

## **ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

А.Г. Гончаренко<sup>1</sup>, С.И. Малетин<sup>1</sup>, А.Ю. Шувалов<sup>1</sup>, А.В. Колядо<sup>1</sup>, В.Г. Тюлюпа<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГУ "ГБ МСЭ по Алтайскому краю",

<sup>2</sup>ГУЗ "Алтайская краевая клиническая больница", Барнаул

Проведен анализ динамики и структуры первичной инвалидности населения Алтайского края вследствие заболеваний костно-мышечной системы и последствий травм нижних конечностей. Оценено влияние высокотехнологических методов лечения на уровень первичной инвалидности.

*Ключевые слова:* инвалидность, заболевания костно-мышечной системы, высокотехнологические методы лечения.

### **THE INFLUENCE OF HIGHLY TECHNOLOGICAL TREATMENT METHODS ON THE LEVEL OF PRIMARY DISABILITY IN THE ALTAY REGION POPULATION CAUSED BY MUS- CULOSKELETAL SYSTEM AND TRAUMA CONSEQUENCES**

Goncharenko A.G., Maletin S.I., Shuvalov A.Yu., Kolyado A.V., Tyulupa V.G.

The analysis of dynamics and structure of primary disability of the Altay region population caused by diseases and consequences of lower extremities trauma was provided. The influence of highly technological treatment methods on the level of primary disability was assessed.

*Key words:* disability, musculoskeletal system diseases, highly technological treatment methods.

Инвалидность и вопросы реабилитации граждан с ограниченными возможностями на современном этапе развития общества являются одними из приоритетных проблем государства, решение которых в значительной мере определяет его социальное благополучие. Наряду с показателями заболеваемости, медико-демографическими и иными критериями инвалидность служит важным индикатором состояния здоровья населения, характеризует социально-экономическое развитие общества, доступность и качество медицинской помощи, эффективность проведения профилактических мероприятий. Кроме того, состояние инвалид-

ности населения – один из важнейших индикаторов оценки результатов модернизации здравоохранения (А.И. Осадчих и соавт., 2002, С.Н. Пузин и соавт., 2006; М.А. Дымочка, 2009, В.В. Захаренков и соавт., 2011 г.).

Одно из основных мест в структуре заболеваемости, временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения Российской Федерации занимают травмы и болезни костно-мышечной системы.

В течение последних лет в организации и оказании травматолого-ортопедической помощи достигнуты определенные успехи: повсеместно внедряются новые высокотехнологи-

ческие методы лечения, позволяющие оказывать помощь на уровне международных стандартов, в частности отмечается существенный рост числа хирургических операций по эндопротезированию суставов.

В Алтайском крае количество операций с использованием высокотехнологических методов (в том числе эндопротезирования крупных суставов конечностей), проведенных в травматологических специализированных отделениях, в течение последних лет выросло на 59,9%: в 2008 г. проведено 454 операции, в 2009 г. – 616, в 2010 г. – 726 операций.

Реабилитационные мероприятия проводились по показаниям в отделении восстановительного лечения Алтайской краевой клинической больницы. Так, в 2008 г. в отделении пролечено 86 больных, в 2009 г. – 135, в 2010 г. – 186.

В среднем курсы реабилитации в отделении восстановительного лечения пациенты получали в сроки 3-6-9 мес. после операции, но имелись случаи госпитализации в ранние сроки (спустя 1 мес.).

Практически у всех госпитализированных больных отмечена мышечная гипотрофия, выражающаяся в уменьшении объема конечности на 3 уровнях либо увеличение объема конечности в дистальных отделах за счет отека мягких тканей. Ограничение объема движений отмечалось как в замененном суставе, так и в смежных суставах, что ограничивало способность к самостоятельному передвижению и самообслуживанию. Наличие болевого синдрома, требующего назначения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и анальгетиков (ненаркотических), имелось у 47 пациентов. Во многих случаях симптом артралгии проявлялся из-за наличия двухстороннего поражения суставов или полиостеоартроза.

Комплекс восстановительной терапии включал расширение адекватного двигательного режима, занятия лечебной гимнастикой в группе и индивидуально с помощью инструктора с постепенным увеличением кратности выполнения упражнений, с использованием тренажеров и механоаппаратов. В стационаре проводится 1-й этап физической реабилитации. В первом периоде применяются пассивные упражнения для пораженных суставов, которые не должны сопровождаться болезненностью и рефлекторным напряжением мышц. Все пациенты получали массаж по классической, сегментарной, точечной методике для расслабления мышц.

