

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012  
УДК 616.71/74-001-036.86]:364.4

О. М. Черникова<sup>1</sup>, Г. В. Сидорова<sup>1</sup>, Н. И. Арсентьева<sup>1</sup>,  
Л. Г. Гаркуша<sup>2</sup>, Е. О. Бакштановская<sup>2</sup>

## ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

<sup>1</sup>Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН, Иркутск;

<sup>2</sup>ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области, Иркутск

*На основе анализа состояния региональной травматолого-ортопедической службы и службы медико-социальной экспертизы выявлены негативные моменты: высокие показатели травматизма, заболеваемости болезнями костно-мышечной системы, инвалидности, малоэффективная амбулаторная помощь и отсутствие стационарной ортопедической помощи взрослым, слабая материально-техническая база лечебно-профилактических учреждений, дефицит врачей травматологов-ортопедов, отсутствие системы реабилитации инвалидов и реабилитационного центра. Предлагаются рекомендации по региональной программе медико-социальной реабилитации инвалидов с последствиями травм и заболеваний костно-мышечной системы.*

**Ключевые слова:** медико-социальная экспертиза, заболевание костно-мышечной системы.

### POTENTIALITIES OF REHABILITATION ENHANCEMENT IN PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF TRAUMA AND MUSCULOSKELETAL SYSTEM DISEASES AT THE REGIONAL LEVEL

*O.M.Chernikova, G.V.Sidorova, N.I.Arsentieva, G.L.Garkusha, E.O.Bakshtanovskaya*

*On the basis of analysis of the regional traumatologic and orthopedic service condition and that of medico-social expertise service negative moments were detected as follows: high indices of traumatism, musculoskeletal system sickness rate, invalidity, ineffective outpatient assistance and absence of in-patient orthopedic care the adults, poor material and technical basis of treatment-and-rehabilitation center. Recommendations on the regional program of medico-social rehabilitation of invalids with consequences of trauma and musculoskeletal system diseases are proposed.*

**Key words:** medico-social rehabilitation, musculoskeletal system diseases.

Травмы и ортопедические заболевания продолжают оказывать определенное влияние на показатели здоровья населения, что определяется ростом их распространенности, увеличением доли неблагоприятных социальных последствий — временной и стойкой утратой трудоспособности, смертности [1, 3, 4, 6].

Известно, что регион Восточной Сибири имеет свои специфические особенности, отличающие его от экономически развитых регионов европейской части страны. Обострение социально-экономической ситуации, высокая миграция, крайне недостаточный уровень развития социальной сферы, негативные природно-климатические особенности, бесспорно, оказывают отрицательное влияние на формирование травматизма, его последствий и региональную ортопедическую патологию [9—11].

Цель исследования — на основе анализа состояния травматолого-ортопедической службы и службы медико-социальной экспертизы (МСЭ) предложить региональную программу медико-социальной реабилитации инвалидов с последствиями травм и болезней костно-мышечной системы (КМС).

### Материал и методы

В течение 2010 г. анализировали данные журналов протоколов освидетельствования в бюро МСЭ (2006—2010 гг.), акты освидетельствования пациентов с коксартрозами, проопериро-

ванных методом эндопротезирования (267). Проведено анкетирование больных (245) после замены тазобедренного сустава. Кроме того, использовали годовые отчеты службы ФГУ Главное бюро МСЭ по Иркутской области, материалы МИАЦ при Министерстве здравоохранения Иркутской области, годовые отчеты клиники ИЦРВХ СО РАМН, справочный материал «Травматизм, ортопедическая заболеваемость населения Сибирского федерального округа в 2009 г.».

Используемые методы: сравнительный анализ, социологический, контент-анализ нормативных документов, статистический.

### Результаты и обсуждение

В течение 10 лет в Иркутской области отмечают стабилизацию общей заболеваемости болезнями КМС: 111,7—113,4‰ (РФ — 133,6‰) и некоторое снижение уровня травматизма: 104,9—91,6‰ (РФ — 86,6‰). В среднем из каждых 100 больных, страдающих болезнями КМС, один становится инвалидом.

Среди всех больных, обратившихся за медицинской помощью по поводу болезней КМС, больные с артрозами составили одну треть (29%). В течение последних трех лет показатель заболеваемости артрозами в области практически не изменился, превышая среднефедеральный (табл. 1).

Сохраняется высокая первичная заболеваемость болезнями КМС — 46,1‰ (РФ — 33,5‰). Уровень первичной инвалидности взрослого населения вследствие травм по Иркутской области вдвое превышает

среднефедеральный (8,4‰; РФ — 4,4‰). Выше среднефедерального и показатель инвалидности вследствие болезней КМС (8,9‰; РФ — 7,1‰).

Инвалидность вследствие болезней КМС занимает третье место, а от травм — четвертое место в структуре инвалидности и составляет соответственно 9,8 и 9,2%.

Изучена нозологическая структура первичной инвалидности при болезнях КМС. Наиболее частой причиной инвалидности является остеоартроз (52,1%), на втором месте — дорсопатии (34,0%), на третьем — ревматоидный артрит (4,7%). В возрастном аспекте у лиц трудоспособного возраста преобладает инвалидность при дорсопатиях (49,3%), у пенсионеров — остеоартроз (69,0%).

