

3. Черненко В.Ф. Потеря трудоспособности и динамика инвалидизации больных с поражениями сосудов конечностей / В.Ф. Черненко, А.Г. Гончаренко, А.Ю. Шувалов // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2005. – № 11. – С. 21-27.

4. Jantet G; RELIEF Study Group.

Chronic Venous Insufficiency: Worldwide Results of the RELIEF Study. *Angiology*. – 2002. – № 53. – P. 245-256.

5. The epidemiology of venous thromboembolism / Richard H. White / *Circulation*. – 2003. – № 107. – P. 4 - 8.



УДК: 617.574:616-036.86

Медико-социальная экспертиза при травматическом поражении нервов верхних конечностей

Л.Ю. Науменко, И.В. Бойко, В.Н. Хомяков, Е.Л. Лифаренко,
А.А. Маметьев, Е.А. Даукш

ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности, МЗО Украины», г. Днепропетровск

Резюме

Метою роботи є удосконалення медико-соціальної експертизи хворих і інвалідів при травматичній поразці нервів верхніх кінцівок. Виходячи з аналізу термінів тимчасової непрацездатності, тривалість лікування хворих з наслідками пошкоджень нервів верхніх кінцівок була від 4 до 10 місяців, що обумовлено тяжкістю травми і багатоступінчастістю лікування даних пошкоджень. Нами були запропоновані критерії оцінки функціонального стану кисті при наслідках пошкоджень нервів верхніх кінцівок, об'єктивізація яких дозволила визначити тактику медико-соціальної експертизи і реабілітаційний потенціал, впливає з можливостей медичної реабілітації, соціальної і трудової адаптації, що дозволило понизити питому вагу експертних помилок на 16 % і досягти зниження рівня накопиченої інвалідності при даній патології на 41,9%.

Ключові слова: інвалідність, медико-соціальна експертиза, верхня кінцівка

Summary

The purpose of work is the improvement of medical and social examination of the patients and invalids with nerves injuries of upper extremities. Analysis of terms of temporary disability in the treatment period of the patients with consequences nerves injuries of upper extremities was from 4 to 10 months. That is caused by weight of a trauma and step-wise treatment. The criteria of functional assessment of hand with nerve disorder were offered by us, and has allowed to determine tactics of medical and social examination, rehabilitation potential, social and labor adaptation, that have allowed to decrease the expert mistakes on 16 % and level of disability on 41,9 %.

Keywords: Nerves, injuries, upper extremities, disability

Введение. Удельный вес поврежденный верхних конечностей в структуре первичной инвалидности при травмах всех локализаций составляет 30 %, из них в результате повреждений нервов верхней конечности 29,4-62,9% пострадавших становятся инвалидами или вынуждены сменить работу, что во многом обусловлено недостаточно эффективной системой реабилитации [1, 2, 4].

Из общего числа инвалидов вследствие травм верхних конечностей остаются не реабилитированными в течение трех лет до 32% пострадавших, 20% которых нуждаются в реконструктивной хирургии [1,3].

Для достижения высокой эффективности при планировании и оказании специализированной помощи пациентам с патологией опорно-двигательного аппарата большое значение приобретает рассмотрение и уточнение медико-социальных характеристик инвалидности [5].

Таким образом, усовершенствование медико-социальной экспертизы больных и инвалидов при травматическом поражении нервов верхних конечностей является актуальной проблемой и требует дальнейшего изучения.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 138 больных и инвалидов с последствиями травм нервов верхних конечностей. В состав клинической группы вошли 104 (75,3%) мужчины и 34 (24,7%) женщины. Подавляющее большинство пострадавших

133 (96%) составили лица трудоспособного возраста. Чаще всего травмы имели место у лиц физического и смешанного труда - 42,0 % и 36,2 % соответственно. К категории смешанного труда относили лиц, занимавшихся физической с элементами умственной трудовой деятельностью – аппаратчики, энергетики, водители и т.д. Реже травмировались лица умственного труда – 21,8 %, при этом у них преобладали бытовые травмы.

