

Summary

MEDICAL SUPPORT OF ROAD SAFETY

*Lyulko O.M., Galatzan O.V.,
Bondarchuk G.V.*

For the first time at the regional level, the proposed two-level perspective model of medical-tactical safety. In the first stage, based on the analysis of the application of the relevant guiding instruction for determining the degree of fitness to drive vehicles (motorcycle and cars; aircraft and helicopters), the conclusion about the need to review the existing situation regarding the criteria requirements for the state of

health of drivers of two-wheeled transport, helicopter pilots. The second step of the model was to develop organizational measures to optimize the provision of emergency medical care in road traffic accidents

Keywords: *transport accidents and disasters, medical test, psychophysiology activities, emergency medicine*

*Впервые поступила в редакцию 09.06.2015 г.
Рекомендована к печати на заседании
редакционной коллегии после рецензирования*

УДК-615.825

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С УСТАРЕВШИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Канюка Е. В.

ГУ «Украинский научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», e-mail: grial09@list.ru

В статье определены основные составляющие реабилитационного потенциала у больных и инвалидов с устаревшими травмами дистальных отделов верхних конечностей, на основании которых разработана и внедрена шкала количественной оценки реабилитационного потенциала для повышения качества проведения индивидуальных реабилитационных программ по лечебной физкультуре, что позволило получить медицинскую и социально экономическую эффективность.

Ключевые слова: *реабилитация, реабилитационный потенциал, травмы верхних конечностей, инвалидность, лечебная физкультура.*

Актуальность темы

Одной из важнейших социально-гигиенических проблем в настоящее время является травматизм. На протяжении всего XXI века проблемы травматизма продолжают расти и оставаться актуальными, причем особое беспокойство вызывает не просто рост травматизма в Украине (особенно в последние годы), а то обстоятельство, что отмечается рост травматизма со смертельным исходом, с переходом на инвалидность, с временной утратой трудоспособности.

Сегодня в экономически развитых

странах мира травмы занимают третье место среди причин смерти населения, причем травмы уносят жизни людей наиболее молодого трудоспособного возраста. Среди пострадавших от травм больше половины (56,7 %) составляют мужчины, женщины – 43,3 %; смертность от травм занимает 1-е место среди мужчин в возрастных группах от 1 года до 44 лет. По статистическим данным в 178 странах ежегодно травмируется 20–50 млн. человек. Травмы, приводящие к потере работоспособности и инвалидности, получают более 250 тыс. человек [1].

По прогнозам ВОЗ, если не предпринимать никаких мер, то к 2020 году травматизм в результате дорожно-транспортных происшествий может стать третьей основной причиной гибели или увечий и превратиться в более серьезную проблему для здоровья людей, чем малярия, туберкулез и ВИЧ/СПИД вместе взятые.

В структуре травматизма среди взрослого населения, как и в предыдущие годы, преобладают бытовые травмы (69,9 %). Второе место занимают уличные травмы (ДТП), на их долю приходится 19,6 %. Травмы, связанные с производственной деятельностью, занимают третье место (4,1 %). Четвертое (3,8 %) занимают прочие повреждения, которые не были классифицированы по видам травматизма. Пятое и шестое места – транспортные и спортивные травмы (1,9 и 1,1 % соответственно). Наиболее подверженной различным травмам является верхняя конечность в силу специфики своей функции. Поэтому около 80 % всех повреждений составляют повреждения опорно-двигательного аппарата, а из них около половины – травмы верхних конечностей. Травмы верхних конечностей могут носить различный характер. По данным отечественных исследователей, повреждения верхней конечности занимают второе место среди травм опорно-двигательного аппарата, что составляет 76,3 %, в половине случаев они приводят к стойкой потере трудоспособности [2, 3].

