

УДК: 314.44: 616-002.5-036.83

© Дюбанов С. М., Клишина Л. С., Полякова В. Г., Стоянова Е. А., *Баранова В. В., 2013

АНАЛИЗ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ ЛУГАНСКОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ МСЭК за 2010- 2012 г.г.

Дюбанов С. М., Клишина Л. С., Полякова В. Г., Стоянова Е. А., *Баранова В. В.

ЛКУ «Областной центр медико-социальной экспертизы» специализированная фтизиопульмонологическая медико-социальная экспертная комиссия, г. Луганск; *ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»

Еще в 70-е - 80-е годы в мире зарождается идея максимальной адаптации окружающей среды под нужды больных и инвалидов, всесторонней законодательной поддержки инвалидов в сфере образования, здравоохранения, социальных услуг и обеспечения трудовой деятельности. В связи с этим становится очевидным, что система медицинской реабилитации в очень большой степени зависит от экономического развития общества. Поэтому в 1993 году Генеральная ассамблея ООН приняла «Стандартные правила уравнивания возможностей инвалидов», которые должны считаться в странах членах ООН точкой отсчета в сфере прав инвалидов. Идеология медицинской реабилитации за последние годы претерпела значительную эволюцию. Основные принципы медицинской реабилитации наиболее полно изложены одним из ее основоположников Клеменсом Ренкером [9]. Они предусматривали, что реабилитация должна быть не только основательной и непрерывной, но и комплексной, доступной, гибкой.

Модель туберкулеза – как инфекционной болезни, основанная на принципе единства этиологии и патогенеза, в современной медицине претерпела изменения, так как все больше ее развитие и распространение зависит от факторов не только медицинского, но и социального риска [1]. Поэтому все большее количество исследователей рас-

сматривают не только этиопатогенетическую основу туберкулеза легких, но лечение и реабилитацию с позиции концепции, основанной на взаимозависимости, взаимообусловленности и взаимовлиянии биологических, клинических, социальных и психологических факторов [2, 3]. В связи с этим, реабилитация больных туберкулезом это важная медико-социальная проблема, в которой более тесно, чем при других заболеваниях, переплетаются вопросы медицинской и социально-трудовой реабилитации [6, 7].

Целью работы было проанализировать выполнение рекомендаций по реабилитации инвалидов, осмотренных на фтизиопульмонологической МСЭК и выявить причины их невыполнения.

Нами проведен анализ 5504 индивидуальных программ реабилитации инвалида, рекомендованных больным туберкулезом и неспецифическими заболеваниями легких фтизиопульмонологической МСЭК г. Луганска за 2010-2012 годы.

На специализированной фтизиопульмонологической МСЭК за 2010 – 2012г.г. было освидетельствовано 5504 больных, практически в 90 % случаях пациенты были признаны инвалидами, из них 80% составили больные туберкулезом и только 20% - с неспецифическими заболеваниями легких (таблица 1).

Таблица 1. Возврат и выполнение ИПР за 2010 – 2012г.г.

	2010		2011		2012	
Освидетельствовано больных (абс.ч)	1877		1825		1802	
Признано инвалидами (абс.ч. (%))	1632 (86,9 %)		1560 (85,6 %)		1541(85,5%)	
Составлено ИПР	1632 (100 %)		1560 (100 %)		1541 (100%)	
Возвращено ИПР, выданных в предыдущие годы	845 (56,8 %)		1093 (67,0 %)		1174 (75,3%)	
Выполнение ИПР:	МСЭК	Луганская обл.	МСЭК	Луганская обл.	МСЭК	Луганская обл.
в полном объеме	38,2 %	37,2%	32,7%	37,4%	31,2%	50,5%
частично	61,8 %	62,8%	67,3%	62,6%	68,8%	49,5%
не выполнено	98	706	50	867	21	121

За истекший период при определении группы инвалидности больным составлена индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР) в 100 % случаях. Намечалась положительная динамика в возвращении ИПР. Так, в 2012 году было возвращено ИПР на 18,5 % больше в сравнении с 2010г. и достигло 75,3 %.

При анализе выполнения ИПР выявлено, что в трети случаев (34,0 %) ИПР были выполнены в полном объеме, более чем в половине процентов случаев реабилитационные мероприятия выполнялись частично. Значительно, практически в два раза, уменьшилось число лиц с не выполненными

ИПР, в 2012 году их количество снизилось до 1,8%, в сравнении с 11,7 % в 2010г. Необходимо отметить, что данные показатели при сравнении с областными практически не отличаются между собой [8].

