

УДК 616.34-002-08

Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов с воспалительными заболеваниями кишечника

К.А. Великолуг¹, Е.К. Баранская², Ж.М. Сизова²¹ ФГУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы»,² ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

Medical and social rehabilitation of patients and disabled persons with inflammatory bowel diseases

K.A. Velikolug, Ye.K. Baranskaya, Zh.M. Sizova

Цель обзора. Осветить состояние и современные подходы к проблеме медико-социальной реабилитации стомированных больных и инвалидов с неспецифическими воспалительными заболеваниями кишечника.

Основные положения. Все инновационные подходы и модели в медико-социальной реабилитации должны иметь адресный характер и опираться прежде всего на личность больного. Следует активно пытаться восстановить нарушенные болезнью функции человека, а также его социальные связи, стремиться к улучшению качества жизни. Важной составляющей в реабилитационном процессе данной категории больных и инвалидов является экспертно-реабилитационная диагностика.

Заключение. Индивидуальная реабилитационная программа должна разрабатываться персонально для каждого стомированного пациента с учетом его реабилитационного потенциала. Эффективность и качество медико-социальной реабилитации стомированных инвалидов зависят от интегративного

The aim of review. To present state-of-the-art and modern approaches to a problem of medical and social rehabilitation of stoma patients and disabled persons with nonspecific inflammatory bowel diseases.

Original positions. All innovational approaches and models in medical and social rehabilitation should be targeted and based first of all on patient's personality. It is necessary to try actively to restore body functions impaired by disease, as well as his/her social interrelations, to improve quality of life. Expert rehabilitational diagnostics is important component in rehabilitational process for this category of patients and disabled persons.

Conclusion. Individual aftertreatment program should be developed individually for each stoma patient according to his/her rehabilitational potential. Efficacy and quality of medical and social rehabilitation of disabled persons with stoma depends on integrative interaction of team of various experts and introduction of interdisciplinary approaches and technologies in systemic process.

Великолуг Константин Александрович – кандидат медицинских наук, заведующий отделением эндоскопии и экспертно-реабилитационных технологий клиники ФГУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы». Контактная информация для переписки: Vel_71@mail.ru; 125412, Москва, ул. Ангарская, д. 28, к. 2, кв. 45

Баранская Елена Константиновна – доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Росздрава

Сизова Жанна Михайловна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой медико-социальной экспертизы и поликлинической терапии ГОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Росздрава

взаимодействия команды различных специалистов и внедрения в системный процесс междисциплинарных подходов и технологий.

Ключевые слова: язвенный колит, болезнь Крона, кишечная стома, инвалидность, реабилитация больных.

Key words: ulcerative colitis, Crohn's disease, intestinal stoma, physical disability, rehabilitation of patients.

Патологией органов пищеварения страдают в основном лица молодого трудоспособного возраста, что является причиной частой обращаемости в лечебно-профилактические учреждения, а нередко временной и стойкой утраты трудоспособности. Поздняя диагностика и неадекватное лечение *неспецифических заболеваний кишечника* (НВЗК), к которым относятся болезнь Крона и язвенный колит, приводят к высокой частоте осложнений, летальности и выходу на инвалидность лиц трудоспособного возраста [4]. В настоящее время проблема реабилитации инвалидов с НВЗК становится все более значимой, так как во всем мире наблюдается рост числа больных с данной патологией.

Согласно современным представлениям, реабилитация инвалидов — это система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Медико-социальная реабилитация инвалидов должна решать следующие задачи: определять реабилитационный потенциал инвалида, его потребность в реабилитации, разрабатывать и реализовывать индивидуальную программу реабилитации инвалида, осуществлять динамический контроль за процессом реабилитации [2].

Несмотря на внедрение новых схем консервативного лечения НВЗК, у 20–30% больных язвенным колитом и у 50–60% пациентов с болезнью Крона в течение жизни возникают показания к хирургическому лечению [1]. Наиболее полная медицинская и социальная реабилитация больных с НВЗК возможна только на основании прогнозирования развития заболевания у конкретного больного, при условии своевременного принятия решения о необходимости операции, применении широкого арсенала многоэтапных и реконструктивных вмешательств [7, 8].