По локализации повреждений периферических нервов пострадавшие были распределены на три клинические группы:

I – с повреждением ствола лучевого нерва – 24 (17,4 %) человека;

II – с повреждением глубокой ветви лучевого нерва – 17 (12,3 %);

III – с повреждением срединного и локтевого нервов – 97 (70,3%).

Бытовые травмы преобладали над производственными во всех клинических группах. В 72 % случаев травмы были получены в результате воздействия режущих предметов, в 24 % – циркулярно-фрезерных механизмов различного типа, в 4 % – вследствие огнестрельных ранений, автомобильных аварий и др. Перенесенные травмы в большинстве случаев приводили к инвалидности. Среди наблюдаемых нами больных лиц, имеющих группу инвалидности, было в 3,7 раза больше, чем вне группы инвалидности. Инвалидами III группы были признаны – 98 (71%) больных; II – 9 (6,5%); I – 2 (1,4%). Инвалид-

ность II группы устанавливалась лицам с сочетанной патологией. Инвалидность I группы устанавливалась при наличии тяжелой патологии второй руки или нижних конечностей.

Результаты и их обсуждения

Определение степени выраженности ограничения жизнедеятельности при повреждениях периферических нервов верхних конечностей представляют собой определенные трудности, что подтверждается анализом медико-экспертной докумен-

тации больных и инвалидов, прошедших обследование и лечение в клинике Украинского государственного НИИ медико-социальных проблем инвалидности (УКРГОСНИИМСПИ).

По нашим данным в 16 % случаев необоснованное решение МСЭК явилось следствием недостаточного обследования больного, неправильного диагноза, недостаточного учета клинического и трудового

Таблица 1

Динамика инвалидности в группах наблюдения до поступления в клинику

Группы наблюдений	Характер патологии		Группа инвалидности							
			I		II		III		без группы инвалидности	
			освидетельствование							
			первичное	повторное	первичное	повторное	первичное	повторное	первичное	повторное
I	С повреждением ствола лучевого нерва	Абс. ч.	1	1	1	1	22	22	-	-
		±, %		0		0		0		
II	С повреждением глубокой ветви лучевого нерва	Абс. ч.	-	-	-	-	14	12	3	5
		±, %	-	-	-	-	-	-14,3		+66,7
III	С повреждением срединного и локтевого нервов	Абс. ч.	1	1	8	5	62	46	26	45
		±, %		0		-37,5		-25,8		+73,1
Всего		Абс. ч.	2	2	9	6	98	80	29	50
		±, %		0		-33,3		-18,4		+72,4

прогноза. В настоящее время еще недостаточное внимание уделяется своевременному выявлению лиц, нуждающихся в восстановительном лечении, а также отсутствует четкая ориентация МСЭК в воз-

можностях восстановительного лечения, их сроков и этапов.

Динамика инвалидности, представленная в таблице 1, свидетельствует, что при очередном переосвидетельствовании во

МСЭК у лиц с повреждением ствола лучевого нерва экспертные решения оставались прежними в 100%; среди лиц с повреждением глубокой ветви лучевого нерва число инвалидов III группы уменьшилось на 14,3%. Значительное снижение инвалидности отмечалось у лиц с повреждением срединного и локтевого нервов: инвалидов II группы уменьшилось на 37,5 %, инвалидов III группы – на 25,8 %. При этом, у 21% пострадавших группа инвалидности устанавливалась на период медицинской реабилитации, а также по социальному фактору, т.е. на период рационального трудоустройства, переобучения, социальной адаптации.

Большей части освидетельствованных лиц определялась группа инвалидности в течение 2 и более лет, что способствовало формированию отрицательного отношения к дальнейшей реабилитации.

Немаловажное значение в реабилитации играет разъяснительная работа с больными по поводу цели определения им группы инвалидности, и о возможностях медицинской реабилитации. Так, 49 % пострадавших обжаловали решения МСЭК по поводу снижения или снятия им группы инвалидности, считая себя «инвалидами», однако по анализу медико-экспертной документации решение МСЭК было обоснованным.

