

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ВОЕННОЙ ТРАВМЫ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

ПАНАСЕНКО С.Л.

ФГУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы», г. Москва

ВВЕДЕНИЕ

Военно-медицинская статистика войн и локальных конфликтов отражает постоянство преобладания ранений конечностей в структуре санитарных потерь хирургического профиля (от 54,1 до 70,8%) [1, 2].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для изучения клинико-функциональных особенностей военной травмы опорно-двигательной системы было обследовано 440 пациентов, находившихся на лечении в отделениях травматологии, нейрохирургии и гнойной хирургии Главного клинического госпиталя МВД России.

Наибольшее количество пострадавших составили больные и инвалиды с тяжелыми инвалидизирующими минно-взрывными и огнестрельными переломами костей конечностей – (53,2%), около трети (28,8%) с травматическими или ампутированными культями конечностей, 18,0% с повреждениями позвоночника.

Исследование объема и характера разрушений тканей показало, что они являются величинами, запрограммированными конструктивными особенностями современных ранящих снарядов и боеприпасов взрывного действия и особенностями анатомического строения тела человека. Ввиду отсутствия адекватных индивидуальных средств защиты конечностей практически невозможно повлиять на эту составляющую огнестрельного ранения [3,4].

Характерной особенностью пострадавших с военной травмой опорно-двигательной системы является развитие не только повреждений опорно-двигательной системы, но и вторичных соматических заболеваний, морфологических изменений в различных органах и тканях. Поэтому реабилитационные технологии лечения у данного контингента должны быть направлены как на восстановление функций опорно-двигательного аппарата, так и на увеличение функциональных резервов, компенсацию нарушенных функций других органов и систем, вторичную профилактику заболеваний и осложнений, восстановление сниженных трудовых функций и возвращение пациента к общественной и профессиональной деятельности [5,6].

В связи с этим основной целью восстановительного лечения данной категории больных и инвалидов является повышение адаптивных возможностей человека в целях восстановления и укрепления здоровья, повышения его профессиональных возможностей на основе комплексного применения современных форм и методов медицинской и социальной реабилитации [7,8].

Социальное значение реабилитации этого контингента больных и инвалидов состоит в восстановлении здоровья и социального статуса человека путем проведения комплексных лечебно-профилактических и медико-социальных мероприятий, обеспечивающих поддержание оптимальной работоспособности, качества жизни и социальную интеграцию в общество [9,10].

В основу концепции медико-социальной реабилитации положен принцип восстановления человека как личности, возобновление трудовой деятельности, достижение социальной и экономической независимости, интеграция в общество.

Целью реабилитации больных и инвалидов с последствиями военной травмы опорно-двигательной системы служит восстановление функций организма настолько, чтобы пациент мог обслуживать себя, самостоятельно передвигаться или с помощью технических средств, быть психологически адаптированным к своему состоянию, а также адаптированным к социальным условиям [11,12,13].

Сравнительный анализ независимости в повседневной жизни у больных и инвалидов с последствиями военной травмы опорно-двигательной системы после проведенных реабилитационных мероприятий представлен в табл. 1.

По результатам анализа в группе пациентов с поражением опорно-двигательного аппарата после проведенных реабилитационных мероприятий ежедневная активность при помощи посторонних лиц уменьшилась в 10 раз – с 20,0 до 2,1%, ежедневная активность без помощи посторонних лиц увеличилась с 33,2 до 51,1% случаев.

У пострадавших с повреждением позвоночника и спинного мозга ежедневная активность при помощи посторонних лиц уменьшилась с 9,8 до 3,0%, без помощи посторонних лиц увеличилась с 8,2 до 15,0%.

После проведенного восстановительного лечения пациентов с ампутированными культями верхних и нижних конечностей их ежедневная активность при помощи посторонних лиц уменьшилась с 7,0 до 1,1%, без помощи посторонних лиц увеличилась с 21,8 до 27,7%.

Количество инвалидов, у которых движения ограничивались перемещением в кровати, в группе раненых с поражением опорно-двигательного аппарата, пострадавших с повреждением позвоночника и спинного мозга, у пациентов с ампутированными культями верхних и нижних конечностей уменьшились с 4,8 до 0,5%, с 4,4 до 0,5% и с 2,1 до 0% соответственно.

