

УДК 614.2:616-004

РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

В. В. Лепський, О. В. Семененко, Н. П. Лихогруд, С. В. Макаренко,
Н. І. Манько

Комунальний заклад «Черкаський обласний центр медико-соціальної експертизи»,
м. Черкаси

Резюме

В статті приводиться сучасний погляд на проблему трудової та професійної реабілітації інвалідів, які хворіють на розсіяний склероз, розподіл реабілітаційних заходів на групи, що охоплюють основні аспекти життєдіяльності людей з обмеженими можливостями.

Ключові слова: інвалідність, реабілітація, розсіяний склероз.

Summary

The article presents a modern approach to the problem of employment and vocational rehabilitation of the disabled, suffering from multiple sclerosis. Separation of rehabilitation in groups covering the main aspects of life of people with disabilities.

Keywords: disability, rehabilitation, multiple sclerosis.

Розсіяний склероз – одне з найбільш тяжких захворювань ЦНС, яке уражає в основному осіб молодого віку та майже неминуче призводить до інвалідності. Ця хвороба хронічна, в більшості випадків прогресуюча. Впродовж останніх років має місце стійка тенденція до зростання показників захворюваності на розсіяний склероз, що пов'язане не тільки з удосконаленням діагностики, а й з абсолютним зростанням кількості хворих.

У світі на розсіяний склероз хворіють понад два мільйони людей. У Канаді, на півночі Сполучених Штатів і в Північній Європі щорічна частота захворюваності становить від 50 до 110 випадків на 100 тисяч населення, натомість на півдні Сполучених Штатів і в Південній Європі цей показник становить 6–14 випадків на 100 тисяч населення. В Україні показник коливається в діапазоні від 25 до 55 випадків на 100 тисяч населення. Щорічно в Україні хворих на розсіяний склероз збільшується на 1000 осіб. По Черкаській області нараховується 604 особи, хворі на розсіяний склероз, на 01.01.2013 р. В області при обласній лікарні в 2007 році створено Центр розсіяного склерозу. Висока розповсюдженість розсіяного склерозу по Україні спостерігається у Дніпропетровській, Львівській, Харківській областях та м. Київ. Розширюються вікові рамки цього захворювання. Сьогодні, згідно з останніми даними досліджень і публікацій провідних спеціалістів, підхід до лікування хворих з цією патологією істотно змінився. Лікування одному хворому на розсіяний склероз обходиться близько 8 тисяч гривень на місяць, а це 96 тисяч гривень на рік. З державного бюджету в 2012 р. на хворих виділено 74 мільйони гривень.

Пацієнтам рекомендують зберігати максимальну, але, водночас, відповідну до їхнього стану активність у всіх галузях життєдіяльності, що виключатиме часте перевтомлення. Основна увага в сучасній науковій літературі, що стосується ліку-

вання та реабілітації хворих на розсіяний склероз, приділяється медикаментозним засобам, у той час, як медикаментозного лікування недостатньо. Якщо постійно не докладати зусиль щодо відновлення порушень функцій або, в крайньому випадку, збереження тих, що залишилися, використовуючи всі можливості для відновлювального лікування в рамках нейрореабілітації, то уражена нервова система поступово буде втрачати свої функції, навіть якщо у хворого немає загострення захворювання. Для розсіяного склерозу характерні різноманітні клінічні симптоми, основними з яких є рухові розлади, а саме: парези, спастичне підвищення м'язового тону, координаційні порушення, м'язова слабкість, зміни інтелекту тощо. Таке різноманіття симптомів потребує застосування раціональних, фізіологічно обгрунтованих методів фізичної реабілітації з урахуванням їх комплексного використання.

Проблема розсіяного склерозу є однією з найбільш актуальних у сучасній неврології, що обумовлено великими медико-соціальними наслідками цього захворювання. В той же час, прогрес у вивченні патогенезу і методів лікування розсіяного склерозу є одним із найбільш вагомих досягнень у неврології кінця XX – початку XXI століття.