Согласно статистике, на протяжении последнего десятилетия число работающих инвалидов в Украине, сократилось в несколько раз. Только 15 % инвалидов трудоспособного возраста вовлечены в трудовую деятельность. Причинами этой тенденции эксперты считают и влияние экономического кризиса, и социальную неосведомленность бизнесменов. Исследования качества оказанной помощи пациентам и инвалидам с застарелыми травмами дис-

тальных отделов верхних конечностей с помощью специально разработанных анкет выявило, что 65 % были неудовлетворены догоспитальной помощью, 38 % не удовлетворено качеством оказания травматолого-ортопедической помощи. Недостатки организации и проведения медико-социальной помощи на всех этапах (догоспитальном, стационарном, амбулаторно-поликлиническом, реабилитационном и санаторно-курортном) ощутили все исследуемые, которые в 86 % случаев считали, что им неправильно проведено лечение, в связи с этим у пациентов остались последствия травмы [4].

Следовательно, организация медико-социальной помощи при травматизме требует какой-то специфики и должна отличаться от организации помощи при большинстве заболеваний. Анализ эффективности реализованных мероприятий показывает, что сформированы только основы современных систем медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в реабилитационной индустрии. Однако пока это не позволяет в полной мере решать проблемы реабилитации и интеграции людей с ограниченными возможностями [5, 6]. Таким образом, существующая на сегодняшний день система реабилитации инвалидов, в т. ч. и посттравматических, пока что малоэффективна, поскольку в ней самым слабым звеном является не только медико-социальная, но и физическая реабилитация, что и обусловило актуальность данного исследования.

Целью работы явилась оценка основных составляющих реабилитационного потенциала (РП) и прогнозирование эффективности проведения индивидуальной реабилитационной программы (ИПР) с помощью разработанной балльной шкалы у пациентов и инвалидов с застарелыми травмами дистальных отделов верхних конечностей.

Материалы и методы

Для реализации цели исследования использован комплекс общенаучных

и специальных методов, основой которых стали системный, междисциплинарный, организационно-синергический и структурно-функциональный подходы. Исследование проведено в клинике ГУ «Украинский государственный НИИ МСПИ МЗО Украины». Обследовано 49 пациентов и инвалидов с застарелыми травмами дистальных отделов верхних конечностей, которые лечились в ортопедо-травматологической клинике института. Теоретической базой для определения ограничений жизнедеятельности была «Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья» (МКФ).

При разработке шкалы оценки РП использовались следующие составляющие: демографические (возраст), медицинские (вид, причины, характер, локализация, период, клиника травматического повреждения и его последствия, виды лечения), психологические (эмоциональный и личностный статус) и социальные (образование, условия и характер труда, семейно-бытовые аспекты, качество жизни). Для характеристики медицинской составляющей (мышечная ригидность, контрактуры, объем активных и пассивных движений, болевых проявлений) до и после проведения реабилитационных мероприятий использована классификация контрактур Амери-

канской ассоциации хирургии кисти для межфаланговых суставов пальцев кисти, оценка болевой чувствительности ВАШ (визуально-аналоговая шкала) и зоны повреждения по Verdán (1983). Наличие вторичных нарушений диагностировалось с помощью рентгенологического исследования.

Результаты исследования

На основании проведенного анализа была разработана количественная шкала определения основных составляющих РП у больных и инвалидов с застарелыми травмами дистальных отделов верхних конечностей в баллах (табл. 1). Шкала состоит из 11 пунктов, каждый из которых имеет балльную оценку. После проведения расчета по отдельным пунктам, все баллы суммируются для проведения окончательной оценки уровня реабилитационного потенциала больных и инвалидов. Для расчета баллов используются современные диагностические шкалы.

Количественная оценка основных составляющих РП должна проводиться по каждому показателю отдельно. Она расценивается как: высокая – 1 балл, средняя или удовлетворительная – 2 балла, отсутствует – 3 или 4 балла. Последовательная суммация баллов приводит к интегрированной оценке реабилитационного потенциала. Он оценивался

как высокий, если сумма баллов была ≤ 17 баллов, средний – 18–23 балла, низкий ≤ 24 баллов.

