

ковы: 6,4% выписано с выздоровлением, 89,5 – с улучшением. 4,1% – без перемен; в дневном стационаре при среднем сроке лечения 15,3 дня выписано с улучшением 100% больных.

В числе задач можно назвать: расширение диапазона применяемых методов реабилитации, оптимизация и индивидуализация комплексных лечебно-реабилитационных программ, повышение охвата лечебно-оздоровительными мероприятиями наблюдаемого контингента, совершенствование подходов в социальной и трудовой реабилитации.

Таким образом, направление работы по социальной поддержке инвалидов боевых действий и членов семей погибших военнослужащих должно оставаться приоритетным. Для качественного и оперативного осуществления мероприятий по социальной поддержке граждан необходим их персонифицированный компьютерный учет с программным обеспечением (банк данных) и создание единой системы на региональном и федеральном уровнях.

Адресная социальная помощь таким категориям граждан, как члены семей погибших и инвалиды военной травмы, должна оказываться не только на заявительной основе, но и на основании данных единого персонифицированного учета, результатов ежегодных мониторинговых исследований и изучения социально-материального положения конкретных людей. Одной из основ успешной работы по социальной поддержке граждан, уволенных с военной службы, является активное взаимодействие комитета социальной защиты населения с заинтересованными учреждениями и ведомствами, и, прежде всего, с силовыми ведомствами и СМИ.

Результаты и анализ ежегодных мониторинговых исследований должны лежать в основе разрабатываемых мероприятий, программ по социальной поддержке граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей. Вопросы реабилитации участников, инвалидов боевых действий и членов их семей должны решаться на межведомственной основе, комплексно, с практическим применением индивидуальных карт реабилитации.

*А.А. Бальберт (Екатеринбург)*

### **Технологии медико-социальной реабилитации участников современных войн и вооруженных конфликтов**

Реабилитация человека с ограниченными возможностями – сложнейшая, многоаспектная проблема современного общества, характеризующегося переходной экономикой и ведением боевых действий, результатом которых является значительное число людей, имеющих инвалидность. В настоящее время ведется большая работа над вопросами обеспечения баланса прав, обязанностей и интересов граждан, что является одним из гарантов стабильности общества, снижения социальной напряженности и восстановления авторитета армии как государственного института. В определенной мере этот баланс будет выдержан при создании условий, позволяющих инвалиду военной службы самому распоряжаться своей судьбой, иметь материальную независимость, реализовывать творческий потенциал.

Очевидно, что проблема медико-социальной реабилитации инвалидов в новых для России условиях рыночных отношений становится весьма актуальной. В режиме самофинансирования предприятий повышаются требования к работникам в отношении качества выпускаемой продукции, увеличения тем-

пов производства. Эти условия конкуренции человек с ограниченными возможностями не выдерживает по известным причинам. Поэтому представляется целесообразным сформировать такой вариант процесса медико-социальной реабилитации бывших военных, имеющих инвалидность, в котором будут учтены интересы как самого человека, так общества и государства.

Показано, что социальные проблемы возникают из комплекса психологических проблем, которые обусловлены недугом, болезнью, травмой. Выявлено, что соматическое нарушение влечет за собой изменение в мотивационно-потребностной сфере, оказывает негативное влияние на социальную, трудовую и экономическую активность людей.

Анализируя деятельность и отношения личности, перенесшей травму, многие авторы [1-4, 7] отмечают ряд ее особенностей: изменение содержания ведущего мотива деятельности; замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого порядка; снижение уровня опосредованности деятельности; сужение основного круга отношений человека с миром; нарушение степени критичности, самоконтроля. При этом клинические формы изменения личности носят разнообразный характер; они могут проявляться в виде изменения эмоций (депрессия, эйфория), нарушения мотивационной сферы (апатия, бездумность), отношений к себе и окружающим (нарушение критики, изменение подконтрольности), активности (аспонтанность).