За даними соціальних служб, кількість інвалідів серед хворих з розсіяним склерозом складає приблизно 75 %, тому основна частина хворих з розсіяним склерозом потребує не тільки медичної, а й соціальної допомоги, яка повинна становити собою єдиний, комплексний, науково обгрунтований, індивідуально підібраний реабілітаційний процес.

Реабілітація – це система медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних заходів, спрямованих на усунення або можливо більш повну компенсацію обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням здоров'я зі стійкими розладами функцій організму.

Основними принципами реабілітаційного процесу є його безперервність і комплексність. Безперервність реабілітаційного процесу передбачає постійне проведення реабілітаційних заходів у стаціонарі, вдома або на робочому місці. Подібна постійність можлива при наявності чітко спланованої, індивідуально підбраної, технічно підготовленої індивідуальної програми реабілітації інваліда, чіткої організації виконання реабілітаційних заходів. Послідовність наступного заходу, виходячи з попереднього, дозволить людині з обмеженими фізичними можливостями уникнути стресових негативних реакцій при переході із стаціонару додому, із сімейного середовища в середовище трудового колективу, із стану дезадаптації до повноцінного життя в сім'ї й суспільстві. Принцип неперервності реабілітаційного процесу дозволить зрозуміти, що реабілітація не може бути епізодичною, сезонною або мозаїчною – це звичайне життя в незвичайних умовах.

Комплексність є важливою складовою реабілітаційного процесу, адже поняття включає в себе весь спектр реабілітаційних послуг, які можуть надаватись людям з обмеженими можливостями, і поєднує декілька напрямків реабілітаційного процесу.

У сфері реабілітації інвалідів з неврологічними порушеннями доцільно розділити реабілітаційний процес на групи реабілітаційних заходів, які охоплюють основні аспекти життєдіяльності людей з обмеженими можливостями:

1. Соціально-медична реабілітація, яка включає в себе надання всіх видів медичних послуг.

Медико-соціальна реабілітація, за визначенням МОЗ, – це активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення функцій, порушених унаслідок захворювання чи травми, або ж оптимальна реалізація фізичного, психічного та соціального потенціалу інваліда, найбільш адекватна реалізація його в суспільстві. Тому вирішення проблеми інваліда полягає в його лікуванні і реабілітації, спрямованих на усунення наявних у нього дефектів і відновлення втрачених функцій з метою пристосування інваліда до життя в суспільстві.

З усіх видів медичної допомоги, яка надається в медичних центрах, лікарнях і поліклініках, максимально близько до реабілітаційних послуг стоїть відновне лікування.

Медико-соціальна реабілітація може проводитись і в закладах соціального захисту населення, реабілітаційних центрах і є невід'ємною частиною реабілітаційного процесу. Для хворих на розсіяний склероз першочерговим є прийом бетаферону, ребіфу, копаксону та інших препаратів. На другому плані – симптоматичне лікування (мідокалм, сірдалуд та інші) та санаторно-курортне лікування, яке інваліди мають право отримувати безкоштовно, а також фізіотерапевтичне, ЛФК, масаж, барокамери, гідрореабілітація. Комплекс лікувальної фізкультури при розсіяному склерозі спрямований на зменшення спастичності та запобігання розвитку контрактур. Фізіотерапія широко застосовується для зменшення м'язового тону. Частіше всього

використовують місцеве застосування холоду, аплікації парафіну та озокериту, тренування антагоністів спастичних м'язів з допомогою синусоїдальних модулюючих струмів, магнітотерапію, методи крапкової дії, рефлексотерапію, транскраніальну магнітну стимуляцію.

2. Психосоціальна реабілітація, яка передбачає роботу психологів індивідуально з інвалідом, членами його сім'ї, подружжями, дітьми, співробітниками, забезпечення психологічної сумісності між інвалідом і оточуючим його соціальним середовищем.

Для ефективного проведення реабілітаційного процесу за напрямком психосоціальної реабілітації і відновлення порушених функцій шляхом раціональної перебудови функціональної системи з особою, яка проходить реабілітацію, повинно проводитись систематично і науково обґрунтовано відновне навчання, що потребує участі кваліфікованих фахівців.