Многие виды оперативных вмешательств, применяемых при НВЗК, с точки зрения реабилитации могут быть разделены на две группы: а) оперативные вмешательства, не требующие наложения стомы; б) оперативные вмешательства, заканчивающиеся наложением постоянной стомы.

Учитывая средний возраст оперируемых больных в 25–35 лет, хирургическая помощь долж-

на решать задачу не только медицинской, но и социально-трудовой реабилитации. Выполнить реконструктивный этап операции, восстановить анальную дефекацию с удовлетворительной функцией держания возможно далеко не у всех пациентов, однако необходимо учитывать такую возможность как минимум у половины из числа оперированных. К вариантам реконструктивных вмешательств, применяемых в настоящее время при язвенном колите и болезни Крона, относят формирование илеоректального анастомоза и илеоанального анастомоза с различными вариантами илеоректопластики. По данным отечественных авторов, реконструктивно-восстановительные операции у рассматриваемой категории больных позволяют добиться успеха в 66,7% случаев [9]. Лучшие результаты достигнуты у пациентов с илеоректальным анастомозом [5].

Необходимо отметить, что основной целью медицинской реабилитации больных, перенесших сфинктеросохраняющие операции, является предупреждение таких осложнений, как рубцовые сужения межкишечного анастомоза, неудовлетворительная функция анального жома, болевой синдром в зоне хирургического вмешательства.

Методы радикального лечения НВЗК ведут к выраженным анатомическим и функциональным нарушениям, что отрицательно сказывается на трудоспособности пациентов в последующем периоде. Наиболее трудную группу для проведения реабилитационных мероприятий представляют больные с постоянным противоестественным задним проходом. Более 50% отказов от хирургического лечения связано с негативным отношением к наложению противоестественного заднего прохода. Длительное тяжелое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, возможность калечащей операции, приводящей к инвалидности, разрушают выработанные в течение всей жизни стереотипы поведения, изменяют систему ценностей и эталонов, существенно перестраивая личность больного, и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям.

Количество пациентов с кишечной стомой достаточно велико и, по данным ВОЗ, составляет 100–150 человек на 100 000 населения.

Нами было обследовано 314 стомированных инвалидов с НВЗК в возрасте от 30 до 76 лет,

в основном старше 50 лет. Тотальная колпроктэктомия с формированием постоянной илеостомы была выполнена 156 пациентам, колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и постоянной илеостомой — 101, субтотальная резекция ободочной кишки с наложением илеостомы и сигмостомы — 45, левосторонняя гемиколэктомия с трансверзостомой — 2, правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеостомы — 4, илеоцекальная резекция с наложением илеостомы — 6 больным.

Основная потребность обследуемых состояла в медицинской реабилитации, в которой нуждались стомированные инвалиды всех возрастных групп (100%). У большинства выявлена необходимость в восстановительной терапии, а из всех ее видов потребность в лечебном питании (92,3%) и лекарственной терапии (57,9%).

Основной контингент инвалидов — это пациенты с илеостомами. Известно, что при илеостоме опорожнение кишечника происходит очень часто, почти постоянно, стул жидкий и едкий. Нередко появляется понос, который может привести к обезвоживанию, потере электролитов, минеральных веществ и витаминов.

Поэтому большое внимание в реабилитации уделялось полноценному и рациональному питанию, поскольку для данной категории больных и инвалидов часто характерны дефицит массы тела, обменные нарушения, развивающиеся при недостатке белков, липидов, макро- и микроэлементов, непереносимости ряда углеводов [6].

Базисная терапия включает в себя повышенное содержание животного белка (2–2,2 г на 1 кг массы тела), витаминов, минеральных веществ, нормальное содержание жиров и углеводов. Не следует употреблять продукты с грубой клетчаткой, молоко, консервы, острые и соленые блюда, спиртные напитки. Элементные диеты обеспечивают питание нутриентами в виде аминокислот, моносахаридов, короткоцепочечных триглицеридов, которые полностью всасываются в проксимальных отделах тощей кишки. Элиминационные диеты предусматривают исключение тех продуктов, которые больной не переносит. К ним относят безлактозную, аглютенную диету, а также ограничение яиц, цитрусовых и др.

