

УДК 616-036.86:616.3

РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ У ІНВАЛІДІВ УНАСЛІДОК ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С

С. С. Паніна, Н. О. Гондуленко, Н. А. Саніна, Т. С. Ігумнова

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме

В статті пропонується принципи оцінки реабілітаційного потенціалу у інвалідів внаслідок вірусного гепатиту С. Основними факторами, впливними на реабілітаційний потенціал, є активність запального процесу, вірусна навантаження, ефективність проводимої противовірусної терапії, наявність та ступінь вираженості фіброзу печінки, приверженості пацієнтів до лікування та модифікації образу життя, вік, рівень освіти та наявність супутніх захворювань, а також соціальний статус пацієнта. Реабілітаційний потенціал є основою індивідуальної програми реабілітації інвалідів.

Автори підкреслюють важливість визначення реабілітаційного потенціалу в практиці медико-соціальної експертизи, враховуючи його високі прогностичні характеристики для ступеня можливого відновлення біопсихосоціального статусу інваліда та інтеграції його в суспільство.

Ключові слова: інвалідність, реабілітація, реабілітаційний потенціал, вірусний гепатит С.

Summary

The principles of rehabilitation potential evaluation in persons with disabilities as a result of hepatitis C are proposed in the article. The main factors that influence the rehabilitation potential is an active inflammatory process, viral load, antiviral therapy effectiveness, the presence and severity of hepatic fibrosis, patients' adherence to treatment and lifestyle modifications, age, level of education and the presence of comorbidities, as well as the social status of the patient. Rehabilitation potential is the basis of individual rehabilitation programs.

The authors emphasize the importance of determining the rehabilitation potential in the practice of medical and social expertise, given its high degree of prognostic characteristics for possible recovery biopsychosocial status of a disabled person and his integration into society.

Keywords: disability, rehabilitation, rehabilitation potential, viral hepatitis C.

В останні роки помітна тенденція до збільшення захворюваності на вірусний гепатит С, у тому числі випадків хронічних форм захворювання. За даними ВООЗ, на хронічний гепатит С страждає біля 150 млн. осіб, а 350 тис. щорічно помирають внаслідок ураження печінки вірусом гепатиту С. Захворюваність та летальність внаслідок гепатитів В і С прогресивно збільшується на планеті та, за даними експертів, подвоїться до 2015–2020 рр. Вже зараз загальна кількість хворих на гепатити у світі в 14–15 разів перевищує кількість ВІЛ-інфікованих. Вірусні гепатити у 50–100 разів є більш заразними, ніж ВІЛ [1].

Вірусні гепатити з гемоконтактним механізмом передачі збудників, перш за все ВГС, є важливою проблемою сучасної медичної науки і практичної охорони здоров'я всіх країн світу. Це обумовлено широким поширенням, високим рівнем захворюваності, вираженим поліморфізмом клінічних проявів, численністю шляхів та факторів передачі збудників, а також надзвичайно несприятливими наслідками, до яких можуть призвести гепатити – формування хронічних уражень печінки, у тому числі цирозу і гепатоцелюлярної карциноми. За оціночними даними ВООЗ, 57 % випадків цирозу печінки і 78 % випадків первинного раку печінки зумовлено впливом вірусів гепатиту В або С. Окрім

цього, гепатити В та С мають багато позапечінкових проявів, що ускладнює їх діагностику та може перешкоджати призначенню відповідного лікування [2]. Організація своєчасної діагностики ВГС та адекватного специфічного противовірусного лікування є вирішальними факторами одужання та запобігання розвитку ускладнень. Результати досліджень останніх років демонструють, що успішна противовірусна терапія у хворих хронічним гепатитом С та В, навіть на стадії цирозу, в значній кількості пацієнтів супроводжується регресом фіброзу печінки, зменшенням кількості ускладнень та покращенням виживаності [3].