Кроме пассивных упражнений, применяются активные упражнения для здоровой конечности продолжительностью 25-30 мин.

Во второй период физической реабилитации на 1-м этапе можно производить активные движения в замененном суставе в наиболее удобных исходных положениях. Применяются активные и пассивные упражнения, упражнения с помощью здоровой конечности для увеличения амплитуды движений, упражнения в виде раскачивания для разработки плечевых, локтевых, коленных и тазобедренных суставов. Занятия лечебной гимнастикой проводятся в медленном и среднем темпе. Кратность повторов – 12-14 раз, продолжительность занятий – 35-40 мин.

В комплекс терапии обязательно включали воздействие физических факторов, направленных на уменьшение болевого синдрома, улучшение микроциркуляции, уменьшение отечного синдрома, стимуляцию работы мышц, уменьшение тугоподвижности суставов. Использовали аппараты "Поток-1", "Полюс-101", "Mag-2", "Узор", "Искра-1" и другие, а также озокерито- и грязелечение.

В результате проводимого лечения уменьшалась выраженность болевого синдрома, что приводило к отмене приема НПВП (45,3% больных) или уменьшению их дозы. У пациентов улучшалась опорная функция больной конечности, что позволяло им при ходьбе пользоваться одной тростью вместо двух костылей либо передвигаться без дополнительных средств опоры. У 52,8% больных нормализовался объем конечностей за счет увеличения мышечной массы и уменьшения отечного синдрома.

Накопленный опыт позволил сформулировать оптимальные сроки физической реабилитации и ускорить процесс адаптации к обычным условиям жизни для пациентов, перенесших эндопротезирование крупных суставов конечностей.

Как показывает практика, использование высокотехнологических оперативных методов позволяет в большинстве случаев закончить лечение в период временной нетрудоспособности. В тех случаях, когда формируются стойкие функциональные нарушения, после завершения реабилитационных мероприятий больные направляются на медико-социальную экспертизу.

В Алтайском крае существует тесное взаимодействие между органами здравоохранения

и службой медико-социальной экспертизы (МСЭ). Это взаимодействие отражено в совместном приказе Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности и ФГУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» от 15.11.10 г. № 510/33 «Об улучшении взаимодействия лечебно-профилактических учреждений Алтайского края с ФГУ ГБ МСЭ по Алтайскому краю».

Благодаря взаимодействию двух служб, в Алтайском крае достигнуто определенное улучшение показателей первичной инвалидности при последствиях травм и заболеваний костно-мышечной системы, в частности при

патологии тазобедренных и коленных суставов как наиболее часто встречающейся патологии, а также в случаях наиболее часто применяющихся высокотехнологических методов лечения (эндопротезирование).

Из табл. 1 видно, что при сокращении общего количества направленных на освидетельствование больных с заболеваниями тазобедренного и коленного суставов удельный вес признанных инвалидами возрастает, что свидетельствует о более дифференцированном подходе при определении показаний для направления больных на МСЭ в учреждениях здравоохранения.

Таблица 1

**Динамика первичной инвалидности вследствие заболеваний тазобедренного и коленного суставов у оперированных и не оперированных больных**

Годы	Всего освидетельствовано	Установлена инвалидность		
		всего	оперированные	не оперированные
2008	555	484 (87,2%)	40 (8,3%)	444 (91,7%)
2009	490	399 (81,4%)	46 (11,5%)	353 (88,5%)
2010	482	439 (91,1%)	38 (8,6%)	401 (91,4%)

подавляющий процент больных с указанной патологией, признанных инвалидами, получали консервативную терапию без применения высокотехнологических методов лечения.

Среди больных трудоспособного возраста, пролеченных оперативным путем, удельный вес признанных инвалидами значительно меньше, чем у не оперированных. Еще ниже этот показатель у лиц пенсионного возраста (табл. 2).

Распределение инвалидов вследствие заболеваний тазобедренных и коленных суставов по группам инвалидности представлено в табл. 3.

Подавляющее число больных, как в трудоспособном, так и в пенсионном возрасте, признаны инвалидами 3-й группы. Однако удельный вес 2-й группы инвалидности более высок среди не оперированных больных, причем он

значительно выше у лиц пенсионного возраста.

От 1,9 до 2,7% не оперированных пенсионеров признаются инвалидами 1-й группы, в то время как в трудоспособном возрасте 1-я группа инвалидности в течение последних 3 лет установлена только в одном случае.

Результаты анализа первичной инвалидности при последствиях травм нижних конечностей представлены в табл. 4.

Из представленной таблицы следует, что более 2/3 лиц, направленных на освидетельствование, признаются инвалидами. Среди признанных инвалидами преобладают лица трудоспособного возраста.