В процесі проведення реабілітаційних заходів важливо використовувати такий вагомий принцип відновлювального навчання, як опора на особистість людини, яка проходить реабілітацію, його емоційно-вольові процеси, облік його знань та інтелектуального досвіду. Успішне відновлення функцій можливе тільки за умови впливу на особистість хворого, його мотиви, інтереси.

Оскільки всі психічні функції формуються в предметній діяльності, а засвоєння знань і навиків протікає через особисту діяльність суб'єкта, при відновлювальному навчанні необхідно опиратися на принципи організації предметної діяльності хворих. Це особливо важливо, коли діяльність людини з порушеними функціями потрібно організувати. Організація діяльності людини з інвалідністю – один із найважливіших принципів реабілітаційного процесу, зокрема, відновлювального навчання.

Важливість психологічної допомоги в процесі реабілітації визначається значним впливом особливостей психічної діяльності людини і її особистих характеристик на ступінь порушень життєдіяльності, які виникли при захворюванні і, як наслідок, неефективність реабілітаційних заходів. Наприклад, психоемоційне перенапруження ускладнює соціальну адаптацію пацієнта, оскільки такі супутні йому явища, як роздратованість, гарячкуватість, забудькуватість, метушливість, розсіяність, відчуття тривоги або стійке зниження настрою зменшують ефективність реабілітаційного процесу і заважають соціальній адаптації інваліда.

До основних перешкод процесу соціальної адаптації людини з розсіяним склерозом належать такі психологічні фактори, як тривога, депресія, відсутність установки на одужання і на повернення до роботи, загальне зниження пізнавальних можливостей, неадекватні переконання, низька самооцінка, пасивність на поведінковому рівні в плані виконання рекомендацій лікарів.

Для розпізнавання наведених вище негативних факторів успішно використовується психодіагностика, яка дозволяє виявити труднощі реабілітації,

особливості емоційного стану, мотиваційної, когнітивної і поведінкової сфер пацієнта.

Результативність реабілітаційних заходів може бути значно підвищена за рахунок мобілізації психічних ресурсів пацієнта.

При проведенні реабілітаційних заходів для людей з обмеженими можливостями, зокрема, при розсіяному склерозі, слід мати на увазі важливість психотерапевтичної корекції на різних рівнях життєдіяльності людини.

У інвалідів, хворих на розсіяний склероз, можуть виникнути сексуальні дисфункції та неврозподібні стани, що часто призводить до сімейних конфліктів, аж до розпаду сім'ї. Важливо адекватно реагувати на особливості хворих з розсіяним склерозом, а також мати на увазі, що ризик суїциду серед них у 7,5 рази вище, ніж у популяції загалом.

Особливу увагу в структурі психосоціальної реабілітації необхідно приділити дітям, які живуть у сім'ях інвалідів і є потенційно або помічниками, або асоціальними особистостями. Якими вони стануть, багато залежить від відношення суспільства до проблем сім'ї інваліда в загальному і до проблеми дитини в ній зокрема.

3. Професійна реабілітація, яка вивчає питання професійної придатності, професійної діагностики, професійної освіти, навчання або перенавчання інвалідів, відновлення або набуття навичок самообслуговування, або професійних дій, пошуку і організації робочих місць.

Професійна реабілітація – єдине направлення в реабілітаційному процесі, що має інвестиційну складову: працюючий інвалід не лише збільшує можливість матеріального самозабезпечення, а й виконує роботу в інтересах суспільства.

Дотримання принципу рівних можливостей стосовно до інваліда привело до того, що в світовій практиці термін «інвалід» став поступово витіснятися терміном «людина з обмеженими можливостями» чи «людина з особливими потребами».

Ключовим терміном підходу є вираз «розумне пристосування». Цей термін був розроблений у США в 70-х роках і прийнятий в інших країнах світу та включає в себе:

- пристосування підприємства, яким володіє роботодавець, для доступу інвалідів і створення можливостей працювати на цьому підприємстві;
- зміна структури роботи, неповний робочий час або інші зміни в розпорядку робочого дня, перехід на вакантні посади, придбання або заміна обладнання і інструментів, необхідна адаптація або зміна екзаменів, навчальних матеріалів, або навчальної політики і інші подібні зміни для інвалідів.

