; *Лантева А. Е.*, канд. мед. наук, доц. каф. ортопедической стоматологии Российского университета дружбы народов.

Для контактов:

Пузин Сергей Никифорович, 105275, Москва, 9-я ул. Соколиной горы, 12. Телефон: 8(495)789-05-37.