

ДК 616.718.4-001.5-036.8

Т.Н. Акимова, В.В. Савченко, Е.В. Гладкова, А.С.Колмыкова, А.Г.Чибриков

СРЕДНИЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Федеральное государственное учреждение «Саратовский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии», Саратов, Россия

Ключевые слова: сроки нетрудоспособности, переломы

Реферат. В статье представлены конкретные средние сроки временной нетрудоспособности у больных с переломами длинных костей. Эти сроки приводятся во взаимосвязи с детальной локализацией, рядом других клинических факторов и с учетом методов лечения, а также ряда социальных факторов. В предлагаемой схеме экспертизы трудоспособности больных даны наиболее часто встречающиеся клинические варианты и соответствующие им варианты экспертного решения и необходимых рекомендаций. (Травма.-2009.-Т.10, №1.-С.44-47).

Ежегодно в России от травм и несчастных случаев страдает более 12 млн. человек (850 на 10 000 жителей). Травма не только ухудшает качество жизни пострадавших, но и наносит серьезный социально-экономический ущерб государству [2].

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности - один из эффективных и наиболее достоверных инструментов контроля качества и показатель организации лечебно-профилактической помощи [1,3].

Длительность периода временной нетрудоспособности зависит от многих факторов: тяжести травмы, качества лечения, организации экспертизы стойкой и временной утраты нетрудоспособности. Определенное значение имеют также индивидуальные особенности, пол и возраст пострадавших, образование и профессия. В последние годы появились указания на то, что сроки временной утраты трудоспособности находятся в прямой зависимости от экологической обстановки

окружающей среды. Установлено, что изменения окружающей среды под действием техногенных факторов или их сочетаний с природно-климатическими факторами вызывают у человека напряжение адаптационных процессов и детерминируют первичные формы патологии [4].

Знание средних сроков нетрудоспособности необходимо в качестве ориентиров в повседневной работе травматологов и хирургов, врачей клинико-экспертной комиссии (КЭК) и медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК). Результаты научных исследований, проведенных М.З. Тейтельбаумом в 1981 году, к настоящему времени устарели в связи с утяжелением травм, внедрением новых методов лечения, с ухудшением экологической обстановки.

Развитие страховой медицины и формирование рыночных отношений в здравоохранении приводит к необходимости разработки единых программ анализа качества работы, дающих возможность сравнивать и обобщать эти показатели. Существующие в настоящий момент средние сроки временной нетрудоспособности больных травматолого-ортопедического профиля нередко заведомо занижены и не отражают многофакторные особенности современной травмы, уровня оснащенности лечебных учреждений, устойчивости традиций различных направлений школ травматологов-ортопедов.

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности проведенного нами исследования.

Целью нашей работы явилось изучение средних сроков нетрудоспособности у больных с переломами длинных костей.

Нами изучено 2890 историй болезни и амбулаторных карт травматологических больных с переломами длинных костей.

При анализе были использованы основные клинические и рентгенологические критерии восстановления трудоспособности:

1. Сращение костных отломков при удовлетворительной оси.

2. Восстановление пассивных и активных движений в суставах в объеме, достаточном для выполнения конкретных трудовых процессов.

3. Удовлетворительное восстановление мышечной силы, исчезновение стойких отеков и выраженных болей.

4. Отсутствие осложнений.

Изучение медицинских документов 142 больных с переломами плечевой кости показало, что средняя длительность нетрудоспособности составляет $77,3 \pm 3,1$ дня. Установлена зависимость сроков временной нетрудоспособности (ВН) от уровня перелома, применявшихся методов лечения и других клинических факторов. Так, при лечении больных гипсовой повязкой ВН составляет $54 \pm 2,4$ дня, скелетным вытяжением - $116 \pm 1,6$ дней, а у оперированных больных сроки ВН возрастают до $148 \pm 2,7$ дня. В целом сроки короче при спиральных переломах ($102 \pm 2,1$ дня), чем при оскольчатых ($118 \pm 1,8$ дня) и поперечных переломах со смещением отломков ($124 \pm 3,1$ дня). При переломах, осложненных повреждением сосудисто-нервного пучка, срок возрастает до 135 дней, при контрактурах после внутрисуставных переломов – до 146 дней.

При переломах локтевой кости (148 больных) средний срок нетрудоспособности равен $46 \pm 1,5$ дня, в том числе у больных без смещения отломков - $40 \pm 1,6$ дня, а при смещении - $63 \pm 1,4$ дня. При оскольчатых переломах срок нетрудоспособности составляет $69 \pm 1,7$ дня, в том числе при переломах со смещением – $78 \pm 1,5$ дня.

