

УДК 616-036.86.718.5-001.5-089

© Калашніков А.В., Малик В.Д., 2010

ФАКТОРИ, ЩО ЗУМОВЛЮЮТЬ ВИНИКНЕННЯ ТРИВАЛОЇ ТИМЧАСОВОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ТА ІНВАЛІДНОСТІ ПРИ ЛІКУВАНІ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ

Калашніков А.В., Малик В.Д.*

ДУ «Інститут травматології та ортопедії АМН України», м. Київ; *1 міська клінічна лікарня, м. Полтава

Калашніков А.В., Малик В.Д. Фактори, що зумовлюють виникнення тривалої тимчасової втрати працездатності та інвалідності при лікуванні діафізарних переломів великогомілкової кістки // Український морфологічний альманах. – 2010. – Том 8, №2. – С. 69-71.

Вивчено та проаналізовано первинну інвалідність у хворих на діафізарні переломи великогомілкової кістки та їх наслідки та визначено вплив факторів на формування інвалідності. Було застосована експертна та медична документація 103 хворих, освідчених у травматологічний МСБЕК за 2007-2008 рр.

Ключові слова: інвалідність, травма, перелом великогомілкової кістки, остеомиєліт.

Калашніков А.В., Малик В.Д. Факторы, приводящие к возникновению длительной временной утраты трудоспособности и инвалидности при лечении диафизарных переломов большеберцовой кости // Украинский морфологический альманах. – 2010. – Том 8, №2. – С. 69-71.

Изучено и проанализировано первичную инвалидность у больных с диафизарными переломами большеберцовой кости и их последствиями и определено влияние факторов на формирование инвалидности. Была использована экспертная и медицинская документация 103 больных прошедших освидетельствование в травматологическом МСБЕК за 2007-2008 гг.

Ключевые слова: инвалидность, травма, перелом большеберцовой кости, остеомиелит

Kalashnikov A.V., Malik V.D. Factors that can cause temporary disability long and disability in the treatment diaphyseal fractures of tibia // Украинский морфологический альманах. – 2010. – Том 8, №2. – С. 69-71.

Studied the primary disability of patients with diaphyseal fractures of tibia and their consequences have been studied and analyzed the influence of factors on the formation of disability determined. The expert and medical records of 103 patients that have passed examination at trauma MSEC 2007-2008 yy was used.

Key words: disability, injury, fracture of the tibia, osteomyelitis

Вступ. В динаміці за 10 років первинна інвалідність внаслідок травм серед дорослого населення у 2008 році, незначно підвищилась порівняно до 1998 року і становить 6,0 на 10 тис. дорослого населення проти 5,9, не дивлячись на збільшення тяжкості травм. При цьому слід відмітити зворотню залежність показника інвалідності від рівня травматизму, який за цей період знизився на 3,3% (1998 – 504,9 на 10 тис. населення, а у 2008 – 488,3). Якщо врахувати, що відносне зниження травматизму майже у три рази більше, ніж інвалідності, то виявляється скритий ріст інвалідності від травм [1].

В 2007 році первинна інвалідність від переломів кісток в Україні у загальній структурі інвалідності працездатного населення займає друге місце та становить 13 %, в той час як у розвинених країнах 5-6 %. 22 812 осіб визнано інвалідами внаслідок травм у 2006 році [2].

У значній кількості хворих інвалідність внаслідок травм виникає внаслідок помилок на етапах лікування. В 48,6 % випадків встановлення інвалідності та непрацездатності у хворих із діафізарними переломами кінцівок було пов'язано з дефектами надання спеціалізованої допомоги постраждалим та порушеннями етапності лікування, а в 51,4% - із впливом об'єктивних факторів (тяжкість травми, нестача матеріального забезпечення) [3].

При вивченні факторів негативного впливу на репаративний остеогенез у хворих із переломами кісток встановлено, що первинні (об'єктивні) фактори – важкість первинного ушкодження, важка соматична патологія – були основними тільки у 20,3 % потерпілих. У 79,7 % випадків мало місце неякісне надання спеціалізованої допомоги хворим на різних етапах лікування [5].

За даними НДР, що виконувалася в ДУ „ІГО АМНУ” діафізарні переломи становлять 48,5% випадків від усіх переломів довгих кісток кінцівок. За

локалізацією найбільш частими являються переломи кісток гомілки 36% [4].

Тому визначення факторів, що зумовлюють виникнення тривалої тимчасової втрати працездатності та інвалідності при лікуванні діафізарних переломів великогомілкової кістки є актуальним та своєчасним завданням травматології та ортопедії.

Матеріали та методи. Для вивчення та аналізу первинної інвалідності у хворих з діафізарними переломами великогомілкової кістки та їх наслідками і визначення впливу факторів на формування інвалідності була використана експертна та медична документація 103 хворих, які пройшли освідчення у Полтавському травматологічному МСБЕК за 2007-2008 рр.

За видом травматизму обстежені хворі розподілилися так: виробничий травматизм 27,2 %, невиробничого характеру – 72,8 %.

За фахом серед інвалідів переважали працівники держаних підприємств – 58,3 %.