За год в Иркутской области было пролечено 20 276 взрослых пациентов с болезнями КМС, из них 100% на неспециализированных койках. Из дюжины административных единиц, входящих в состав Сибирского федерального округа (СФО), лишь Иркутская область не имеет ни одной ортопедической койки для взрослых. Если 10 лет назад число травматологических отделений по области составляло 28, то теперь — 16. В то же время обеспеченность населения травматологическими койками растет: 3,9—4,7 (на 10 тыс. населения), превышая показатель по РФ (3,5), но это связано с высокой миграцией и естественной убылью населения.

Амбулаторно-поликлиническая служба в общей системе оказания травматолого-ортопедической помощи населению играет чрезвычайно важную роль. Если за последние 5 лет в области открылось 8 травматологических пунктов, то ортопедических кабинетов в поликлиниках не открылось ни одного. Амбулаторная помощь этому контингенту пациентов не организована. В стационарном лечении нуждались лишь 0,03% пациентов, в лечении в амбулаторных условиях — 99,97% больных с ортопедической патологией.

Прием указанной категории пациентов осуществляют хирурги, неврологи, ревматологи, терапевты и прочие специалисты. Отсутствие доступной специализированной амбулаторно-поликлинической помощи пациентам с болезнями КМС приводит к тому, что 30% больных с впервые установленным диагнозом имеют выраженные дегенеративно-дистрофические изменения. В ряде случаев патология диагностируется только в связи с проявлением вызванного ими осложнения.

Объем диспансерного наблюдения в амбулаторно-поликлиническом звене явно недостаточен (табл. 2).

Травматология и ортопедия как отрасль здравоохранения продолжает испытывать кадровый дефицит.

Таблица 1

Артрозы среди взрослого населения СФО в динамике (на 1000 взрослого населения)

| Административная единица | Год  |      |      |
|--------------------------|------|------|------|
|                          | 2007 | 2008 | 2009 |
| РФ                       | 25,8 | 27,2 | 27,8 |
| СФО                      | 30,0 | 32,0 | 31,6 |
| Иркутская область        | 30,0 | 31,8 | 30,2 |

Укомплектованность лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) обеспечивается за счет совместителей и составляет 56,7%. Обеспеченность кадрами на 100 тыс. населения ниже среднефедерального почти вдвое — 6,0 (РФ — 11,0).

В большинстве поликлиник и стационаров диагностические и реабилитационные возможности резко ограничены. В то же время ни в одной из сфер медицины нет такой насущной проблемы реабилитации, как в травматологии, поскольку даже небольшое нарушение функции КМС непосредственно отражается на ограничении жизнедеятельности [2, 5, 7, 8].

По данным ФГУ Главное бюро МСЭ по Иркутской области, за 5 лет среди пациентов, проходящих МСЭ, 1305 человек с деструкцией тазобедренного сустава нуждались в его эндопротезировании. Тем не менее процент прооперированных составил лишь 19,7. Правда, на протяжении указанного временного промежутка он плавно увеличивается от 17,8 в 2006 г. до 21,3 в 2010 г. Среди 267 пациентов с коксартрозами, прооперированных методом эндопротезирования, к моменту оперативного вмешательства большинство находилось довольно длительный срок ( $3,7 \pm 0,8$  года) на инвалидности и чаще всего не работали. Полностью нетрудоспособными считали себя 67,1% пациентов. При анализе динамики инвалидности при коксартрозе оказалось, что после эндопротезирования большая часть (72,3%) инвалидов стабильно сохраняли II или III группу, частичная реабилитация наступила в 19,7% случаев. Утяжеление группы инвалидности произошло у 8% больных.

По данным анкетирования (250), в клинике НЦРВХ СО РАМН 61% пациентов не получали никакой реабилитации после лечения в стационаре из-за отсутствия возможностей для ее комплексного проведения в амбулаторных условиях по месту жительства, 39% получили реабилитационные мероприятия полностью или частично. Среди причин, по которым больные не прошли реабилитацию, 17,7% указали на то, что им это не было рекомендовано и они ничего не знали о возможности пройти полный реабилитационный курс; 18,9% отказались пройти реабилитационные мероприятия по различным причинам, 59,0%

Таблица 2

Диспансерное наблюдение за больными с последствиями травм и ортопедическими заболеваниями

| Территория        | Охват диспансерным наблюдением, % |           |      |             |           |      |
|-------------------|-----------------------------------|-----------|------|-------------|-----------|------|
|                   | последствия травм                 |           |      | болезни КМС |           |      |
|                   | взрослые                          | подростки | дети | взрослые    | подростки | дети |
| СФО               | 1,3                               | 1,5       | 1,5  | 9,7         | 32,9      | 29,4 |
| Иркутская область | 1,1                               | 0,8       | 0,8  | 9,5         | 21,7      | 21,8 |

указали на сложность и малодоступность реабилитации и лишь 4,4% отказались от реабилитации, так как не испытывали беспокойства со стороны тазобедренного сустава.

