

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ»

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА
И РЕАБИЛИТАЦИЯ**

Сборник научных статей

Под общей редакцией доктора медицинских наук,
профессора В.Б. Смычка

Выпуск 18



2016

УДК 616-036.86

ББК 51.1(2)3

M42

Р е ц е н з е н т ы:

д-р мед. наук, проф., заведующий кафедры медицинской реабилитации
и немедикаментозной терапии Гродненского государственного медицинского
университета *Л.А. Пирогова*;

канд. мед. наук, заместитель академика-секретаря отделения медицинских наук
Национальной академии наук Беларуси *А.А. Гракович*.

М 42

Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. / под общ. ред. В.Г.
Смышляка. – Минск : УП «Энциклопедикс» 2016. – 356 с.

ISBN 978-985-7090-92-1

В сборнике отражены результаты научных исследований и практической деятельности организаций здравоохранения и других организаций по проблемам медико-социальной экспертизы, реабилитации, профилактики, эпидемиологии, а также другим вопросам, косвенно освещающим названные проблемы.

Материал систематизирован в трех крупных разделах.

Опубликованные материалы представляют научный и практический интерес для широкого круга специалистов, занимающихся проблемами медико-социальной экспертизы и реабилитации.

*За точность и достоверность изложенного материала несет
ответственность автор(ы) статьи.*

ISBN 978-985-7090-92-1

УДК 616-036.86

ББК 51.1(2)3

© ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы
и реабилитации», 2016

© Оформление. УП «Энциклопедикс»

Используя разработанный алгоритм, составлялась программа МР с указанием кратности и дозирования мероприятий МР. Комплекс мероприятий медицинской реабилитации включал определение режима двигательной активности, устранение или уменьшение факторов риска, применение методов физической реабилитации, физиотерапевтическое лечение, эрготерапию, механотерапию, медикаментозную терапию, психотерапию, обучение пациента (школу больного). Для оценки эффективности МР учитывали данные динамики определителя категорий доменов индивидуального МКФ профиля, полученные в процессе реабилитации. Проведенная апробация разработанного алгоритма управления процессом МР доказала, что его применение позволяет добиться положительной динамики МКФ профиля в доменах активности и участия у 70,6% пациентов с ПТА. У остальных пациентов положительная динамика ОКД была отмечена в доменах функций организма. В том случае если на фоне консервативной МР не удается достичь ремиссии, патологический процесс прогрессирует, нарастает нарушение функций и деформация сустава – проводится оперативное лечение.

Выводы: Разработанный алгоритм управления процессом медицинской реабилитации при посттравматических атрофиях суставов конечностей на основе МКФ позволяет сформировать индивидуальный реабилитационный маршрут и эффективную программу МКФ-реабилитационного медицинского вмешательства с учетом особенностей патологических проявлений на уровне функций, и структур организма, а так же особенностей функционирования в домене активности и участие.

Литература

1. Лебедева, Е. А. Клинико-эпидемиологическая характеристика заболеваний суставов у городского населения / дис. канд. мед. наук / Е. А. Лебедева. – Иваново, 2007. – 121 л.
2. Ондар, В.С. Реабилитация больных и инвалидов с патологией крупных суставов методом эндопротезирования с применением современных имплантов / В.С. Ондар // Ж. Медико-социальные проблемы инвалидности. – Москва – 2011. – № 2. – С. 95-98

Структура комплексной программы психосоциальной реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ

С.И. Осипчик, А.А. Кралько, И.В. Григорьева

ГУ «РНПЦ психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

Заболевания, связанные с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), представляют собой единый аддиктивный болезненный процесс, несмотря на имеющиеся различные клинические формы – химические зависимости, алкоголизм, наркомании, токсикомании и другие формы зависимого поведения феноменологически проявляются расстройством влече-

ний. Любое наркологическое заболевание реализуется в связи с накоплением факторов риска: от генетических до приобщения к той или иной субкультуре, которая предполагает употребление психоактивных веществ [1].

