

УДК 615.851.83

У.А.Абдуразаков, д.м.н., С.Д.Есенгараева, к.м.н., В.Р.Комник, к.м.н.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

г. Алматы

О РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

АННОТАЦИЯ

В статье приведены данные о причинах, группах инвалидности при последствиях травм опорно-двигательной системы, о потребности их в реабилитации. Представленные данные позволяют правильно оценить тяжесть данной категории инвалидов и возможности планирования мер реабилитации для их медико-социальной защиты.

Ключевые слова: травма, опорно-двигательная система, реабилитация, инвалид.

Тяжелые повреждения и заболевания опорно-двигательной системы нередко осложняются стойкими нарушениями статодинамических функций организма и являются причиной инвалидности пациентов [1, 2]. Основные критерии при определении инвалидности у пациентов с патологией опорно-двигательной системы:

- нарушение функций организма;
- ограничение жизнедеятельности;
- социальная недостаточность, требующая социальной защиты.

Нарушение статодинамических функций организма, обусловленное патологией опорно-двигательной системы, является причиной ограничения следующих видов жизнедеятельности, а именно способности к:

- самостоятельному передвижению;
- самообслуживанию;
- трудовой деятельности;
- обучению.

Обычно различают 3 степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, соответствующие 3-м группам инвалидности:

- I группа – выраженные;
- II группа – значительно выраженные;
- III группа – умеренно выраженные

Примерный перечень патологии опорно-двигательной системы, наиболее часто приводящей к инвалидности, выглядит следующим образом.

I группа инвалидности определяется при значительно выраженных нарушениях функции

обеих нижних конечностей (ходьбы и стояния) вследствие развития гонартрозов, коксартрозов III-IV степени, ревматоидных артритов III-IV степени, анкилозов крупных суставов верхних или нижних конечностей в функционально невыгодном положении, болезни Бехтерева IV степени с вовлечением в патологический процесс крупных суставов нижних конечностей и позвоночника, кифосколиозе четвертой степени, а также значительно выраженных нарушениях функций верхних конечностей в результате грубых деформирующих артрозов пальцев, кистей рук, лучезапястных, локтевых, плечевых суставов в функционально невыгодных положениях. Эти заболевания приводят к нарушению способности пациентов самостоятельно передвигаться, двигать пальцами, хватать и удерживать предметы, выполнять повседневные дела, соблюдать личную гигиену, мыться в ванне, причесываться, одеваться, принимать пищу. Возникает необходимость в постоянном постороннем уходе и помощи, становятся невозможны самостоятельное передвижение, трудовая деятельность и учеба.

II группа инвалидности определяется при выраженных нарушениях функций нижних конечностей (ходьбы и стояния), снижении способности бегать, преодолевать препятствия, подниматься по лестнице, а также при выраженных нарушениях функции суставов верхних конечностей. К таким нарушениям приводят деформирующие гонартрозы и коксартрозы III степени, анкилоз тазобедренного, коленного или голеностопного суставов в функционально

невыгодном положении, укорочение одной нижней конечности более чем на 7 см в сочетании с деформирующим артрозом крупного сустава III степени на другой нижней конечности, кифоз или сколиоз III степени, остеохондроз с выраженным болевым синдромом, выраженные спондилопатии, болезнь Бехтерева III степени, фиброзный анкилоз голеностопных суставов, эквино-варусная деформация стоп и др. При этом снижается способность пациентов удовлетворять основные физиологические потребности (прием пищи, личная гигиена, одевание, физиологические отправления), выполнять повседневные бытовые задачи (покупка продуктов, промтоваров, приготовление пищи, уборка помещения и др.), пользоваться обычными жилищно-бытовыми предметами.

III группа инвалидности определяется при артропатиях, артрозах II степени (коксартрозы, гонартрозы), деформирующих артрозах II степени крупных суставов верхних конечностей (одной или обеих), выраженных деформациях пальцев рук, кифозе или сколиозе II степени, остеохондрозе и спондилопатиях (анкилозирующий спондилит II степени, спондилез II степени) с умеренным болевым синдромом.

Эндопротезирование крупных суставов способствовало улучшению статодинамических функций в течение года после операции с изменением группы инвалидности и клиническим улучшением в течение 3-х лет. В связи с этим бессрочная группа инвалидности после эндопротезирования определяется только у лиц пенсионного возраста. Для клинико-функциональной оценки состояния тазобедренного и коленного суставов у больных, перенесших эндопротезирование, используются специальные оценочные тесты.

Следует отметить, что в нашей стране определение группы инвалидности не является окончательной мерой социальной защиты инвалидов. Создана система реабилитации инвалидов, включающая медицинские, педагогические, социально-экономические мероприятия, направленные на устранение или более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации является восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация. Социальная за-

щита определена как система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Реабилитация инвалидов подразделяется на:

— медицинскую реабилитацию, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования;

— профессиональную реабилитацию, состоящую из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной адаптации и трудового устройства;

— социальную реабилитацию, которая состоит из социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации.