Удельный вес признанных инвалидами выше в группе не оперированных больных (табл. 5).

Не оперированные больные чаще признаются

Таблица 2

**Распределение впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний тазобедренного и коленного суставов по возрасту**

Годы	Распределение признанных инвалидами по возрасту			
	трудоспособный возраст		пенсионный возраст	
	оперированные	не оперированные	оперированные	не оперированные
2008	28 (13,6%)	177 (86,4%)	12 (4,3%)	267 (95,7%)
2009	26 (15,9%)	137 (84,1%)	20 (8,5%)	216 (91,5%)
2010	27 (13,2%)	178 (86,8%)	11(4,7%)	223 (95,3%)

Таблица 3

**Распределение впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний тазобедренных и коленных суставов по группам инвалидности**

Годы	Применение оперативного лечения	Возраст													
		трудоспособный						пенсионный							
		все го	I группа		II группа		III группа		все го	I группа		II группа		III группа	
2008	опер.	28	0	0,0	2	7,1	26	92,9	12	0	0,0	1	8,3	11	91,7
	не опер.	177	0	0,0	12	6,8	165	93,2	267	6	2,2	85	31,8	176	65,9
2009	опер.	26	0	0,0	3	11,5	23	88,5	20	0	0,0	4	20,0	16	80,0
	не опер.	137	0	0,0	21	15,3	116	84,7	216	4	1,9	55	25,5	157	72,7
2010	опер.	27	0	0,0	2	7,4	25	92,6	11	0	0,0	1	9,1	10	90,9
	не опер.	178	1	0,6	21	11,8	156	87,6	223	6	2,7	42	18,8	175	78,5

Таблица 4

**Распределение впервые признанных инвалидами при последствиях травм нижних конечностей по возрасту**

Годы	Всего освидетельствовано	Установлена инвалидность		
		все го	трудоспособный возраст	пенсионный возраст
2008	437	318 (72,7%)	187 (58,5%)	131 (41,2%)
2009	345	253 (73,3%)	143 (56,5%)	110 (43,5%)
2010	352	283 (80,4%)	165 (58,3%)	118 (41,7%)

Таблица 5

**Распределение впервые признанных инвалидами при последствиях травм нижних конечностей по группам инвалидности**

Годы	Всего освидетельствовано		Признано инвалидами	Группа инвалидности		
				I	II	III
2008	оперир.	283	190 (67,1%)	6 (3,2%)	85 (44,4%)	99(52,1%)
	не опер.	154	128 (83,1%)	24 (18,6%)	58 (45,3%)	46 (35,9%)
2009	оперир.	229	153 (66,8%)	6 (3,9%)	73 (47,7%)	74 (48,4%)
	не опер.	116	100 (86,2%)	24 (24,0%)	50 (50,0%)	26 (26,0%)
2010	оперир.	199	152 (76,4%)	5 (3,3%)	72 (47,4%)	75 (49,3%)
	не опер.	153	131 (85,6%)	50 (38,1%)	42 (32,1%)	39 (29,8%)

инвалидами 2- и 1-й группы, у оперированных больных преобладает 3-я группа инвалидности.

Таким образом, своевременное и качественное проведение высокотехнологических оперативных методов лечения с последующими реабилитационными мероприятиями больным с заболеваниями костно-мышечной системы и последствиями травм нижних конечностей,

при тесном взаимодействии органов здравоохранения со службой МСЭ позволяет более дифференцированно подходить к наличию показаний для направления больных на медико-социальную экспертизу, существенно снизить первичный выход на инвалидность, уменьшить удельный вес «тяжелых» групп инвалидности (1- и 2-й групп).

Информация об авторах:

*Гончаренко Александр Георгиевич – руководитель-главный эксперт ФГУ "Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю", к.м.н. Тел.: (3852) 271- 630, факс: (3852) 271- 630. E-mail: mse22@mail.ru*

*Малетин Сергей Иванович – заместитель руководителя по экспертным вопросам ФГУ "Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю", к.м.н. Тел.: (3852) 271- 630, факс: (3852) 271- 630. E-mail: mse22@mail.ru*

*Шувалов Александр Юрьевич – руководитель экспертного состава №2 ФГУ "Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю", врач- травматолог.*

*Колядо Александр Владимирович – врач-травматолог ФГУ "Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю", филиал №10.*

*Тюлюпа Владимир Григорьевич – зав. отделением восстановительного лечения ГУЗ "Краевая клиническая больница", к.м.н. E-mail: hospital@hospital.e4u.ru.*