Если при колостоме опорожнение кишечника происходит обычно 2–3 раза в сутки, то при илеостоме частой проблемой является понос. В этой связи с целью уменьшения объема и частоты стула большое значение придается использованию лекарственного препарата «Имодиум» (лоперамид), который взаимодействует с опиатными рецепторами продольных и кольцевых мышц стенки кишечника и ингибирует высвобождение ацетилхолина и простагландина, замедляет перистальтику кишечника и увеличивает время прохождения кишечного содержимого. Назначается

имодиум взрослым в дозе 4 мг, затем в дозе, обеспечивающей частоту стула 1–2 раза в сутки (2–12 мг/сутки); максимальная суточная доза — 16 мг.

Большое значение в медицинской реабилитации придается использованию аминосалицилатов (сульфасалазин, месалазин), так как болезнь Крона не излечивается полностью ни после медикаментозного, ни после хирургического лечения.

Реабилитацию пациентов с НВЗК, имеющих стому, следует начинать как можно раньше, уже на предоперационном этапе. Это не только уменьшит число нежелательных последствий операций, но и обеспечит успешность всех последующих реабилитационных мероприятий. В реабилитации стомированных людей в первую очередь необходимо обеспечить их высококачественными средствами ухода, что позволит контролировать функцию кишечника, поможет адаптировать пациента к новому состоянию организма и даст ощущение надежности и защищенности. Без решения физиологических проблем ни о какой психологической и тем более социальной адаптации не может быть и речи [3].

Одним из основных условий успешной адаптации к изменившимся обстоятельствам жизни и интеграции в общество является отсутствие поздних параколостомических осложнений и включение в реабилитационный процесс стоматерапевтической помощи. Важными составляющими последней являются: предоперационная подготовка, индивидуальный подбор технических средств реабилитации с обучением пользоваться ими пациентов и их родственников, медицинские наблюдения и консультации, организация централизованного бесплатного обеспечения средствами ухода за стомой всех стомированных больных, статистический учет и ведение соответствующей базы данных.

Стомированные пациенты при получении группы инвалидности рассматриваются государственной службой медико-социальной экспертизы как больные по общей категории заболевания и в соответствии с критериями, утвержденными Министерством здравоохранения и социального развития РФ, устанавливается группа инвалидности исходя из существующих требований: постановление «Классификация и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы» от 29 января 1997 г. № 1/30; приказ Минздравсоцразвития РФ от 23 декабря 2009 г. № 1013н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»; постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (с изменениями от 7 апреля 2008 г.);

приказ Минздравсоцразвития РФ от 4 августа 2008 г. № 379н «Об утверждении форм индивидуальной программы реабилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, порядка их разработки и реализации».

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 февраля 2003 г. № 66 «О проведении статистического исследования заболеваемости в Российской Федерации колопроктологической патологией» были разработаны начальные условия для создания единого банка данных стомированных людей России.

Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» послужило отправной точкой для реализации всех мероприятий комплексной реабилитации стомированных лиц. Именно оно начало снимать экономический барьер в доступности жизненно важных средств ухода за стомой для большинства стомированных инвалидов.

Современная концепция медико-социальной реабилитации существенным образом меняет подходы к «медицинской модели» реабилитации, расширяет ее границы, позволяет внедрять в модель междисциплинарные системы взаимодействия, что улучшает качество диспансеризации, дает возможность разнообразить виды медико-социальных услуг, делая их более эффективными, способствующими укреплению здоровья, улучшению качества жизни людей с ограниченными возможностями.

Междисциплинарный, многофункциональный, разноплановый характер реабилитационной деятельности обеспечивает интегративное взаимодействие различных специалистов (гастроэнтерологов, проктологов, хирургов, эндоскопистов, фармацевтов, психологов, юристов, социальных работников и др.), государственных учреждений и общественных организаций. Это дает возможность не только повысить эффективность и качество сложного реабилитационного процесса, но и выйти на более высокий уровень — инновационную реабилитацию.