В большинстве случаев ИПР не выполнялись по вине самих больных. Основными причинами были отказ от лечения в стационаре, часть пациентов самовольно покидают отделение, так как не выдерживают длительности интенсивной фазы лечения, составляющей в большинстве случаев 4 – 6 месяцев. Большой процент больных были выписаны досрочно из стационара за нарушение боль-

ничного режима (в основном из-за пьянства в отделении, употребления наркотиков). Следующей причиной было уклонение больных от дальнейшего приема антибактериальных препаратов в фазе продолжения на амбулаторном этапе лечения, что в ряде случаев нивелирует достигнутый ранее терапевтический эффект и является причиной рецидивов туберкулеза и формирования мультирезистентных и полихимиорезистентных форм туберкулеза.

Перечисленные выше причины подчеркивают, что туберкулез остается болезнью социальных проблем среди дезадаптированных слоев населения, часто неадекватно относящихся к рекомендациям МСЭК и своему здоровью.

В рекомендациях при составлении ИПР в 100

% случаев планируется медицинская реабилитация для инвалидов всех групп, так как причиной инвалидизации являются заболевания с длительным течением – туберкулез легочной и внелегочной локализации, ХОЗЛ, бронхиальная астма и другие неспецифические заболевания легких (таблица 2). Рекомендации по трудоустройству планируются в 99 % случаев для инвалидов III группы, при этом основанием служат, в первую очередь, эпидемические показания для больных туберкулезом, а не «качество жизни» пациентов, так как именно туберкулезная инфекция является причиной профессиональной непригодности для специального контингента (работники образования, пищевой промышленности, сферы услуг, шахтеры и др.).

Таблица 2. Рекомендуемые реабилитационные мероприятия за 2010 – 2012г.г.

Виды реабилитации:	2010		2011		2012	
	абс. ч.	% от всех признанных инвалидами	абс. ч.	% от всех признанных инвалидами	абс. ч.	% от всех признанных инвалидами
Медицинская реабилитация:	1611	98,7	1560	100	1541	100
в том числе:						
стационарное лечение	756	46,9	851	54,6	777	50,4
в специализированных отделениях областных ЛПУ	364	22,6	401	25,7	376	24,4
в НИИ	8	0,5	1	0,06	7	0,5
реконструктивная операция	56	3,5	33	2,1	15	1,0
санаторно-курортное лечение	930	57,7	1011	64,8	895	58,1
рекомендации по трудоустройству	327	20,0	239	15,3	191	12,4
рекомендации по профессиональному обучению	87	5,3	102	6,5	73	4,7
рекомендации по техническим средствам реабилитации	297	18,2	301	19,3	335	21,7

При изучении возвращенных ИПР, выписанных инвалидам в предыдущие годы, проводилась оценка полноты и объема выполненных реабилитационных мероприятий. Нами было выявлено

улучшение выполнения показателей по медицинской реабилитации больных на 3,1% по сравнению с 2011 годом и составило 90,4% в 2012 году, в 2010г. – 87,3% (таблица 3).

Таблица 3. Выполнение рекомендаций по медицинской реабилитации за 2010-2012г.г. (в %)

Медицинская реабилитация	2010	2011	2012
Медицинская реабилитация всего:	87,3	87,6	90,4
в т. ч. восстановительная терапия в стационарных условиях	81,1	81,7	90,1
в специализированных отделениях областных ЛПУ	90	90,1	94,2
в НИИ	100	100	75,0
санаторно-курортное лечение	27,6	19,8	21,3
реконструктивная операция	40	47,6	32,0

Более чем в половине процентов случаев (51,8%) причинами частичного выполнения и невыполнения медицинской реабилитации больные называют семейные обстоятельства. В первую очередь это касается одиноких лиц, которые не решаются оставить свое жилье на какой-либо срок для проведения стационарного лечения, или имеющие престарелых родителей, нуждающихся в опеке. Большой проблемой также является наличие сопутствующей патологии. У каждого четвертого пациента, страдающего туберкулезом, регистрируется бытовое пьянство, алкоголизм и употребление наркотиков, ВИЧ-инфекция (25,6%), что еще больше усугубляет асоциальный образ жизни и

неадекватное отношение к лечению туберкулеза. Остается низким уровень санаторно-курортного лечения, выполненного лишь в 20 % случаев, остальные пациенты не смогли оздоровиться по различным причинам. Основную часть составили больные туберкулезом, отказавшиеся от получения путевок в местный санаторий (42,5 %), ссылаясь на семейные обстоятельства и недостаточно комфортные условия пребывания в санатории. Больше трети инвалидов - 34,9 % не обращались по поводу путевок в лечебные учреждения, указывая на материальные и социально-бытовые проблемы. И только пятая часть больных (22,6 %) не была обеспечена путевками из-за их отсутствия, в основном

это касается категории инвалидов с бронхиальной астмой и ХОЗЛ.