Нами была проведена оценка РП у 49 больных и инвалидов с застарелыми травмами дистальных отделов верхних конечностей по разработанной технологии. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от структуры по-

Таблица 1
Шкала оценки реабилитационного потенциала больных и инвалидов с устаревшими травмами дистальных отделов верхних конечностей

Составляющие реабилитационного потенциала	Оценка в баллах (1–4)
1. Возраст	
2. Образование	
3. Характер труда	
4. Семейное положение	
5. Давность повреждения	
6. Вид анатомо-структурного повреждения	
7. Травма (открытая/закрытая)	
8. Оценка боли по ВАШ	
9. Ригидность контрактуры	
10. Наличие вторичных рентгенологических изменений	
11. Вид лечения	
12. Зона повреждения по Verdán (1983)	
13. Оценка эмоциональной сферы	
14. Тип личности	
15. Поведенческие реакции	

Таблица 2

Распределение пациентов групп наблюдения в зависимости от РП n = 49

Реабилитационный потенциал / Группы наблюдения	Высокий	Средний	Низкий	Всего
I группа	29,4 %	67,2 %	5,9 %	34,8 %
II группа	18,7 %	81,3 %	–	32,6 %
III группа	–	62,5 %	37,5 %	32,6 %
Итого:	16,3 %	69,3 %	14,4 %	100 %

вреждения. В первую группу было отнесено – 17 пациентов с повреждениями костных структур дистальных отделов верхней конечности, во вторую – 16 пациентов с повреждением динамических структур (сухожилий), в третью – 16 пациентов, имеющих сочетанные повреждения дистальных отделов верхней конечности. Давность травмы от 3-х недель до 5-ти лет. РП в первой группе был оценен как высокий у 29,4 % пациентов, средний у 64,7 % пациентов, низкий у 5,9 % пациентов. РП во второй группе был оценен как высокий у 18,7 % пациентов, средний у 81,3 % пациентов, низкий – отсутствовал. РП в третьей группе был оценен как средний у 62,5 % пациентов, низкий у 37,5 % пациентов. Пациенты с высоким РП в третьей группе отсутствовали (табл. 2).

Анализ полученных данных показал, что высокий РП преобладал у пациентов с повреждениями костных структур относительно пациентов с повреждениями динамических структур (сухожилий) и отсутствовал в группе с сочетанными повреждениями. Большая часть пациентов в трех клинических группах имела средний РП (69,3 %). Низкий РП наблюдался у пациентов с сочетанными повреждениями (37,5 %). Высокий и средний РП был в 85,6 % во всех группах наблюдений.

Таким образом, несмотря на то, что пациент проходил практически все этапы лечения под контролем травматологов-ортопедов, физиотерапевтов и других специалистов, большинство исследуемых отметило отсутствие реабилитологов и врачей лечебной физкультуры,

что приводило к дефектам при оказании медико-социальной помощи. Поэтому дальнейшее совершенствование реализации ИПР было направлено на организацию взаи-

мосвязи и преемственности между этапами лечения и услугами различных специалистов, рациональное распределение ресурсов и технологий, исключение дублирования действий на различных этапах оказания помощи с обязательным определением РП и прогнозированием эффективности реабилитации.

Выводы

1. При оценке реабилитационного потенциала необходимо учитывать комплекс социально-экономических, демографических, клинико-функциональных показателей, а также результаты проводимых реабилитационных мероприятий.
2. Высокий и средний реабилитационный потенциал определялся в 85,6 % во всех группах наблюдений, что свидетельствует о благоприятном реабилитационном прогнозе.
3. Предложенная шкала оценки реабилитационного потенциала в баллах, позволяет динамично и объективно оценить РП больного с целью оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий, и рекомендовать для практического использования в деятельности медико-социальных экспертных комиссий.
4. Разработанная технология определения РП больных и инвалидов с застарелыми травмами дистальных отделов верхних конечностей позволяет прогнозировать эффективность восстановительного лечения и усилить контроль за выполнением ИПР, что в свою очередь, способствует профилактике и снижению уровня инвалидности.