Серед травм, що стали причиною інвалідності за інтенсивністю: високоенергетичні травми – 30 (29,13%), середньоінтенсивні були у 33 (32,03%) хворих і низькоінтенсивні – в 40 (38,84%). Переважали закриті травми – 71 (68,93 %) хворого, відкриті – 32 (31,06%). За поширеністю пошкоджень пацієнти розподілялися таким чином: ізольовані пошкодження – 89 (86,4 %), множинні – 14 (13,6 %).

Серед хворих було 22 жінки та 81 чоловіків. За віком пацієнти були від 20 до 87 років, в середньому $42,71 \pm 12,62$ роки. Переважали хворі працездатного віку – від 20 до 60 років (жінки – до 55 р.), кількість яких становила 95,1 %. Чоловічої статі було 79 потерпілих – 76,7 %, жіночої – 19 або 18,4%.

Консервативно лікувалися 16 хворих, 87 хворим були виконані наступні оперативні втручання: БЮС – 5 хворих; відкритий накістковий остеосинтез – 67; апарат зовнішньої фіксації – 15. Кісткову пластику виконували у 7 випадках.

Таблиця 1. Розподіл хворих за віком

Стать	20-29 років	30-39 років	40-49 років	50-59 років	60 та старше років	Всього
ж	2	3	11	3	3	22 (21 %)
ч	16	21	24	18	2	81 (79 %)
Всього	18 (17,47 %)	24 (23,31 %)	35 (33,98 %)	21 (20,38 %)	5 (4,86 %)	103 (100%)

Таблиця 2. Розподіл переломів діафізу великогомілкової кістки

	Тип перелому 42-А	Тип перелому 42-В	Тип перелому 42-С	Всього
В/З гомілки	3	5	7	16
С/З гомілки	17	21	14	52
Н/З гомілки	19	9	7	35
Всього	39	35	29	103

Крім медичних справ у МСЕК досліджували історії хвороби та сигнальні картки. Для аналізу експертної документації використовували спеціальні уніфіковані карти (форми), розроблені при виконанні етапів роботи.

Основними методами дослідження були аналітико-статистичний та математичний. Статистичний аналіз отриманих даних був виконаний на IBM PC Pentium II із використанням пакетів програм "Microsoft Excel" та "Statistica 5,0".

Результати та їх обговорення. Непрацездатність була до 150 днів у 51 хворого, до 240 днів – 16

хворих, до 365 днів – 13, більше року – 23. Продовжено лікування по тимчасовій непрацездатності 54 хворих. Встановлена II група інвалідності при первинному огляді у МСЕК 8 хворим, III група – 38 хворим, інвалідність не встановлена 9 хворим.

Причиною направлення на МСЕК були наступні ускладнення: повільно-консолідуєчий перелом – у 67 хворих, консолидований зі зміщенням перелом – у 8, хибний суглоб був у 11 хворих, остеомієліт – у 19, контрактура колінного суглобу – у 29, контрактура гомілково-ступневого суглобу – у 71, нейродістрофічні розлади – у 13 хворих.

Таблиця 3. Ускладнення у хворих з наслідками перелому діафізу великогомілкової кістки

Ускладнення	Кількість	Відсоток до кількості ускладнень	Відсоток до кількості хворих
Повільно-консолідуєчий перелом	67	26,5%	65,0%
Консолідований зі зміщенням	8	3,16%	7,77%
Хибний суглоб	11	4,35 %	10,68 %
Незрошення	35	13,83 %	33,98 %
Остеомієліт	19	7,51 %	18,45 %
Контрактури	100	39,53 %	97,09 %
Нейродістрофічний синдром	13	5,12 %	12,62%
Всього ускладнень	253	100,0 %	245,6 %

Таблиця 4. Причини помилок та ускладнень в лікуванні хворих та вплив на інвалідність різних організаційно-лікувальних чинників

	Вплив на інвалідність наступних чинників:	Кількість випадків	% до кількості ускладнень
1	Неправильно вибрана методика	43	12,18 %
2	Недоліки самої методики	33	9,35 %
3	Недостатня кваліфікація лікаря	55	15,58 %
4	Несвоєчасна діагностика	22	6,23 %
5	Порушення реабілітації	62	17,56 %
6	Недотримання послідовності надання допомоги (стаціонар-поліклініка-реабілітаційний центр)	54	15,30 %
7	Застосування застарілих медичних технологій.	61	17,28 %
8	Несвоєчасне наданням спеціалізованої допомоги	23	6,52 %
	Всього	353	100,0 %

В результаті аналізу причин інвалідності при діафізарних переломах великогомілкової кістки та їх наслідках встановлено, що поряд із об'єктивними чинниками, зумовленими важкістю травм, значний вплив на інвалідність мають помилки лікування, пов'язані з кваліфікацією лікарів, порушення етапності лікування та недоліки реабілітації.

Нами проаналізовано вплив суб'єктивних та об'єктивних факторів. Встановлено, що в 67,14 % випадків на виникнення інвалідності діяли

об'єктивні, а в 32,86 % - суб'єктивні фактори (пункти 5,6 таблиці 4). Отримані данні свідчать з одного боку про недостатній рівень кваліфікації лікарів, а з другого – про дефекти організації надання допомоги хворим.