Лечение расстройств, связанных с употреблением ПАВ, является хорошими инвестициями и было подсчитано, что каждый доллар потраченный на лечение от последствий ПАВ, дал в среднем экономию затрат в размере семи долларов вследствие снижения преступности и возвращения зависимых от ПАВ в рабочий процесс и появления у них источников доходов [2].

К важнейшим принципам организации результативной реабилитационной программы относятся: создание реабилитационной среды, долгосрочность, систематическая трудовая занятость, обязательная образовательная деятельность, по показаниям – оказание медицинской и психологической помощи, постреабилитационное сопровождение в амбулаторных условиях [3]. В зависимости от длительности лечения различают краткосрочные программы, длящиеся до 12 недель, и долгосрочные, длительностью 12-52 недели. В краткосрочные программы входят мероприятия по дезинтоксикации и подготовке к реабилитации. Долгосрочные программы направлены на лечение тяжёлых форм зависимости, коррекцию расстройств личности [4, 5, 6].

Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей ПАВ – система медицинских, социальных, правовых, психологических, педагогических и трудовых мер, направленных на отказ от употребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, восстановление физического, психического и духовного здоровья потребителей наркотиков, их максимальное возможное личностное и социального статуса, а также способностей к полноценной интеграции в общество, внесению позитивного вклада в его социальное, экономическое и культурное развитие.

В настоящее время выделены следующие этапы реабилитации зависимых от ПАВ, которые были разработаны в НИИ наркологии МЗ РФ: а) начальный (вход в программу) – продолжительностью до 2-х месяцев; б) развернутый (I этап) – до 6-8 месяцев; в) завершающий (II этап, выход из программы) – до 2-3 месяцев. Профилактический блок мероприятий, реализуемый после завершения программы реабилитации направлен на создание социальной поддержки, предотвращение срывов и рецидивов заболевания в течение года [7, 8]. Несмотря на существующие сегодня программы реабилитации мы считаем, что для обеспечения полноценного реабилитационного процесса необходимо совершенствование программ длительной реабилитации. В Республике Беларусь такие программы ранее отсутствовали. Применялись лишь краткосрочные программы реабилитации длительностью 28 и 60 дней.

Цель: разработать программу долгосрочной психосоциальной реабилитации лиц с зависимостью от ПАВ.

Результаты и методы: Оценка тяжести зависимого расстройства производилась в соответствии с Белорусским Индексом Тяжести Аддикции – (Бел-ИТА/В-ASI).

Было проведено Бел-ИТА-интервью у 100 пациентов с зависимостью от опиоидов. Все пациенты находились на дезинтоксикационной терапии, распределение по полу: 24 женщин и 76 мужчин. Средний возраст обследованных пациентов в группе – $35,8 \pm 0,64$ лет. Проведен скрининг проблем пациентов в 12 проблемных областях. Доминирующей была потребность в помощи пациентов относительно вопросов, связанными с оценкой состояния и возможных изменений: своего физического здоровья – 87%, оценкой употребления наркотиков у 96% – что создавало возможность изменения аддиктивной мотивации; оценкой состояния психического здоровья у 85% – предполагало построение мотивации относительно развития когнитивных и личностных изменений нормативного характера; оценкой взаимоотношений в семье у 77% – улучшения семейных отношений и научения навыкам решения проблем внутри семьи; оценкой организации досуга у 71% – для снижения высокого уровня социальной тревожности и повышения уровня самоэффективности; оценкой состояния отношений с законом у 50%; оценкой работы и трудоустройства у 50% и финансов у 70%. Незначительными директориями относительно потребности в помощи явились вопросы, связанные с оценкой состояния обучения и образования 7%, жилищных условий 7%. Анализ употребления психоактивных веществ пациентами с синдромом зависимости от опиоидов показал, что наиболее предпочтительным в употреблении был прием героина – у 73% пациентов, с пояснением, что «он наиболее вызывает приятные ощущения и не имеет последствий в последующем»; маковая соломка – 70%; другие опиаты (сечечки) – 49%; леталон – 54%; анальгетики – 59,0%; каннабис – 49,0%; амфетамины – 47,0%. Сравнительный анализ выявленных нарушений психической сферы в процессе интервью показал высокие показатели по всем параметрам психического функционирования: отмечающиеся признаки депрессии – 50%; субъективного уровня тревоги – 83%; признаков дисфорического состояния – с 89%; суицидальной активности – 57%; когнитивных нарушений – 28%; проявлений наличия продуктивной симптоматики: параноидных симптомов – 68,0%; наличия появления галлюцинаций «голосов и видений» – 13,0%.