После эндопротезирования полный курс медицинской реабилитации (через 3, 6 и 12 мес) инвалиды получали лишь в ортопедическом отделении клиники НЦРВХ СО РАМН. Курс включал электростимуляцию, баро-, иглорефлексотерапию, ЛФК, массаж, физиолечение. Через 3 мес все пациенты переведены с использования костылей на трость. Через 6 мес 34,7% инвалидов передвигались без дополнительной опоры и лишь 25,1% использовали трость из-за поражения контралатерального тазобедренного сустава. При анализе возможностей ЛПУ области оказалось, что полный комплекс реабилитационных мероприятий могут обеспечить лишь клиника НЦРВХ СО РАМН и курорт «Ангара». В области нет единого реабилитационного центра для больных с болезнями КМС.

В настоящее время в Иркутской области нет системы безбарьерной среды жизнедеятельности инвалидов для интеграции их в общество, отсутствует организационно-методическое и информационное обеспечение данной проблемы.

Таким образом, современная ситуация в травматолого-ортопедической службе области и службе МСЭ характеризуется рядом отрицательных моментов, таких как:

- ♦ высокие показатели травматизма, заболеваемости КМС, инвалидности от травм и болезней КМС, превышающие среднефедеральные;
- ♦ малоэффективная амбулаторная помощь;
- ♦ отсутствие стационарной помощи взрослым больным с ортопедическими заболеваниями;
- ♦ слабая материально-техническая база ЛПУ;
- ♦ дефицит врачей травматологов-ортопедов;
- ♦ отсутствие реабилитационного центра;
- ♦ отсутствие системы реабилитации инвалидов.

### Заключение

На основании изучения состояния региональной травматолого-ортопедической службы и службы МСЭ предлагаем проект программы совершенствования системы оказания медико-социальной реабилитации категории пациентов с тяжелыми последствиями травм и заболеваниями КМС, включающей:

- ♦ организацию полноценной амбулаторной и стационарной помощи больным с болезнями КМС;
- ♦ укомплектование ЛПУ квалифицированными кадрами;
- ♦ внедрение системы управления качеством лечения по международному стандарту ISO 9001:2000;

- ♦ оснащение ЛПУ современным лечебно-диагностическим оборудованием;
- ♦ расширение использования стационарзамещающих лечебно-диагностических технологий;
- ♦ возобновление работы по диспансеризации;
- ♦ создание службы реабилитации.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Практика остеосинтеза и эндопротезирование. — Киев, 2004. — С. 177—186.
2. Балакина В. С., Башуров З. К., Ерецькая М. Ф. Организация восстановительного лечения инвалидов от травм ОДА // Ортопед., травматол. — 1999. — № 10. — С. 29—33.
3. Буачидзе О. М. Переломовывихи в тазобедренном суставе. — М., 1999.
4. Гурьев В. Н. Двухсторонний коксартроз и его оперативное лечение. — Таллинн, 1985.
5. Медицинская реабилитация: Руководство / Под ред. В. М. Богомолова. — М.; Пермь, 1998. — Т. 2.
6. Миронов С. П. Состояние ортопедо-травматологической службы в Российской Федерации и перспективы внедрения инновационных технологий в травматологии и ортопедии // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н. Н. Приорова. — 2010. — № 4. — С. 11—12.
7. Пирожкова Т. А., Сергеев С. В., Бэкман В. Э. Оценка эффективности эндопротезирования тазобедренного сустава с точки зрения медико-социальной экспертизы // Мед.-соц. эксперт. и реабил. — 2003. — № 1. — С. 18—20.
8. Прохоренко В. М., Фоменко С. М., Павлов В. В., Бондарев Ю. Н. Эндопротезирование коленного сустава // Материалы Научно-практической конф. «Инновации в охране здоровья людей». — Новосибирск, 2001. — С. 47—49.
9. Труфакин В. А. Медицинская наука и проблемы здоровья населения Сибири // Бюл. СО РАМН. — 1995. — № 4. — С. 116—120.
10. Baker P., App B., Evans O. M., Lee S. Prognostic factors in rehabilitation // Arch. Phys. Med. — 2001. — Vol. 72, N 9. — P. 649—652.
11. Kitabatake A., Jnoe M., Asao M. Epidemiology on ankle fractures in Rochester Minnesota // Circulation. — 2003. — Vol. 68. — P. 302—303.

Поступила 15.07.11

### Сведения об авторах:

Черникова О. М., гл. врач клиники Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии Сибирского отделения РАМН (НЦРВХ СО РАМН); Сидорова Г. В., д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр. НЦРВХ СО РАМН; Арсентьева Н. И., канд. биол. наук, доц., уч. секр. НЦРВХ СО РАМН; Гаркуша Л. Г., канд. мед. наук, руководитель — гл. эксперт ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области; Бахитановская Е. О., зам. руководителя ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области.

### Для контактов:

Черникова Ольга Михайловна, 664003, Иркутск, ул. Борцов Революции, д. 1. Телефон 8(3952)29-03-47, 8(3952)40-78-09.