Необходимо отметить, что существенный вклад в процесс медико-социальной реабилитации инвалидов со стомой принадлежит общественным организациям. Одной из первых таких организаций стала московская организация «АСТОМ», созданная в 1993 г.

Реабилитация стомированных больных — это системный, интегративный, поэтапный процесс, который в своих разнообразных методах опирает-

ся прежде всего на личностные особенности больного, активно пытаюсь восстановить нарушенные болезнью функции человека, а также его социальные связи.

Для определения целей и задач реабилитации, формирования индивидуальной реабилитационной программы большое значение имеет оценка медико-социального статуса реабилитанта, включающая в себя: 1) реабилитационную диагностику, 2) экспертное обследование, 3) комплексную оценку реабилитационного потенциала инвалида.

Важным моментом в реабилитационной диагностике является оценка реабилитационного потенциала, предусматривающая определение свойственных конкретному индивиду соматических способностей, сохранившихся вопреки заболеванию или дефекту и служащих предпосылкой для восстановления жизненного статуса, а также прогнозирование уровня возможности компенсации имеющихся ограничений и функциональных нарушений.

Процесс восстановления биосоциальных функций у стомированного пациента можно разделить на 5 последовательных этапов:

- диагностический — время от начала заболевания и постановки клинического диагноза до выбора лечения;
- хирургический (этап хирургического вмешательства) — от момента специальной подготовки к нему до окончания операции;
- конвалесцентный, охватывающий послеоперационный период до выхода стомированного пациента из стационара;
- реконвалесцентный — этап реабилитации после выхода из стационара;
- постконвалесцентный — этап устранения и, возможно, более полной компенсации ограниченной жизнедеятельности [3].

Реабилитационная программа должна разрабатываться персонально для каждого стомированного пациента и включать в себя медицинскую, психологическую, социальную, правовую, профессиональную реабилитацию, каждая из которых направлена на восстановление и компенсацию нарушенных или утраченных биосоциальных функций, устранение или уменьшение ограничений привычной жизнедеятельности, а также на содействие в приспособлении к окружающей среде. Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, предназначенными для этого организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Заключение

Итак, с учетом вышеизложенного под термином «реабилитация» в медицинской практике

следует понимать комплексную, многоуровневую, интегративную, динамическую систему взаимосвязанных действий, направленных на восстановление человека в здоровье, правах, социальном

статусе, дееспособности и профессиональной деятельности, включающую аспекты профилактики и коррекции различного рода отклонений.

Список литературы

1. *Воробьев Г.И., Халиф И.Л.* Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. — М.: Миклош, 2008.
2. *Пузин С.Н., Андреева О.С., Сырников И.К., Лаврова Д.И.* Основы медико-социальной реабилитации инвалидов. — М., 2003.
3. *Суханов В.Г.* Социальная адаптация пациентов со стойкой. Проблемы и решения. — М., 2004.
4. *Beglinger Ch., Gyr N.* Incapacity to work, occupational disability and disability in inflammatory bowel disease // *Ther. Umsch.* — 2007. — Vol. 64, N 8. — P. 457–462.
5. *Fedorov V.D., Oleimikov P.N., Alip'ev V.Iu.* Reconstructive surgery in patients with nonspecific ulcerative colitis and Crohn disease // *Khirurgiia (Mosk).* — 1989. — N 10. — P. 74–77.
6. *Kleinman R.E., Balistreri W.F., Heyman M.B.* et al. Nutritional support for pediatric patients with inflammatory bowel disease // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* — 1989. — Vol. 8, N 1. — P. 8–12.
7. *Konn M., Morita T., Fujita M.* et al. Timing of surgical intervention in ulcerative colitis // *Nippon Geka Gakkai Zasshi.* — 1985. — Vol. 86, N 9. — P. 1312–1315.
8. *Nakano H.* Sphincter saving operation for ulcerative colitis // *Nippon Geka Gakkai Zasshi.* — 1985. — Vol. 86, N 9. — P. 1308–1311.
9. *Volkov V.I.* Features of surgical rehabilitation of patients with severe inflammatory diseases of the large intestine // *Klin. Khir.* — 1999. — N 7. — P. 17–18.