Доминирование множества факторов относительно потребности в помощи подтверждает необходимость многогранности и длительности реабилитационной программы, пролонгированного действия в течении длительного промежутка времени, для предупреждения прогрессирования зависимости и обеспечения устойчивых ремиссий.

На основании анализа имеющихся принципов и данных о результатах существующих реабилитационных программ нами разработана комплексная психосоциальная реабилитационная программа, которая состоит из четырех периодов реабилитации: предреабилитационного, реабилитационного, ресоциализационного и амбулаторного. В свою очередь периоды делятся на определенные по времени этапы. Так, предреабилитационный период состоит из информационного (1-2 недели) и мотивационного (2-4 недели) этапов, реабилитационный период состоит из адаптационного (1,5 месяца), интеграционного (2-3 месяца) и стабилизационного (3 месяца) этапов. Этап ресоциализации делится на 2 фазы: 1 (3 месяца) и 2 (3 месяца). Завершает реабилитационный процесс амбулаторный постреабилитационный этап, который в каждом случае определяется индивидуально и зависит от уровня реабилитационного потенциала пациента, его возможностей.

Заключение. Применение комплексной программы психосоциальной реабилитации позволит зависимым от ПАВ трансформировать неадаптивные межличностные паттерны поведения, избавиться от повторения деструктивных личностных кризисов в будущем и прекратить употребление ПАВ.

Литература

1. Егоров, А.Ю. О кризисе в наркологии и возможных направлениях аддиктологии / А.Ю. Егоров // Психическое здоровье. – 2006. – №9. – С. 33-37.
2. National Drug Control Strategy 2012 // Office of National Drug Control Policy [Electronic resource]. – Washington, DC: The White House, 2012. – 69 p. – Mode of access: http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/2012_ndcs.pdf. – Date of access: 21.07.2014.
3. Leshner, A.I. Addiction is a brain disease, and it matters / A.L. Leshner // Science. – 1997. – №27. – P. 45-47.
4. Huber, A. Integrating treatments for methamphetamine abuse: A psychosocial perspective / A. Huber et al // Journal of Addictive Diseases. – 1997. – Vol. 16 № 1. – P. 41 – 50.
5. Rawson, R. An intensive outpatient approach for cocaine abuse: the matrix model / R. Rawson et al // Journal of Substance Abuse Treatment. – 1995. – Vol. 12 № 12. – P. 117 – 128.
6. Дудко, Т.П., Пузиенко, В.А., Котельникова, Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации. – М., 2001. – С.7-38.
7. Стратегии лечения алкогольных проблем / под ред. П. Й. Герлинга, В. Бригга, Г.М. Схипперс. – Киев: Сфера, 1999. – 168 с.
8. Материалы 55-й сессии Комиссии ООН по наркотическим средствам // Компоненты комплексной программы сокращения спроса на наркотики (Резолюция 55/12/) Вена, 2012 г. [Электронный ресурс]. – 2012. – Режим доступа: http://www.sartracc.ru/1_334.htmlhttp. – Дата доступа: 12.06.2014.
9. Иванец, Н.Н. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
10. Иванец, Н.Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний / Н.Н. Иванец // Вопросы наркологии. –2013. – №1. – С.108-118.