В группе пациентов с поражением опорно-двигательного аппарата перемещение их в диапазоне «кровать-коляска» уменьшилось с 3,4 до 1,1%. У пострадавших с повреждением позвоночника и спинного мозга – уменьшилось с 6,4 до 3,2% и с 6,1 до 0,9% – у пациентов с ампутационными культями верхних и нижних конечностей.

Таблица 1.

Сравнительный анализ независимости в повседневной жизни, больных и инвалидов с последствиями военной травмы опорно-двигательной системы после проведенных реабилитационных мероприятий (n=440, 100 %).

№ п/п	Критерии оценки	Больные и инвалиды с повреждением опорно-двигательного аппарата (%)		Больные и инвалиды с повреждением позвоночника и спинного мозга (%)		Больные и инвалиды с ампутационными культями верхних и нижних конечностей (%)	
		до	после	до	после	до	после
1	Ежедневная активность - при помощи посторонних лиц	20,0	2,1	9,8	3,0	7,0	1,1
	- без помощи посторонних лиц	33,2	51,1	8,2	15,0	21,8	27,7
2	Перемещение - в кровати	4,8	0,5	4,4	0,5	2,1	-
	- кровать - коляска	3,4	1,1	6,4	3,2	6,1	0,9
	- в коляске	6,4	1,8	6,1	5,8	7,5	3,6
	- без коляски	38,6	49,8	1,1	8,5	13,1	24,3
3	Ходьба самостоятельная - не ходили	3,9	-	5,3	0,9	2,7	-
	- с длинными фиксаторами	1,1	0,5	2,7	1,1	2,1	0,7
	- с короткими фиксаторами	2,0	1,1	3,2	2,5	3,0	1,4
	- с 4-точечным упором	8,9	2,3	4,3	3,0	2,5	1,8
	- с локтевыми костылями	15,2	5,0	1,4	3,0	9,0	2,7
	- с тростью	18,7	11,8	1,1	3,9	5,2	6,6
	- без приспособлений	3,4	32,5	-	3,6	4,3	15,6
4	Всего	53,2	53,2	18,0	18,0	28,8	28,8

После проведенного восстановительного лечения доля раненых, способных перемещаться в коляске, уменьшилась с 6,4 до 1,8% среди пострадавших с поражением опорно-двигательного аппарата, с повреждением позвоночника и спинного мозга – с 6,1 до 5,8%, с ампутационными культями верхних и нижних конечностей – с 7,5 до 3,6%.

Перемещаться без коляски до проведения реабилитационных мероприятий могли 38,6% пострадавших с поражением опорно-двигательного аппарата, 1,1% раненых с повреждением позвоночника и спинного мозга, 13,1% пациентов с ампутационными культями верхних и нижних конечностей. После окончания комплекса реабилитационных мероприятий показатели улучшились соответственно до 49,8, 8,5, 24,3%.

Среди пациентов с поражением опорно-двигательного аппарата до курса реабилитации самостоятельно не передвигались 3,9%, после окончания реабилитационных мероприятий передвигались все, с длинными фиксаторами ходили 1,1%, после – 0,5%, с короткими фиксаторами – 2,0%, после – 1,1%, с 4-точечным упором – 8,9%, после – 2,3%, с локтевыми костылями – 15,2%, после – 5,0%, с тростью – 18,7%, после – 11,8%. Без использования технических средств реабилитации самостоятельно

ходили 3,4% пострадавших, после реабилитации – 32,5%.

В группе пострадавших с повреждением позвоночника и спинного мозга самостоятельно не передвигались 5,3% больных, после проведенного лечения – 0,9%. Доля пациентов, которые пользовались длинными фиксаторами при самостоятельной ходьбе, составляла 2,7%, после уменьшилась – до 1,1%, с короткими фиксаторами – 3,2%, после – уменьшилась до 2,5%, с 4-точечным упором 4,3%, после – уменьшилась до 3,0%, с локтевыми костылями – 1,4%, после проведенной реабилитации самостоятельно передвигались с локтевыми костылями 3,0%, тростью пользовались 1,1% больных, после реабилитации группа увеличилась до 3,9%. В группе пострадавших, которые не пользовались техническими средствами реабилитации, не было. После лечения в 3,6% случаях этой категории инвалидов не понадобились технические средства реабилитации.