Направление развития человека, перенесшего травму и потерявшего здоровье, во многом зависит от отношения его к болезни, которая приобретает особый личностный смысл для человека. На этой основе складывается внутренняя картина болезни к целостному отражению ситуации заболевания в психике индивида, которое включает в себя всю массу ощущений, переживаний, представлений и знаний, связанных с заболеванием и его последствиями. Отношение к болезни формирует разные виды психологических защит, что выражается в вытеснении неприятных переживаний, использовании компенсационных приемов, защитных высказываний и т.д. В некоторых случаях последствия психотравмирующего стресса и ранений имеют тенденцию отсроченной реакции воздействия на личность. По некоторым данным проявление психотравмирующих стрессов как результата участия в войнах, было отсрочено на довольно продолжительное время, иногда и до 20 лет.

Индивидуальные беседы, проведенные с согласия военнослужащих, имеющих ограниченные возможности в связи с инвалидностью, показали, что в армии их тяготило ограничение свободы передвижения и волеизъявления; разлука с семьей и сексуальные ограничения, постоянное пребывание в боевой обстановке и постоянное ощущение опасности, гибель товарищей, вид трупов, травмы, ранения, заболевания; враждебность местного населения, наличие языкового барьера, облегченный доступ к наркотикам.

Стрессы военного времени у некоторых военнослужащих дополнились стрессами, сформировавшимися в мирное время и связанными с непониманием окружающих; с отсутствием социального признания, с рассуждениями штатских людей о необходимости войны, ее целях и т.д., с необоснованными обвинениями ветеранов в массовых убийствах, жестокости, а иногда и предательстве противника в виде невинных жертв.

Социальная помощь инвалиду должна заключаться, главным образом, в духовной, психологической поддержке, обеспечивающей актуализацию собственных возможностей. Ведущим звеном процесса медико-социальной реабилитации является рациональная организация деятельности и отношений, направленная на формирование положительного социального опыта, услови-

ем эффективности медико-социальной реабилитации является создание условий, актуализирующих механизмы саморегуляции, обеспечивающих защищенность личности, с учетом всей сложности выявленных отклонений, формируемых совместными усилиями медицинских работников, психотерапевтов, педагогов, психологов [4-6].

Система медико-социальной реабилитации человека с ограниченными возможностями предполагает максимально раннее начало реабилитационных мероприятий и непрерывность процесса реабилитации, комплексный характер реабилитации, общедоступность системы реабилитационных мероприятий, многообразие форм и методов реабилитационного процесса.

В специализированном 10-м отделении Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн проходят реабилитацию участники афганских и чеченских событий. За год в отделении реабилитируются около 700 человек. С ними работает коллектив врачей разных специальностей. Это невропатологи, терапевты, урологи, вертеброневрологи, психотерапевты и психологи, психиатры, наркологи, физиотерапевты и др.

Большинство пациентов отделения имеют в анамнезе одну или несколько контузий головного мозга. Как последствия черепно-мозговых травм у ветеранов развиваются: гипертензионно-гидроцефальный синдром, церебральный синдром, церебральный арахноидит, психоорганический синдром, дисциркуляторная энцефалопатия. Кроме этого, больные страдают различными соматическими патологиями, связанными с травмой. Это и гипертоническая болезнь, и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронические холециститы и панкреатиты и т.д. Многие ветераны вследствие физических и психических травмирующих ситуаций стали больны алкоголизмом и наркоманией.

Паспортный возраст больных – от 24 до 55 лет. Однако после событий на войне их биологический возраст увеличивается на 5-20 лет, что подтверждают исследования, проводимые в лаборатории патофизиологии старения. Разработка на этой основе метода медицинской реабилитации; выявление психологических аспектов реабилитации; разработка примерных маршрутов медико-социальной реабилитации с учетом личностных особенностей и жизненной ситуации.

#### Библиографический список

1. *Александровский Ю.А.* Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М., 1976.
2. *Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Шукин Б.П.* Психогении в экстремальных условиях. М., 1991.
3. *Березин Ф.Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988.
4. *Доровских Н.В.* Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих, получивших тяжелые ранения в военном конфликте // Медицина катастроф. 1997, № 1.
5. *Коган А.Г., Найдин В.Л.* Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. М., 1988.
6. Медицинская реабилитация в лечебных учреждениях Советской Армии и Военно-Морского флота: Пособие для врачей / Под ред. Г.А.Акимова. М., 1990. Ч.3.
7. *Снедков Е.В.* Психогенные реакции боевой обстановки: клинико-динамическое исследование на материале Афганской войны. Дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 1992.