Литература

1. Миронов С. П. Стан спеціалізованої амбулаторної травматолого-ортопедичної допомоги потерпілим від травм і хворим з патологією кістково-м'язової системи / С. П. Миронов, Н. А. Єськин, Т. М. Андреева // Вісник травматології й ортопедії ім. Н. Н. Приорова. – 2010. – № 1. – С. 3–8.
2. Кочеткова Е. А. Комплексная терапия пациентов с посттравматическими нейропатиями верхних конечностей / Кочеткова Е. А., Смагин А. А., Козлов А. В. // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 4 – С. 143–144.
3. Хом'яков В. М. Первинна інвалідність внаслідок травм і захворювань кістково-м'язової системи й сполучної тканини. / В. М. Хом'яков, Є. Л. Лифаренко, О. М. Тарасенко, О. М. Бойко, Д. О. Бондарук // Основні показники інвалідності й діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2012 рік. – Дніпропетровськ, 2013 – С. 26–28.
4. Пузин С. Н. Медико-социальная экспертиза / С. Н. Пузин, Д. И. Лаврова // М.: Медицина, 2008. – 405 с.
5. Паніна С. С. Стандартизація оцінки реабілітаційного потенціалу у хворих та інвалідів у наслідок хронічного обструктивного захворювання легень професійного генезу / С. С. Паніна, Н. А. Саніна, Н. О. Гондуленко // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2012. – №3(5). – С. 31–36.
6. Сергієні О. В. Деякі медико-соціальні аспекти інвалідності внаслідок виробничих травм кисті / О. В. Сергієні, Л. Ю. Науменко, І. В. Бойко, С. Д. Дорогань, В. І. Лимар, С. В. Макарова // Медико-соціальна експертиза і реабілітація хворих внаслідок травм і захворювань опорно-рухового апарату. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, 25–26 вересня 2008 р., Дніпропетровськ, 2008. – С. 30–32.
7. Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження інструкції про встановлення груп інвалідності» від 05.09.2011 р. № 561.
2. Kochetkova Ye. A. Complex therapy of the patients with posttraumatic neuropathies of the upper limbs // Achievements of modern natural sciences. – 2008. – № 4 – P. 143–144 (Rus.).
3. Khomiakov V. M. Primary disability because of traumata and diseases of musculoskeletal system and joining tissue / V. M. Khomiakov, et al. // Main indexes of disability and activity of medical-and-social commissions of Ukraine in 2012. – Dnepropetrovsk, 2013 – P. 26 – 28 (Ukr.).
4. Puzin S. N. Medical-and-social expertise. — Moscow: Medicine, 2008. – 405 p. (Rus.).
5. Panina S. S. Standard estimation of rehabilitative potential in patients and disable persons because of occupational lung obstructive disease // Ukrainian herald for medical-and-social expertise. – 2012. – №3(5). – P. 31–36 (Ukr.).
6. Sergiyeni O. V. Some medical-and-social aspects of disability because of occupational traumata // Medical-and-social expertise and rehabilitation of the patients because of traumata and diseases of musculoskeletal apparatus. Materials of scientific conference, 25-26 September, 2008. – Dnepropetrovsk, 2008. – P. 30–32 (Ukr.).
7. Ministry of health care of Ukraine. Order “About adoption of instructions about setting of the groups of disability”, dated 05.09.2011 p. № 561 (Ukr.).

Резюме

СТАНДАРТИЗАЦІЯ ОЦІНКИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ У ХВОРИХ ТА ІНВАЛІДІВ З ЗАСТАРІЛИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

Канюка Е.В.