Особенно затруднена социально-трудовая реабилитация тех больных, которые в течение ряда лет являются инвалидами по туберкулезу. Показатель полного восстановления трудоспособности таких больных, по данным литературы, не превышает 10%, это отягощено еще и тем фактом, что в

большинстве случаев еще до заболевания такие пациенты не работали длительное время. Значительный удельный вес среди больных туберкулезом составляют лица асоциального поведения и образа жизни, имеющих отрицательную установку на труд. Выполнение реабилитационных мероприятий по профессиональной и трудовой реабилитации представлено в таблице 4.

Таблица 4. Выполнение реабилитационных мероприятий за 2010-2012г.г. (в %)

Вид реабилитации	2010	2011	2012
Профессиональная реабилитация: в т.ч.	70,9	79,4	79,5
профессиональное обучение	70,9	79,4	79,5
в т. ч. МЦ ПМФСРИ	-	15,3	50,0
Трудовая реабилитация в т.ч.	13,9	20,2	33,3
рациональное трудоустройство	13,9	20,2	33,3

При оценке выполнения рекомендаций по профессиональной реабилитации отмечается положительная динамика увеличения числа инвалидов до 80 % в 2012 году, прошедших профессиональное обучение (таблица 4). Основной причиной невыполнения рекомендаций по профессиональному обучению был отказ от обращения по вопросам обучения в связи с семейными обстоятельствами – 63,6%. В единичных случаях указывалось на проблемы с проживанием у иногородних лиц, при необходимости обучения в областном центре – 18,2%; и варианты, когда предложенные профессии не устроили инвалида – 18,2%.

Анализируя выполнение рекомендаций по трудовой реабилитации, следует отметить, что в 2012 году увеличилось количество лиц, которые были рационально трудоустроены до 33,3% (в 2011 году – 13,9%) на фоне сохраняющегося высокого уровня безработицы в стране для трудоспособного населения, хотя уровень трудовой реабилитации

остается недостаточным. В более чем половине случаев 51,2% причиной отказа в трудоустройстве было отсутствие вакансий. Среди больных туберкулезом, значительная часть пациентов трудоспособного возраста не имели постоянной работы, и после определения группы инвалидности, у них нет заинтересованности в своем трудоустройстве. Поэтому практически половина инвалидов не обращались по поводу своего трудоустройства в центры занятости – 45,7%. В единичных случаях инвалиды отказывались от трудоустройства по личным соображениям (низкая зарплата, отдаленность от места жительства и др.) – 3,1%.

Работа фтизиопульмонологической МСЭК г. Луганска по реабилитации инвалидов вследствие туберкулеза и неспецифических заболеваний легких, составление ИПР и контроль их выполнения, проверка ЛПУ, организационно-методическая работа позволяют на протяжении ряда лет сохранять хорошие показатели реабилитации (таблица 5).

Таблица 5. Показатели реабилитации за 2010 – 2012г.г. (в %)

Виды реабилитации:	2010			2011			2012	
	МСЭК	Луганская обл.	Украина	МСЭК	Луганская обл.	Украина	МСЭК	Луганская обл.
суммарная	28,5	10,7	9,1	28,9	11,6	8,4	30,9	12,1
частичная	29,1	16,1	14,8	24,2	17,2	14,6	27,3	18,4
полная	10,2	3,6	3,1	14,4	4,0	2,7	14,8	4,2

За 2012 год отмечается увеличение показателей полной реабилитации на 4,6%, суммарной на 2,4% и незначительное снижение (на 1,8%) частичной реабилитации. Практически все показатели в три раза выше областных и республиканских, так как фтизиопульмонологическая МСЭК является узкоспециализированной и работает с больными страдающими туберкулезом и неспецифическими заболеваниями легких. В то время как показатели реабилитации областного и республиканского уровней основаны на работе с пациентами всех нозологий.

Таким образом, для всех пациентов, признанных инвалидами, в 100% случаев были составлены ИПР. Количество ИПР, возвращенных в 2012 году увеличилось на 18,5 % и составило 75,3% против 56,8 % в 2011 году.