Кінцевим результатом реабілітації є повернення інваліда до професійної діяльності. На цьому напрямку реабілітаційного процесу вирішуються важливі питання, спрямовані на максимальну інтеграцію інваліда в суспільство, і виконується таке:

- проведення експертизи професійної придатності, а при відсутності професії – професійної орієнтації;
- професійний підбір нової професії, професійна адаптація до підбраної професії;
- тренування професійно значущих функцій особи, яка реабілітується за допомогою різних фізичних заходів, у тому числі з використанням спрямованої трудотерапії на конкретному робочому місці;
- консультування і надання допомоги з медико-соціальних та психологічних аспектів з метою адаптації інваліда до нового стану, вироблення установок до активної соціально-трудова реабілітації і співпраці зі спеціалістами-реабілітологами;
- підготовка до самообслуговування: розвиток навичок пересування, приготування до прийому їжі, одягання і роздягання, спілкування, користування санвузлом, предметами побуту, письмовими атрибутами;
- консультація та надання допомоги з питань професійної реабілітації та відновлення професійної престижності з урахуванням попередньої діяльності;
- надання рекомендацій та послуг з медико-соціальних, побутових, психологічних аспектів, пов'язаних з залученням інваліда до трудової діяльності для забезпечення його нормального життя при обмежених можливостях, наявність спеціальних умов, необхідних для інваліда і його участі в трудовій діяльності.

У зв'язку з особливостями протікання захворювання, частим розвитком тяжких ускладнень навіть на ранніх стадіях хвороби, наявністю тазових порушень, відсутністю рухів, такі інваліди, як правило, потребують постійної сторонньої допомоги, спеціальних технічних засобів, у тому числі інвалідних візків, ходунків та ін., предметів санітарної гігієни, в тому числі памперсів, одноразових урологічних катетерів, сечо- та калоприймачів. Ці технічні та інші засоби реабілітації інвалідам надаються безкоштовно, на підставі індивідуальної програми реабілітації.

4. Соціально-побутова реабілітація представляє собою комплекс побутових послуг, можливість користування інваліда житловими, адміністративними приміщеннями, вулицями, громадським транспортом (в контексті концепції безбар'єрного середовища), забезпечення соціальних виплат, своєчасне забезпечення технічними засобами реабілітації та гігієни, іншими видами соціальної допомоги.

Соціально-побутова реабілітація – один із ефективних напрямків соціальної адаптації інваліда, хворого на розсіяний склероз. Цей напрямок передбачає, в основному, надання комплексу побутових послуг, необхідних людям з обмеженими можливостями.

Основою соціально-побутової реабілітації є відновлення або набуття ним навичок самообслуговування, забезпечення технічними засобами реабілітації, а також процес соціалізації інваліда, тобто оволодіння ними знаннями, навичками, стереоти-

пами поведінки, нормативами, які забезпечують їх повноцінну участь у загальноприйнятих формах соціальної взаємодії.

У інвалідів у віці 16–25 років наявність обмежень життєдіяльності може посилити труднощі життєзабезпечення і спілкування, які притаманні в цьому віці, що може викликати зміну особистості, її соціальну ізоляцію, і привести до асоціальної поведінки. Програма соціалізації інвалідів цього віку повинна бути спрямована на подолання обмежень життєдіяльності, на пошуки шляхів реалізації особистих можливостей.

Реабілітувати, тобто повернути таку людину «в соціум», не вирішивши його проблем, дуже важко. Відсутність відчуття комфорту, закомплексованість, незадоволення собою і оточуючими не дає можливості підвищити якість життя інваліда, навіть у тому випадку, коли його матеріальні і технічні потреби відносно забезпечуються.

Соціально-побутова реабілітація може включати в себе реабілітацію інвалідів через надання доступних видів побутових послуг (стоматологічна допомога, послуги перукаря, косметолога).