МСЭК недостаточно использует возможность продления больничного листа свыше установленного срока, хотя есть ос-

нования рассчитывать на полное или частичное функциональное восстановление за период дальнейшего продления листка нетрудоспособности. У 18-и % пострадавших экспертное решение вынесено спустя 4 месяца после травмы, в то время как они нуждались в дальнейшем восстановительном лечении, т. е. группа инвалидности была установлена преждевременно. Это привело к тому, что пострадавшие в течение ряда лет необоснованно пользовались социальными льготами. Проанализировав сроки временной нетрудоспособности больных с последствиями повреждений нервов верхних конечностей, мы определили оптимальные сроки от 4 до 10 месяцев. Они обусловлены многоэтапностью лечения данных повреждений. Например, после тено- и нейрорафии в случае наличия показаний возможно проведение невролиза и тенолиза с последующим курсом санаторно-курортного лечения, при отсутствии положительной динамики применяются ортопедические коррекции. При осложненном течении процессов восстановления количество этапов увеличивается.

С целью объективизации медико-социальной экспертизы нами были предложены критерии оценки функционального состояния кисти, при последствиях повреждений нервов верхних конечностей.

Легкие функциональные нарушения – до 25% от нормальной функции, умеренные – до 50%, выраженные – до 75%, и

резко выраженные – более 75%.

В первой группе больных с последствиями повреждений ствола лучевого нерва отмечалось отсутствие активного разгибания кисти и пальцев. Остаточная сила кисти $22,9 \pm 1,62\%$ у больных с выраженными функциональными нарушениями и $5,7 \pm 1,01\%$ – с резко выраженными ($p \leq 0,001$).

Во второй группе больных с последствиями повреждений глубокой ветви лучевого нерва отмечалось отсутствие активного разгибания пальцев. Остаточная сила кисти $54,0 \pm 2,99\%$ у больных с умеренными функциональными нарушениями и $30,3 \pm 1,02\%$ – с выраженными ($p \leq 0,001$).

В третьей группе больных с последствиями повреждений срединного и локтевого нервов имели место легкая, умеренная, выраженная и резко выраженные функциональные нарушения кисти, при этом ограничение объема активных движений пальцев составлял $15,6 \pm 0,51\%$; $36,5 \pm 1,0\%$; $66,5 \pm 1,94\%$ и $91,2 \pm 1,4\%$ соответственно ($p \leq 0,01$). Остаточная сила кисти при легких функциональных нарушениях составляла $78,8 \pm 1,46\%$; при умеренных – $48,7 \pm 2,31\%$; при выраженных – $22,7 \pm 1,66\%$; при резко выраженных – $7 \pm 0,71\%$ ($p \leq 0,01$). Оппозиция первого пальца отсутствовала при выраженных и резко выраженных функциональных нарушениях, резко ограничена при умеренных $1,8 \pm 0,24$ см и незначительно ограничена при легких – $6,6 \pm 0,4$ см ($p \leq 0,01$).

Согласно предложенным выше критериям функциональных нарушений кисти, мы провели определение реабилитационного потенциала, который оценивался как высокий, средний и низкий.

1. Высокий реабилитационный потенциал – возможно восстановление с легкими или незначительными функциональными нарушениями, а также восстановление трудоспособности и социального статуса – 22 пострадавших (16%).
2. Средний – возможно восстановление с умеренными функциональными нарушениями, при этом затруднено выполнение профессиональных обязанностей или будет необходимость перехода на другую работу со снижением квалификации, что повлечет за собой социальную поддержку и материальную помощь – 86 пострадавших (62,3%).
3. Низкий – функциональные нарушения лишают возможности работать по специальности, требуют постоянной социальной и материальной поддержки. Возможно работать в специально созданных условиях по другой профессии – 30 пострадавших (21,7%).