Упродовж останніх років в Україні спостерігається стабілізація показників первинної інвалідності внаслідок хвороб органів травлення серед дорослого населення, що складає 1,1 на 10 тисяч населення та тенденція до зниження даного показника серед населення працездатного віку – з 1,5 до 1,4 (на 6,7 %) на 10 тисяч населення. Щодо показників інвалідності внаслідок хвороб печінки, жовчного міхура та підшлункової залози, то тут, навпаки, інтенсивний показник первинної інвалідності дорослого населення знизився з 0,8 до 0,7 (на 12,5 %) упродовж 2015 року, порівняно з 2014-м роком, а інтенсивний показник населення працездатного віку залишався стабільним, на рівні 1,0 [4].

В Україні останнім часом проведено низку важливих заходів, спрямованих на удосконалення надання допомоги хворим гастроентерологічного профілю, забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтів на основі даних доказової медицини; встановлення єдиних вимог щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих, відповідно до клінічних настанов, що розроблені на засадах доказової медицини. МОЗ України затверджено Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям з гепатитом С: наказ МОЗ України від 04.11.2015 № 723 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при вірусному гепатиті С» [5].

Медико-соціальна експертиза хворих на вірусні гепатити є важливою ланкою в комплексній системі реабілітації і здійснюється, виходячи з оцінки клініко-функціональних, психологічних і соціальних факторів з урахуванням вимог, що пред'являються професією, і умов праці. Добре продумана система реабілітаційних заходів здатна посприяти практично повному поверненню осіб з обмеженими можливостями до звичного способу і ритму життя.

Сучасні уявлення про медико-соціальну експертизу і концепція інвалідності потребують розробки науково обґрунтованих принципів медико-соціальної експертизи даної категорії хворих. Медико-соціальна експертиза передбачає проведення реабілітаційно-експертної діагностики для встановлення ступеня вираженості порушених функцій за основним (вірусний гепатит С) і супутніми захворюваннями; визначення обмежень основних категорій життєдіяльності та реабілітаційного потенціалу (РП); оцінку професійного і соціального статусу; експертизу професійної придатності.

Основним документом, який регламентує роботу з реабілітації інвалідів, є Закон про реабілітацію інвалідів в Україні (2005), який реалізує державну політику у цій сфері, забезпечує координуваність системи реабілітації, що реалізується через своєчасність, безперервність та комплексність відновлювальних заходів і методик. Основна мета реабілітації інвалідів – відновлення або стабілізація дефектних функцій, психологічного статусу та пристосування хворого до нових умов існування, підвищення функціональних резервів, компенсаторно-адаптаційних механізмів; відновлення та компенсація професійних та соціальних функцій [6].

Важливим складником реабілітаційної технології є визначення реабілітаційного потенціалу (РП), узагальнена оцінка реабілітаційного потенціалу проводиться на підставі результатів послідовного вивчення елементів (рівнів) його складників: біомедичних, психофізіологічних, соціально-побутових, професійних, соціальних, освітніх, особистісних [7].

Метою даного дослідження було визначення реабілітаційного потенціалу та його окремих скла-

дників у хворих та інвалідів унаслідок захворювань гепатобіліарної системи.

Реабілітаційний потенціал – комплекс біологічних, психофізичних і соціально-психологічних характеристик людини, а також соціально-середовищних факторів, що дають змогу тією чи іншою мірою реалізувати її потенційні можливості до реабілітації.

З урахуванням усієї сукупності факторів, що характеризують можливості інваліда до реабілітації, реабілітаційний потенціал оцінюється як:

– високий – повне відновлення здоров'я, усіх звичних для інваліда видів життєдіяльності, працездатності та соціального становища (повна реабілітація).

Такий стан спостерігається при гепатиті мінімальної активності або активності I ступеня (АлАТ до 3 норм), низьким вірусним навантаженням до 400 тис. Мо/мл, сприятливий генотип вірусу (субтип не 1в), досягнення стійкої вірусологічної відповіді на противірусну терапію або часткової відповіді; незначна активність запалення та фіброзу печінки за шкалою METAVIR (F0 і F1 за METAVIR), відсутність аутоімунних, неврологічних, психічних хвороб та декомпенсованих хвороб внутрішніх органів, позапечінкових проявів інфекції вірусу гепатиту С, нормальна маса тіла, молодий вік, вища або середня спеціальна освіта, можливість раціонального працевлаштування;

– задовільний – неповне одужання з остаточними проявами у вигляді помірного порушення функцій. Виконання основних видів життєдіяльності потребує надмірних зусиль, обмеженого обсягу та технічних засобів реабілітації, наявне часткове зниження працездатності та життєвого рівня. Є потреба у соціальній допомозі та частковій матеріальній допомозі (можлива часткова (перехід із другої на третю групу інвалідності) або повна реабілітація).

