

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДНІПРОПЕТРОВСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

**«Теоретичні та клінічні аспекти медико-соціальної експертизи
та реабілітації хворих і інвалідів».**

*Матеріали науково-практичної конференції,
присвяченої 30-річчю кафедри медико-соціальної експертизи
ФПО Дніпропетровської державної медичної академії*

Дніпропетровськ

2009

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТУ ІНВАЛІДІВ ТА АСПЕКТИ ПРОГНОЗУ ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ІНВАЛІДІВ ВНАСЛІДОК ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

Сторожук Л.О., Агапова Н.П., Веремій Л.Г., Слободянюк М.І.

НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І.Пирогова

З метою розробки сучасних удосконалених критеріїв медико-соціальної експертизи та реабілітаційних програм для інвалідів внаслідок післятравматичної енцефалопатії нами було проведено вивчення зазначеного контингенту інвалідів, що проходили огляд на МСЕК Вінницької, Волинської, Полтавської та Житомирської областей протягом 2004-2008 рр.

Досліджувалась медико-експертна документація хворих та інвалідів внаслідок післятравматичної енцефалопатії, які були скеровані на МСЕК вперше, і тих, що проходили черговий переогляд.

Вивчена та проаналізована медико-експертна документація 4980 хворих та інвалідів. Із загальної кількості оглянутих хворих 64,8% були визнані інвалідами, 16,2% продовжили лікування по лікарняному листку, 10,2% – інвалідами не визнані, але їм в зв'язку з виробничою травмою були встановлені відсотки втрати професійної працездатності, 8,8% оглянутих первинно були направлені на МСЕК безпідставно, і вони не були визнані інвалідами.

Цей показник з роками зменшився, але незначно – з 8,8% в 2004 р. до 8,4% в 2006 р., що свідчить про деяке покращення роботи між ЛКК та МСЕК.

Позитивним є збільшення кількості хворих з наслідками черепно-мозкових травм, яким продовжено лікування по лікарняному листку, оскільки у більшості випадків продовження термінів тимчасової непрацездатності у МСЕК хворим із сприятливим клінічним і трудовим прогнозом і здійснення в цей період максимально можливих лікувально-відновних заходів зумовлює відновлення працездатності. Це в подальшому може сприяти зниженню рівня первинної інвалідності і свідчить про те, що МСЕК займаються профілактикою інвалідності, але поки що не досить ефективно.

Із загального числа обстежених через 2-4 роки після травми тільки у 20% постраждалих відмічена повна клінічна та соціально-трудова компенсація, у інших 80% спостерігалась різна по структурі та вираженості післятравматична церебральна патологія, яка в свою чергу призводила до обмеження життєдіяльності хворих того чи іншого ступеню.

У 48% хворих з наслідками легких закритих черепно-мозкових травм після нетривалого періоду відносного благополуччя, захворювання прийняло підгострий розвиток, з подальшим ремітуючим перебігом, у 33% – ремітуючий перебіг і у 19% – прогресивний. В важкій поліморфній та полісиндромній клінічній структурі наслідків вище перерахованих травм можливо виділити домінуючі клінічні синдроми, які б явно показували функціонально неповноцінність і соціально-трудова дезадаптацію хворих. Серед них перше рангове місце зайняв синдром лікворної гіпертензії (38,5%), друге – астеничний (35%), третє – синдром вегето-судинної дистонії (12%), четверте – вегето-васкулярні діенцефальні синдроми (8,5%), п'яте і шосте – вестибулярний (4%) та епілептиформний (4%) синдроми.

Досліди показали, що клінічна картина віддалених наслідків легких закритих черепно-мозкових травм мало відрізняється від проявів травм середньої важкості (контрольна група 50 пацієнтів), хоча в гострому періоді захворювання різниця стану здоров'я хворих дуже помітна; здатність до пристосування у обох груп хворих виявилась також подібною. Вочевидь, у пацієнтів, що перенесли черепно-мозкові травми легкого та середнього ступеню важкості з роками виникає зближення клінічної картини захворювання, в якій поступово згладжується вогнищево-органічна симптоматика і на перший план виходять нейродинамічні розлади (вегето-судинні, лікворно-дисциркуляторні, вестибулярні), пов'язані з функціональною недостатністю над сегментарних вегетативних і неспецифічних структур головного мозку. Ретроспективна патогенетична оцінка черепно-мозкової травми показала, що у 29% випадків легка травма визначалася не тільки наявністю стусу, але і неважкими забіями, клінічні прояви яких можуть маніфестувати лише на більш віддалених етапах захворювання. При клініко-катамнестичних та клініко-патофізіологічних співставленнях, що проведені з застосуванням математичних методів аналізу, нами виділені функціонально-діагностичні та прогностичні критерії станів клінічної та соціально-трудова компенсації або декомпенсації, які слід враховувати при диспансеризації хворих, що перенесли легкі черепно-мозкові травми, і відборі при цьому «загрозливого» контингенту (мається на увазі несприятливі фінали захворювання) з метою проведення вторинно-профілактичних заходів.