5. Громадсько-правова реабілітація є відносно прогресивною формою реабілітаційного процесу, оскільки надає можливість не тільки пасивно оволодіти інформацією про права і пільги інвалідів, а й через об'єднання в громадські організації інваліди можуть самостійно включатись у законотворчий процес, відстоюючи конституційні права своїх членів.

Громадсько-правова реабілітація передбачає індивідуальну юридичну грамотність, спрямовану на знання інвалідом своїх прав, пільг, наданих країною йому, його сім'ї, організації, в якій він працює.

Основним юридичним документом, на який в першу чергу звертає увагу юрисконсульт в процесі реабілітації інваліда, це перелік пільг, наданих інвалідам, їхнім сім'ям, та сім'ям, які мають дітей-інвалідів, відповідно до Закону України від 21.03.91 р. «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».

Проведення названих видів реабілітаційного процесу є основою для ефективного проведення реабілітаційних заходів.

Реабілітаційний процес для інвалідів, хворих на розсіяний склероз, повинен бути комплексним і неперервним. Необхідно навчити людину вміти жити з цією хворобою борючись, перемагати без руйнівних наслідків, відмовляючись від неї, приймаючи «як рідну», використовуючи універсальну формулу діалектики «єдності і боротьби протилежностей».

Література

1. Постанова Кабінету Міністрів України від 12 травня 2007 р. № 716 «Державна програма розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 р.».

2. Постанова Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи».

3. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» Верховна Рада України, від 06.10.2005 р. № 2961–IV.

4. Гольдбальт Ю. В. Медико-соціальна реабілітація в неврології: Політехніка, 2006. – 607 с.

5. Іпатов А. В. Науково обґрунтовані рекомендації по обстеженню та відновному лікуванню хворих і інвалідів у практиці медико-соціальної експертизи / А. В. Іпатов. – Дніпропетровськ: Пороги, 2006. – 125 с.

6. Гусев Е. И. Рассеянный склероз / Е. И. Гусев, А. Н. Бойко. – Справочник. – М.: Реал Тайм, 2009. – 296 с.

7. Гурленя Ф. М. Физиотерапия в неврологии / А. М. Гурленя, Г. Е. Багель, В. Б. Смычек.: Практическое руководство. – М.: Медицинская литература, 2008. – 281 с.

8. Смычок В. Б. Основы реабилитации / В. Б. Смычок: Курс лекций. – Минск, 2000. – 256 с.

9. Столяров И. Д. Рассеянный склероз: диагностика, лечение, специалисты / И. Д. Столяров, А. Н. Бойко, Б. А. Осетрова. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2008. – 320 с.

10. Цветкова Л. С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление. – М.: МОДЭК, МПСИ, 2005. – 360 с.

11. Когнитивные и эмоционально-личностные нарушения при рассеянном склерозе / Т. Г. Алексеева, А. Н. Бойко, Т. Т. Батышева и соавт. – М.: Миклош, 2004. – С. 199–216.

12. Власов Я. В. Инвалидность и рассеянный склероз: реабилитационный процесс / Я. В. Власов. – М.: Миклош, 2004. – 540 с.

13. Завалишин И. А. Рассеянный склероз. Избранные вопросы теории и практики / И. А. Завалишин, В. И. Головков. – Москва, 2000. – 639 с.

14. Шмидт Т. Е. Рассеянный склероз / Т. Е. Шмидт, Н. Н. Яхно – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 272 с.

15. Раннее начало рассеянного склероза – особенности патогенеза, клиники и возможность патогенетической терапии / О. И. Маслова, О. В. Быкова, М. Р. Гусева и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Специальный выпуск «Рассеянный склероз» – М., 2002 – С. 46–51.

16. Клинико-иммунологические особенности «мягкого» течения рассеянного склероза / В. А. Нестерова, А. Н. Бойко, А. В. Сланова, др. // Сборник материалов рабочего совещания МЗ РФ «Организация специализированной медицинской помощи больным рассеянным склерозом». – Томск, 2003 – С. 84–85.

17. Белова А. Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей. – М., 2000. – 237 с.