2,7% пациентов с ампутационными культями верхних и нижних конечностей до комплексной реабилитации не ходили самостоятельно, после проведенных реабилитационных мероприятий таких больных не было. Уменьшилось количество пациентов, которые пользовались длинными фиксаторами с 2,1 до 0,7%, короткими фиксаторами – с 3,0 до 1,4%, с 4-точечным упором – с 2,5 до 1,8%, с локтевыми костылями – с 9,0 до 2,7%. До реабилитационных мероприятий тростью пользовались 5,2% пациентов с ампутационными культями верхних и нижних конечностей. Курс проведенных реабилитационных мероприятий увеличил долю таких пациентов до 6,6%. Не пользовались техническими средствами реабилитации 4,3% пострадавших, в конце реабилитации доля этих пациентов составила 15,6%.

Таким образом, проведенное восстановительное лечение больным и инвалидам с последствиями военной травмы опорно-двигательной системы способствовало восстановлению нарушенных функций и социальной интеграции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юрковский О.И. Комплексная система реабилитации пострадавших при чрезвычайных ситуациях и в локальных конфликтах. М., Медицина, 2004, 240 с.
2. Грицанов А.И., Мусса М., Дмитриев В.С. и др. Минно-взрывные повреждения – закрытая политравма военного времени // В кн. Раневая инфекция. Взрывная травма / Материалы научной конференции, посв. 10-й годовщине функционирования ЦВГ МО ДРА. Кабул, 1987, ч.1, с.107-109.
3. Пузин С.Н., Гришина Л.П. и др. Анализ контингента инвалидов из числа военнослужащих, состоящих на учете в органах социальной защиты в Российской Федерации и ее субъектах за 1993-2000 гг. // В кн. Инвалидность у военнослужащих и современные проблемы социальной защиты этого контингента, М., 2001, с. 89-166.
4. Figley C.R. Introduction / Trauma and its wake: the study and treatment of posttraumatic stress disorder / Ed.Ch.R. Figley. New York: Brunner/Mazel, 1985, 457 p.
5. Актуальные вопросы реабилитации военнослужащих, получивших боевые травмы и ранения // Под ред. Шевченко Ю.Л. СПб, ВМедА, 1996.
6. Чикинова Л.Н. Особенности клиники и медико-социальной экспертизы при заболеваниях и травмах, полученных в Афганистане / / Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1998, № 1, с.14-17.
7. Меметов С.С. Социально-гигиенические аспекты инвалидности, медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов с последствиями боевых травм опорно-двигательной системы. Автореферат дисс. канд. мед. наук, М., 2001, 26 с.

8. Балдецкий А.А. Методические подходы к определению степени утраты профессиональной трудоспособности в результате вреда, причиненного здоровью служащих правоохранительной службы при исполнении ими служебных обязанностей // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии, № 1, 2008, с. 31-33.

9. Андреева О.С., Пузин С.Н., Сырников И.К., Лаврова Д.И. и др. Положение инвалидов в Москве. М., Медицина, 2004, 208 с.

10. Кикозашвили Д.Л. Инвалидность вследствие военной травмы. Монография, М., 2000, 224 с.

11. Blank A.S. Vet.Centers: A new paradigm in delivery of services for victims and survivors of traumatic stress // In J.P. Wilson., R. Beverly (Eds) International Handbook of traumatic stress syndrome. Plenum Press N.V. 1993, p. 913-927.

12. Пузин С.Н. Организация медико-социальной экспертизы в Российской Федерации на современном уровне // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, № 1, 2005, с.6-8.

13. Гришина Л.П. Анализ инвалидности взрослого населения по обращаемости в бюро медико-социальных экспертиз Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, № 1, 2008, с. 28-30.

РЕЗЮМЕ

Военно-медицинская статистика войн и локальных конфликтов отражает преобладание ранений конечностей в структуре санитарных потерь хирургического профиля.

В основу концепции медико-социальной реабилитации больных и инвалидов с последствиями военной травмы опорно-двигательной системы положен принцип восстановления человека как личности, возобновление трудовой деятельности, достижение социальной и экономической независимости, интеграция в общество.

ABSTRACT

War and medical statistics of wars and local conflicts reflects domination of limb wounds in the structure of surgery profile losses.

The concept of medico – social rehabilitation of patients and disabled people with the consequences of war trauma of locomotor system is based on the principle of recovery of a person as a personality, who can resume labor activity, achieve social and economic independence and be integrated into society.