Такий стан спостерігається при гепатиті активності II ступеня (АлАТ від 3 до 5 норм) або активності I ступеня (АлАТ до 3 норм), середнє вірусне навантаження 400-800 тис. Мо/мл або зменшення вірусного навантаження з високого до середнього в процесі лікування, проведення противірусної терапії ВГС, наявність побічних реакцій, що виникли впродовж лікування, сприятливий генотип вірусу (субтип не 1в), відповідь пацієнта на противірусне лікування вірусного гепатиту С – досягнення стійкої вірусологічної відповіді на противірусну терапію або часткової відповіді; необхідність подовження строків лікування, помірна активність запалення та фіброзу печінки за шкалою METAVIR (F2 за METAVIR), наявність незначних аутоімунних, неврологічних розладів та інших хвороб внутрішніх органів, позапечінкових проявів інфекції вірусу гепатиту С, нормальна або підвищена маса тіла, молодий та середній вік, вища або середня спеціальна освіта, задовільний комплаєнс до лікування, наявність спроможності до модифікації способу життя (відмова від алкоголю, інших шкідливих звичок), можливість перенавчання, набуття нової спеціальності з виключенням протипо-

казаних видів праці, раціонального працевлаштування.

– низький – тяжкий неконтрольований перебіг захворювання, виражене порушення функцій, значне обмеження щодо виконання більшості видів діяльності, значне зниження працездатності, потреба в постійній соціальній підтримці та матеріальній допомозі (можлива часткова реабілітація – перехід із першої групи інвалідності на другу або стабілізація інвалідності).

Такий стан спостерігається при гепатиті активності II ступеня (АлАТ від 3 до 5 норм) або активності III ступеня (АлАТ понад 5 норм), високе вірусне навантаження понад 800 тис. Мо/мл, несприятливий генотип вірусу 1в, протипоказання до проведення протівірусної терапії ВГС або низька ефективність протівірусної терапії (нульова відповідь, вірусологічний прорив, рецидив), переривання протівірусної терапії, проведення неповного курсу лікування, що призводить до зниження ефективності подальшого лікування, наявність побічних реакцій, що виникли впродовж лікування (анемія, нейтропенія та ін.), необхідність подовження строків лікування, висока активність запалення та фіброзу печінки за шкалою METAVIR (F3 за METAVIR), присутність розладів аутоімунних, неврологічних та інших хвороб внутрішніх органів (васкуліти, цукровий діабет, гломерулонефрит, ниркова недостатність, ІХС), позапечінкових проявів інфекції вірусу гепатиту С, психічні розлади, незадовільний нутритивний статус або підвищена маса тіла, старший вік, середня та низька освіта, низький комплаєнс до лікування, продовження вживання алкоголю, наркотиків, неможливість перенавчання, набуття нової спеціальності з виключенням протипоказаних видів праці, низька кваліфікація, безробіття, низький матеріальний достаток (неможливість придбання високозатратних препаратів).

– відсутність реабілітаційного потенціалу – прогресуючий перебіг хронічного захворювання, виражене порушення функцій, значне обмеження щодо виконання більшості видів діяльності, значне зниження працездатності, потреба в постійній соціальній підтримці та матеріальній допомозі (можлива реабілітація – перехід із першої групи інвалідності на другу або стабілізація інвалідності).