Отмечается увеличение количества частично выполненных ИПР (68,8 %) и снижается количество не выполненных ИПР, количество же выполненных в полном объеме остается стабильным на протяжении двух последних лет.

Более чем в 87% случаев регистрировалось выполнение рекомендаций по медицинской реабилитации, в 2012 году в 79,5 % случаев выполнялись рекомендации по профессиональной реабилитации. Только у каждого пятого инвалида, из всех нуждающихся, выполнены рекомендации по трудовой реабилитации.

Основными причинами, препятствующими полной медицинской реабилитации являются в 51,8 % случаях недостаточная эффективность лечения больных, обусловленная поздним выявлением заболевания на фоне растущей лекарственной устойчивости возбудителя к противотуберкулезным препаратам. Немаловажным является наличие у больных туберкулезом в 25,6 % случаев тяжелых сопутствующих заболеваний, отягощающих его течение и затрудняющих лечение (хронический алкоголизм, наркомания, ВИЧ-инфекция и др.). Низкий процент использования санаторно-курортного лечения (19,8 %).

Невыполнение рекомендаций по трудовой реабилитации в 51,2% случаях регистрировалось из-за

отсутствия вакансий в центрах занятости населения и в 45,7%, обусловлено нежеланием самих больных заниматься трудоустройством из-за отрицательной установки на труд.

Следовательно, только медицинская реабилитация больных туберкулезом и неспецифическими заболеваниями легких не позволяет добиться полной их реабилитации. Усовершенствование системы реабилитации данной категории инвалидов

зависит от решения не только медицинских, но во многом и социальных проблем. Мероприятия по восстановлению трудоспособности и социального статуса инвалидов тесно связаны с решением общественных проблем: улучшением условий труда и быта инвалидов, повышением материальной заинтересованности в труде, повышением профессиональных знаний и приобретением высококвалифицированных профессий и др.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Василева В.Л.** Тенденції сучасного розвитку епідеміологічної науки /В.Л. Василева // Сучасні інфекції – 2002. - № 2 – С. 105-112.
2. Застосування методів аналітичної епідеміології для дослідження поширення туберкульозу./**Пустовий Ю.Г., Долінська М.Г., Гріцова Н.А., Баранова В. В.** //Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2010. - № 1. – С. 55 – 59.
3. **Зубова Е.Ю.** Деадаптація і реабілітація психічески больных, страдаючих туберкулезом легких: дис. докт. мед. н.: 14.00.26 /ГУ Центральный НИИ туберкулеза РАМН – Москва. – 2008. – 355 с.
4. **Маруніч В.В.** Професійна реабілітація інвалідів. /В.В. Маруніч, А. В. Іпатов, О. В. Сергієні //Довідково-методичний посібник – Дніпропетровськ: «Пороги» - 2005.
5. **Мельник В.М.** Доля хворих на туберкульоз, які не

- лікувалися /В.М. Мельник, В. М. Валецький //Укр. пульм. журн. – 2006 - № 2. – С. 37-39.
6. Методика складання індивідуальної програми реабілітації інвалідів внаслідок бронхіальної астми та контроль ефективності її виконання. /**В.В. Маруніч, А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.О. Перцева, С.С. Паніна** // Методичні рекомендації – Дніпропетровськ: «Пороги» - 2004.
7. **Москаленко В.Ф.** Медико-соціальні проблеми захворюваності на туберкульоз та шляхи їх вирішення. /В.Ф. Москаленко, Т. С. Грузева //Главний врач. – Дніпропетровськ – 2006. - № 3. – С. 23-29.
8. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2009 рік. // Аналітико-інформаційний довідник – Дніпропетровськ: «Пороги» - 2012. – 122 с.
9. **Юмашев Г.С.** Основи реабілітації./Г.С. Юмашев, К.Х. Ренкер //М.: Медицина, - 1983, - 111с.

Дюбанов С.М., Клишина Л.С., Полякова В.Г., Стоянова Е.А., Баранова В.В. Аналіз реабілітаційних заходів, поведених Луганської спеціалізованою фтизіопульмонологічною МСЭК за 2010 – 2012 г.г. // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 2. – С. 26-29.