При переломах, осложненных контрактурой локтевого сустава, срок достигает $95 \pm 2,7$ дня.

Анализ документов 840 больных с переломами лучевой кости (91% из них – переломы луча в типичном месте) показал, что средний срок временной нетрудоспособности составляет $44,9 \pm 0,6$ дня. Основная масса больных лечилась амбулаторно, средний срок составил $43 \pm 0,7$ дня, у больных, лечившихся стационарно - $76 \pm 1,5$ дня. При вторичном смещении отломков срок удлиняется до $66 \pm 1,6$ дня, при вывихах головки луча – до $87 \pm 1,5$ дня, при повреждениях нервных стволов – до $92 \pm 1,7$ дня. У больных молодого возраста (21-30 лет) срок нетрудоспособности минимальный – $39 \pm 0,5$ дня. В последующих возрастных группах показатель возрастает до 43, 47, 48 дней соответственно. Эта закономерность связана с особенностями репаративных процессов при переломах луча в типичном месте у лиц старших возрастных групп.

При переломах обеих костей предплечья (301 случай) средний срок нетрудоспособности – $105,1 \pm 8,5$ дня, в том числе $142 \pm 6,3$ дня при открытых и $103 \pm 5,2$ дня при закрытых диафизарных переломах. При поперечных и косых переломах срок ВН составляет 90-110 дней, при оскольчатых – 129, в том числе при открытых – 150 дней. У оперированных методом внеочагового остеосинтеза срок нетрудоспособности - $118 \pm 3,6$ дня, после интрамедулярного остеосинтеза – $172 \pm 4,4$ дня.

Средний срок нетрудоспособности у 48 пострадавших с переломами диафиза бедра составил $159,0 \pm 6,5$ дня. При поперечных и оскольчатых переломах срок нетрудоспособности составил $180 \pm 2,7$ дня, при косых – $130 \pm 1,9$ дня. Осложненные переломы ведут к увеличению средних сроков до $194 \pm 2,7$ дня. У больных, лечившихся скелетным вытяжением, срок нетрудоспособности составляет $177 \pm 5,8$ дня, после остеосинтеза несколько короче – $168 \pm 3,7$ дня. ВН заметно возрастает в старших возрастных группах. Сроки нетрудоспособности у больных, лечившихся в разных стационарах, колебались от 133 до 194

дней (имеются различия в контингенте и методике лечения). Тяжесть производственного травматизма обусловила и более длительный период нетрудоспособности ($164,5 \pm 1,4$ дня), при непроизводственных травмах данный показатель составил $153,3 \pm 1,8$ дня.

Сроки нетрудоспособности у больных с изолированными переломами большеберцовой кости (219 случаев) тесно связаны с уровнем перелома и колебались в широких пределах. Изучены переломы диафиза обеих костей голени (1142 случая). Средний срок нетрудоспособности составил $175,6 \pm 3,1$ дня. При косых переломах со смещением отломков срок нетрудоспособности составил $173 \pm 3,4$ дня, при спиральных – $181 \pm 7,1$, оскольчатых – $183 \pm 6,4$ и поперечных – $188 \pm 7,7$ дня.

Мы сравнили полученные нами результаты с ориентировочными сроками временной нетрудоспособности, рекомендованными фондом обязательного медицинского страхования. Полученные

данные разнятся несущественно и сравнимы с данными изученной литературы.

Сокращение сроков временной нетрудоспособности может быть достигнуто путем четкой организации лечебного процесса и предупреждения осложнений в процессе лечения, максимально полного и комплексного использования всех средств физио-функционального лечения в периоде реабилитации, научно обоснованной экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности.

Решение МСЭК о признании больного временно нетрудоспособным регламентировано Инструкцией о порядке выдачи застрахованным больничных листков. Оно может быть принято только в тех случаях, когда ожидается полное или частичное восстановление трудоспособности. Варианты решения МСЭК не всегда адекватны, нередко бывают случаи запоздалого или преждевременного и необоснованного перевода больных на инвалидность.