Тактика медико-социальной экспертизы исходила из возможностей реабилитации, а также социальной и трудовой адаптации. При легких функциональных нарушениях кисти основной задачей являлось максимальное восстановление функции путем медицинских реабилитацион-

ных мероприятий и ориентация пациента на продолжение своей профессиональной деятельности, продление листка нетрудоспособности до 6 месяцев.

При умеренных и выраженных функциональных нарушениях кисти пациента подготавливали к длительному реабилитационному периоду, объясняли его цели, этапность и характер, а также возможные последствия перенесенной травмы в плане профессиональной и бытовой деятельности. Для эффективной реабилитации эти мероприятия необходимы, т.к. при восстановлении функции кисти активное положительное участие больного занимает одно из основных мест. Возможно продление листка нетрудоспособности на 8-10 месяцев, что предупреждает первичную инвалидность, дает возможность полного вы-

полнения реабилитационных мероприятий, а также утверждает пациента во временном характере его социальной дезадаптации. При необходимости перевод на легкий труд или рациональное трудоустройство.

Больным с резко выраженными функциональными нарушениями кисти разъясняли возможности медицинской реабилитации и цели ее проведения. Установление третьей группы инвалидности подтверждает, что основное направление – это социальная и профессиональная реабилитация. Проведя анализ медико-экспертной оценки во всех клинических группах после медицинской реабилитации в клинике института получена следующая динамика инвалидности (табл. 2).

Таблица 2

Динамика инвалидности исследуемых групп больных после реабилитации

Группы наблюдений	Характер патологии		Группа инвалидности							
			I		II		III		вне группы инвалидности	
			до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	После лечения
I	С повреждением ствола лучевого нерва	Абс. ч.	1	1	1	0	17	7	0	11
		±, %	-	0	-	-100	-	-58,8	-	+100
II	С повреждением глубокой ветви лучевого нерва	Абс. ч.	-	-	-	-	13	4	3	12
		±, %	-	-	-	-	-	-69,2	-	+75
III	С повреждением срединного и локтевого нервов	Абс. ч.				0	51	36	26	45
		±, %				-100	-	-29,4	-	+42,2

Всього	Абс. ч.				0	81	47	29	68
	±, %				-100	-	-41,9	-	+57,3

При очередном переосвидетельствовании во МСЭК экспертное решение оставалось прежним у инвалидов I группы (в 100% случаев); положительная динамика отмечалась у инвалидов II группы в 100% случаев и у инвалидов III группы – 41,9 %.

Выводы

Объективизация критериев ограничения жизнедеятельности при последствиях повреждений нервов верхних конечностей дает возможность снизить удельный вес экспертных ошибок на 16 %.

Проведение эффективной медицинской реабилитации позволяет достигнуть снижения уровня накопленной инвалидности при данной патологии на 41,9%.

Литература:

1. Ипатов А.В. Проблемы инвалидности и реабилитации инвалидов ортопедо-травматологического профиля /А.В. Ипатов //Ортопедия, травматология и протезирование. – 2002. – № 4. – С. 12-17.

2. Ипатов А.В. Інвалідність як інтегро-

ваний показник стану здоров'я населення України /А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак: Монографія. – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – 342 с.

3. Яременко Д.О. До програми реабілітації інвалідів з наслідками травм верхніх кінцівок / Д.О. Яременко, О.Г. Шевченко, В.Б. Таршис // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів: мат. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяченої 75- річчю Укр. Держ. НДІ МСПІ, вересень 20-21, 2001 р. – Дніпропетровськ: Пороги. – С. 246-251.

4. Скляренко Р.Т. Особенности профессиональной реабилитации инвалидов с сочетанной травмой сосудов и нервов верхних конечностей /Р.Т. Скляренко, О.Н. Путова, М.М. Мусилов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003 г. – № 2. – С. 12-14.

5. Шеметова Г.В. Инвалидность вследствие болезней костно-мышечной системы /Г.В. Шеметова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2004 г. – № 4. – С. 31-33.