Висновки. Основними факторами, що призвели до інвалідності є застосування застарілих методів лікування (17,28 %) та порушення реабілітаційно-відновних заходів (32,86 %). Крім того, значну роль відіграла недостатня кваліфікація лікаря (15,58 %), несвоєчасна діагностика (6,23 %).

Для покращення якості надання ортопедо – травматологічної допомоги, зниження рівня інвалідності та тривалої непрацездатності у хворих з діафізарними переломами великогомілкової кістки необхідно розробити та впровадити у вітчизняну практику:

- сучасні стандарти діагностичних заходів для підвищення рівня інформативності діагностики;
- нову високоєфективну систему надання спеціалізованої ортопедо-травматологічної допомоги хворим, що чітко окреслює вибір необхідної лікувальної тактики;
- ефективну систему реабілітаційного лікування хворих після діафізарних переломів великогомілкової кістки.

Основними причинами недостатнього рівня кваліфікованої допомоги цим хворим є: відсутність єдиної загально визнаної концепції діагностики та лікування хворих; недостатнє матеріально-технічне забезпечення лікарень; недостатня та невідповідна сучасному світовому рівню кваліфікація лікарів ортопедів-травматологів, які надають первинну допомогу та проводять наступне відновно-реабілітаційне лікування.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Аналіз стану травматолого-ортопедичної допомоги населенню України в 2006-2007 році. До-

відник / Гайко Г.В., Герасименко С.І., Корж М.О., Калашніков А.В., Помішко В.П. – К.: Видавничка компанія „Воля”.– 2009. – 137 с.

2. Гайко Г.В., Герасименко С.І., Калашніков А.В. Проблеми впровадження блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу переломів довгих кісток в Україні // Український журнал екстремальної медицини ім. Г.О.Можасва. – 2009. – Т.10. – №3. – С. 5-8.

3. Гайко Г.В., Калашніков А.В., Босер В.А., Куріло А.А., Нікітін П.В., Лимар С.В. Аналіз первинної інвалідності при переломах кісток кінцівок та їх наслідків за матеріалами травматологічної МСЕК м.Кієва // Матеріали Пленуму Асоціації ортопедів-травматологів України.-Вінниця. – 2004. – С.7.

4. Гайко Г.В., Калашніков А.В., Босер В.А., Нікітін П.В., Чичирко О.М., Чалайдюк Т.П. Діафізарні переломи в структурі травм опорно-рухової системи у населення України // Вісник ортопедії, травматології та протезування. –2006. – №1. – С.84-87.

5. Калашніков А.В. Розлади репаративного остеогенезу у хворих із переломами довгих кісток (діагностика, прогнозування, лікування, профілактика). : Дис. ... док. мед. наук: 14.01.21. – К., 2003. – 284 с.

УДК 636:611.728.3/74-018.36:57.0124
© Новак В.П., Мельниченко А.П., 2010

ГИСТОГЕНЕЗ ДЕЯКИХ СПОЛУЧНОТКАНИННИХ ЕЛЕМЕНТІВ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Новак В.П., Мельниченко А.П.

Національний аграрний університет, м. Біла Церква

Новак В.П., Мельниченко А.П. Гістогенез деяких сполучнотканинних елементів опорно-рухового апарату в експерименті // Український морфологічний альманах. – 2010. – Том 8, №2. – С. 71-72.

Біологічним моделюванням встановлені морфоадаптивні властивості синовіального середовища колінного суглобу, які розкривають біологічні потенції деяких сполучнотканинних елементів при змінах біомеханічного навантаження.

Ключові слова: сполучнотканинні елементи, біомеханічне навантаження.

Новак В.П., Мельниченко А.П. Гістогенез некоторых соединительнотканых элементов опорно-двигательного аппарата в эксперименте // Український морфологічний альманах. – 2010. – Том 8, №2. – С. 71-72.

Биологическим моделированием установлены морфоадаптивные свойства синовиальной среды, которые раскрывают биологические потенциалы соединительнотканых элементов при изменении биомеханической нагрузки.

Ключевые слова: соединительнотканые элементы, биомеханическая нагрузка.

Novak V.P., Melnichenko A.P. Hystogenesis of some connective tissue elements in experiment // Український морфологічний альманах. – 2010. – Том 8, №2. – С. 71-72.

By biological modeling are established morpho-adaptive properties synovial environment which open biological potentialities and connective tissue elements of biomechanical loading.

Key words: connective tissue, biomechanical loading.

Вступ. На сучасному етапі розвитку артрології особливо актуальним стало питання вивчення морфоадаптивних властивостей синовіального середовища колінного суглобу. Регуляція репаративної регенерації є головною проблемою травматології і ортопедії. На даний час

зусиллями багатьох вітчизняних та зарубіжних дослідників досягнуто значних результатів всебічного вивчення системи органів руху. Але більшість питань морфо-функціонального стану такої інтегруючої системи, як м'який остов, з урахуванням інтраорганного рецепторного апа-