Таблица. Схема экспертных решений МСЭК при освидетельствовании больных с переломами длинных костей

Клиническая характеристика	Клинико-трудовой прогноз	Решение МСЭК
Сросшиеся переломы без нарушения функции или с умеренным нарушением функции	Хороший	Трудоспособен
Сросшиеся переломы с преходящими функциональными нарушениями (боль, отек, ограничение движений)	Хороший	Временно нетрудоспособен или трудоспособен с ограничением по КЭК
Неправильно сросшиеся переломы с умеренным нарушением функции или укорочением конечности	Хороший	Трудоспособен, редко – оперативное устранение деформации
Срастающиеся переломы (неокрепшая мозоль, продолжающаяся иммобилизация)	Хороший	Временно нетрудоспособен на весь период до окончания лечения
Замедленно срастающиеся (в том числе и неправильно срастающиеся) переломы	Ближайший – сомнительный	Временно нетрудоспособен, активное лечение, в том числе и оперативное (по показаниям)
Сросшиеся или срастающиеся переломы, осложненные остеомиелитом, обширными гранулирующими ранами или трофическими язвами, резким нарушением функции суставов и т.п.	Сомнительный, у части больных неудовлетворительный	Стойко нетрудоспособен, группа инвалидности в зависимости от степени нетрудоспособности. Диспансеризация, активное лечение
Несросшиеся переломы с резким нарушением функции	Сомнительный, чаще неудовлетворительный	Стойко нетрудоспособен на период лечения (чаще оперативного) и восстановления функции. Диспансеризация
Ложные суставы, дефекты костей, анкилозы в функционально невыгодном положении, ампутационные культы после осложненных переломов	Неудовлетворительный	Стойко нетрудоспособен, группа инвалидности в зависимости от степени нетрудоспособности в соответствии с Инструкцией. Восстановительное лечение, протезирование, диспансеризация

Нами предложена схема экспертизы трудоспособности больных, свидетельствуемых по поводу переломов длинных костей. Она включает наиболее часто встречающиеся клинические варианты и соответствующие им варианты экспертного решения и необходимых рекомендаций.

Использование предлагаемой схемы (табл.) в практике работы общих и специализированных МСЭК позволит значительно сократить число ошибок в работе и добиться снижения инвалидности у больных с переломами длинных костей.

Т.М. Акімова, В.В. Савченко, К.В. Гладкова, О.С.Колмикова, А.Г.Чибриков

СЕРЕДНІ СТРОКИ ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ У ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ДОВГИХ КІСТОК
*Федеральна державна установа «Саратовський науково-дослідний інститут травматології та ортопедії»,
Саратов, Росія*

У статті представлені конкретні середні строки тимчасової непрацездатності у хворих з переломами довгих кісток. Ці строки наводяться у взаємозв'язку з детальною локалізацією, рядом інших клінічних факторів і з урахуванням методів лікування, а також ряду соціальних факторів. У запропонованій схемі експертизи працездатності хворих наведені клінічні варіанти, які найчастіше зустрічаються, та відповідні їм варіанти експертного рішення й необхідних рекомендацій (Травма.-2009.-Т.10, №1.-С.44-47).

Ключові слова: строки непрацездатності, переломи

T.M.Akimova, V.V.Savchenko, K.V.Gladkova, O.S.Kolmikova, A.G.Chibrikov

TERMS OF NON-PERMANENT DISABILITY AT PATIENTS WITH LONG BONES' FRACTURES

Saratov R&D Institute of Traumatology and Orthopedics, Saratov, Russia

There is terms of non-permanent disability at patients with long bones' fractures at the article. Special sheme for examination of disability level had been proposed (Trauma.-2009.-Vol.10, №1.-P.44-47).

Key word: terms of non-permanent disability, fractures

ЛИТЕРАТУРА

1. Колпаков, В.П. Результативность экспертизы качества медицинской помощи / В.П. Колпаков // Совершенствование организационно-методической работы в учреждениях здравоохранения Северо-Западного региона России: материалы науч.-практ. конф.- СПб., - 2000. - С. 64-65.
2. Социальное значение травм и заболеваний костно-мышечной системы и их последствий у жителей Российской Федерации / Н.В.Корнилов, К.И.Шапиро, И.А.Мстиславская [и др.] // Анналы травматологии и ортопедии. - 1996. - № 4. - С. 5-8.

3. Пирожкова Т.А. Анализ первичной инвалидности больных с последствиями травм нижних конечностей / Т.А.Пирожкова, Л.А.Макеева, Л.М.Косолапова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. - № 3. - С. 36-38.
4. Контроль качества медицинской помощи как средство управления травматологической службой / К.И.Шапиро, Т.Н.Воронцова, И.А.Мстиславская [и др.] // Актуальные проблемы экстренной медицинской помощи. Новые технологии в травматологии и ортопедии.- Якутск: Сахаполиграфиздат, 2002.- Т. 3.- С. 22-23.

Надійшла до редакції: 22.09.2008.