Программа медицинской реабилитации предусматривает восстановительное лечение, которое должно быть комплексным и включать:

— лечебную физкультуру, в том числе пассивные и активные упражнения, проводимые в специальных залах, в бассейне, в кабинетах механотерапии, с целью восстановления двигательных функций, ходьба, приспособления к самообслуживанию, выработка трудовых навыков (стол-станок с набором изделий для выработки дифференцированных движений пальцев рук);

— массаж (классический ручной, аппаратный, точечный, подводный);

— рефлексотерапию;

— электростимуляцию.

В медицинской реабилитации нуждаются практически все инвалиды до 100%.

Программа профессиональной реабилитации направлена на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных профессиональных знаний, умений и навыков и включает:

— профессиональную ориентацию (консультации по вопросам выбора или смены профессии, профессионального образования, переобучения, информация о рекомендуемых условиях и характере труда при данной патологии, оказание посредничества по поиску места обучения и работы, проведение психологической коррекции установок личности);

— профессиональное обучение или переобучение в колледжах, вузах общего и специ-

ального типа, а также в реабилитационных производственных центрах на основе проведенного отбора с учетом индивидуальных психофизиологических особенностей с последующим трудоустройством по конкретной профессии (рациональное трудоустройство с учетом индивидуальных клинико-функциональных и психофизиологических особенностей, организация рабочего места, оптимизация уровня и характера производственных нагрузок, профессионально-производственная адаптация). Трудоустройство инвалидов при патологии костно-мышечной системы может осуществляться на обычных и специализированных предприятиях, на дому, в условиях индивидуальной и кооперативной трудовой деятельности.

К условиям труда инвалидов предъявляются следующие основные требования:

а) создание оптимальных и допустимых санитарно-гигиенических условий производственной среды по физиологическим, химическим и биологическим факторам; организация рабочего места, соответствующего эргономическим требованиям;

б) работа:

— с незначительной или умеренной физической динамической и статической нагрузкой, преимущественно в свободной позе, сидя, с возможностью смены положения тела; в отдельных случаях – стоя или с возможностью ходьбы;

— не связанная со значительными перемещениями (переходами);

— преимущественно в одну (дневную) смену;

— характеризующаяся незначительной или умеренной интеллектуальной, сенсоэмоциональной нагрузкой, без риска для жизни и ответственности за безопасность других людей.

Программа социальной реабилитации инвалидов направлена на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных ими социально-бытовых навыков и умений, их адаптацию к требованиям рекомендуемой бытовой деятельности с учетом конкретных микросоциальных условий и др. Основное содержание социальной реабилитации заключается в том, что она охватывает все вопросы жизнедеятельности инвалида: уход, обеспечение специальными техническими средствами, создание адекватных бытовых условий и др. Основные меры социальной реабилитации:

— адаптация жилья (приспособление туалетной и ванной комнат; установка пандусов, поручней, перепланировка электророзеток и электровыключателей, приспособления для открывания окон и др.);

— обеспечение техническими средствами для активного и пассивного передвижения, бытовых нужд, самообслуживания и др.;

— обучение «жизни с инвалидностью»;

— обучение пользованию техническими средствами реабилитации.

Таким образом, проблема реабилитации инвалидов с патологией опорно-двигательной системы остается актуальной. Представленные данные позволяют правильно понять особенности и сложности данной категории инвалидов и планировать меры медико-социальной защиты их.

ЛИТЕРАТУРА

1 Каптелин А. Ф. Восстановительное лечение при травмах и деформациях опорно-двигательного аппарата. – М.: Медицина, 1969. – С.349-356.

2 Епифанов В. А. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / под ред. В. А. Епифанова. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 328 с.

ТҮЙІН

Аталмыш мақалада тірек қимыл жүйесінің жарақат себептері, соның салдарынан болған мүгедектік топтары және оңалту қажеттілігі баяндалған. Келтірілген деректер мүгедектер дәрежесінің ауырлығын дұрыс бағалауға және оңалту жолдарын медициналық-әлеуметтік жағын қорғау үшін жоспарлауға болады.

Түйінді сөздер: жарақат, тірек қимыл жүйесі, оңалту, мүгедек.

SUMMARY

The article deals with causes and groups of disability assigned as a result of traumas of musculoskeletal system, and their needs in rehabilitation. The data considered allow to correctly determine the severity of the given category of disability, and opportunities for planning of rehabilitation measures for medical and social protection of disabled people.

Key words: trauma, musculoskeletal system, rehabilitation, disabled person.