Проведен аналіз реабілітаційних заходів, рекомендованих 5504 больним туберкулезом і неспецифічними захворюваннями легень фтизіопульмонологічною МСЭК г. Луганська за 2010-2012 роки. В 100 % випадків больним складена індивідуальна програма реабілітації інваліда (ІПР). При аналізі виконання ІПР виявлено, що в третині випадків (34,0%) ІПР були виконані в повному обсязі, більше ніж у половині випадків реабілітаційні заходи були виконані частково (58,8%). В більшості випадків ІПР не виконувалися по вині самих больних (відмова від лікування в стаціонарі). Наступною причиною було ухилення больних від подальшого прийому антибактеріальних препаратів в фазі продовження на амбулаторному етапі лікування. Другими причинами, прешкоджаючими повної медичної реабілітації являються в 51,8 % випадках сімейні проблеми. Немаловажним являється наявність у больних туберкулезом в 25,6 % випадків тяжких супутніх захворювань і наявність шкідливих звичок, отягощаючих його течення і затривуючих лікування (хронічний алкоголізм, наркоманія, ВІЛ-інфекція і др.). Невиконання рекомендацій по трудовій реабілітації в 51,2% випадків реєструвалося із-за відсутності вакансій в центрах зайнятості населення. Таким образом, реабілітація пацієнтів з фтизіопульмонологічною патологією являється не тільки медичною но і соціальною проблемою.

Ключевые слова: фтизіопульмонологічна патологія, туберкульоз, реабілітація.

Дюбанов С.М., Клишина Л.С., Полякова В.Г., Стоянова О.О., Баранова В.В. Аналіз реабілітаційних заходів які були проведені Луганський спеціалізованою фтизіопульмонологічною МСЕК за 2010 – 2012 р.р. // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 2. – С. 26-29.

Проведено аналіз реабілітаційних заходів які були рекомендовані 5504 хворим на туберкульоз та неспецифічні захворювання легень на фтизіопульмонологічній МСЕК м. Луганська у 2010-2012 роки. В 100 % випадків пацієнтам була складена індивідуальна програма реабілітації інваліда (ІПР). При аналізі виконання ІПР було виявлено, що у третині випадків (34,0%) ІПР була виконана у повному обсязі, але більш ніж у половині випадків реабілітаційні заходи були виконані частково (58,8%). В більшості випадків ІПР не виконувалися за провини самих хворих (відмова від лікування у стаціонарі). Наступною причиною було відмова пацієнтів від подальшого прийому протитуберкульозних ліків на амбулаторному етапі лікування у фазі подовження. Іншими причинами, які перешкождали виконанню повної медичної реабілітації були у 51,8 % випадків сімейні проблеми. Важливим фактором було наявність у хворих на туберкульоз у 25,6 % випадках тяжких супутніх захворювань та наявність шкідливих звичок які обтяжували перебіг захворювання та перешкождали лікуванню (хронічний алкоголізм або побутове пияцтво, наркоманія, ВІЛ-інфекція та ін.). невиконання рекомендацій трудової реабілітації у 51,2% випадках реєструвалося із-за відсутності вакансій у центрах зайнятості населення. Таким чином, реабілітація пацієнтів із фтизіопульмонологічною патологією є не тільки медичною але і соціальною проблемою суспільства.

Ключові слова: фтизіопульмонологічна патологія, туберкульоз, реабілітація.

Dyubanov S.M., Klishina L.S., Polyakova V.G., Stoyanova E.A., Baranova V.V. Analysis of the carrying out for the rehabilitation in phthσιο-pulmonological Lugansk's MSEC (Medical Social Expert Commission) for 2009-2011. // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 2. – С. 26-29.

The analysis of the carrying out of the recommendations for the rehabilitation of 5504 disabled people, who were examined in phthσιο-pulmonological MSEC (Medical Social Expert Commission) for 2010-2012, was performed, the causes of their failure were revealed. An individual program of rehabilitation was made for each patient, but only in 34% of cases it was fully carried out, more than in half of the cases it was carried out partially (58.8%). The main reason of failure was the fault of the patients (refusal from the hospital treatment), the next reason is avoiding (stopping) of outpatient treatment. For another reason family problems were named (51.8%). One person out of four has the concomitant pathology (25.6%), bad habits (alcoholism, drug use). By the analysis of working rehabilitation were not carried out (51.26%) because of lack of employment vacancies. Thus the rehabilitation of patients with phthσιο-pulmonological pathology is not only a medical problem but also a social one.

Key words: phthσιο-pulmonological pathology, tuberculosis, rehabilitation.

Надійшла 15.01.2013 р.
Рецензент: проф. Ю.Г.Пустовий