У статті визначено основні складові реабілітаційного потенціалу у хворих та інвалідів із застарілими травмами дистальних відділів верхніх кінцівок, на підставі яких розроблено та впроваджено шкалу кількісної оцінки реабілітаційного потенціалу для підвищення якості проведення індивідуальних реабілітаційних програм з лікувальної фізкультури, що дозволило отримати медичну та соціально-економічну ефективність.

Ключові слова: *реабілітація, реабілітаційний потенціал, травми верхніх кінцівок, інвалідність, лікувальна фізкультура.*

References

1. Mironov S. P. State of specialized out-patient thraumatologic-and-orthopedic help to the victims of traumata and musculoskeletal system pathology / S. P. Mironov, N. A. Yeskin, et al. // N.N. Priorov Herald for Traumatology and orthopedics. – 2010. – № 1. – P. 3–8 (Ukr.).

Summary

STANDARDIZATION OF REHABILITATIVE POTENTIAL ESTIMATION IN INSANE AND DISABLED PERSONS WITH OLD DAMAGES OF DISTAL PARTS OF THE UPPER EXTREMITIES

Kaniuka Ye.V.

The article identifies the main components of the rehabilitation potential of patients and people with disabilities with old injuries distal parts of the upper limbs, proposed scale quantitative evaluation of rehabilitation potential. Implementation of

the proposed technology will enhance the quality of the rehabilitation activities with the formation of individual programs of physical therapy, reduce the period of temporary disability and level of disability in these patients.

Keywords: rehabilitation, rehabilitation potential, injuries of the upper limbs, disability, physiotherapy.

*Впервые поступила в редакцию 20.05.2015 г.
Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования*

УДК:616.36-008.64-07-02:616.36-004-06

СТАН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО НИРКОВОГО РЕЗЕРВУ, ЯК РАННІЙ ДІАГНОСТИЧНИЙ КРИТЕРІЙ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Квасницька О.Б., Гоженко А.І.*

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**ДП «Український науково-дослідний інститут медицини транспорту МОЗ
olgakvas@rambler.ru*

70

Результати дослідження показали, що у хворих на декомпенсований цироз печінки відбувається порушення функціонального стану нирок за рахунок порушення клубочкової фільтрації і, в меншій мірі, процесів реабсорбції в проксимальних канальцях, що чітко проявляється при проведенні водного навантаження. Зменшення швидкості клубочкової фільтрації в 2 рази та більше при проведенні водного навантаження, порівняно з її рівнем за умов спонтанного діурезу, може розглядатись як рання ознака розвитку гепаторенального синдрому.

Ключові слова: цироз печінки, функція нирок, гепаторенальний синдром.

Вступ

Гепаторенальний синдром (ГРС) характеризується розвитком ниркової недостатності у пацієнтів з важкими захворюваннями печінки при відсутності інших причин ураження нирок. За даними літератури, ГРС зустрічається у 10% пацієнтів, госпіталізованих з приводу цирозу печінки (ЦП) та асцити, та формується приблизно у 18% пацієнтів з декомпенсацією ЦП на першого році захворювання і у 39% через 5 років [1,2,3]. Патологіологічні аспекти ГРС є складними і не до кінця з'ясованими. Вперше чітке визначення ГРС було дано Міжнародною асоціацією з вивчення асцити

(1996 р), де ГРС був представлений як функціональна преренальна ниркова недостатність внаслідок констрикції ниркових судин на тлі системної вазодилатації [1,4,5]. На даний момент розрізняють ГРС 1-го та 2-го типів залежно від темпів його розвитку. ГРС 1-го типу відрізняється гострим початком та прогресуючим погіршенням функції нирок, що закінчується у 80% випадків смертю пацієнтів протягом 2-х тижнів. ГРС 2-го типу розвивається повільно у пацієнтів з асцитом, але навіть при інтенсивному лікуванні виживання пацієнтів з ГРС 2-го типу складає всього 20-30% протягом року [2, 4].