Такий стан спостерігається у хворих із тяжкою прогресуючою формою захворювання з високою активністю запального процесу, високим рівнем віремії та низьким рівнем відповіді на протівірусну терапію або її відсутність, висока активність запалення та фіброзу печінки за шкалою METAVIR (F4 та вище за METAVIR), розвиток ускладнень (асцит, кровотеча з варикознорозширених вен стравоходу, виражені тромбоцитопенія й лейкопенія), супутня патологія (ішемічна хвороба серця, некомпенсована серцева недостатність, тяжка форма цукрового діабету), гепатоцелюлярна карцинома, необхідність трансплантації печінки, інфікування трансплантату після пересадки печінки, наявність мікст-інфекцій (ВІЛ, туберкульоз, інші вірусні гепатити та їх поєднання (В+С, С+D та ін.), низьким комплаєнсом

та соціально-економічним рівнем, у осіб з хронічним алкоголізмом, які продовжують зловживати алкоголем, ін'єкційні наркомани.

Оцінюючи реабілітаційний потенціал, вирішальне значення при БА набуває прогностична оцінка можливого виходу реабілітації, у зв'язку із чим оцінюється реабілітаційний прогноз, який може бути:

– сприятливий – в разі можливості повного встановлення порушених категорій життєдіяльності та повної соціальної, у тому числі професійної реабілітації інваліда;

– відносно сприятливий – в разі можливості часткового відновлення порушених категорій життєдіяльності, при зменшенні ступеня їх вираженості та стабілізації, розширенні здатності до соціальної інтеграції та переходу до повної або часткової соціальної та матеріальної підтримки;

– сумнівний (невизначений) – невизначений прогноз;

– несприятливий – в разі неможливості встановлення або компенсації порушених категорій життєдіяльності, деяких суттєвих позитивних змін особистісного, соціального та соціально-середовищного статусу інваліда.

У залежності від можливостей відновлення працездатності інваліди розподіляються на три клініко-реабілітаційні підгрупи (КРГ):

КРГ-1 – інваліди з високим РП, у яких можливе встановлення працездатності. Результат досягається як шляхом установа функцій життєдіяльності, так і шляхом медико-професійної реабілітації – вибору професії, рівноцінної втраченій унаслідок захворювання, та яка не має медичних протипоказань щодо її виконання. Іноді при цьому виникає потреба і в професійній реабілітації – направлення до служби зайнятості для здобуття нової професії та/або цільового працевлаштування на робочому місці.

Критерієм ефективності реабілітації інвалідів КРГ-1 є «повна реабілітація інваліда» – визнання його працездатним та повернення до праці.

До цієї групи належать хворі на хронічні гепатити з мінімальною та помірною активністю запального процесу, стабільним перебігом захворювання, з нечастими та нетривалими загостреннями при неадекватно призначеному лікуванні, які потребують проведення протівірусної терапії, застосування гепатопротекторів та які потребують матеріальної допомоги та соціального захисту на період лікування та професійної реабілітації. Пацієнти, які отримують протівірусне лікування, мають знижену стійкість до фізичних навантажень і таким пацієнтам показане легке та помірне фізичне навантаження. Попередня оцінка ефективності лікування повинна проводитися не раніше, ніж після закінчення тримісячного періоду інтенсивного лікування.

Як правило, такі хворі досягають хорошого і навіть повного контролю захворювання, стійкої вірусологічної відповіді на протівірусну терапію; у них значно покращуються та стабілізуються біохімічні показники. При достатньо високому рівні освіти (вища та середня спеціальна), молодому віці

(можливість навчання і перенавчання), подальшому раціональному працевлаштуванні з навичками роботи, є реабілітаційний прогноз більш сприятливий.

КРГ-2 включає інвалідів із середнім РП, у яких можливе часткове відновлення працездатності в звичайних виробничих умовах. До цієї підгрупи потрапляють інваліди II та III груп, які у зв'язку з втратою профпридатності припинили трудову діяльність, а нове працевлаштування можливе лише із зниженням рівня їхньої професійної кваліфікації. Ці інваліди потребують професійної реабілітації сумісно зі службою зайнятості.

Критерії ефективності реабілітації хворих КРГ-2 складаються із зниження важкості інвалідності (до III групи) або повернення до праці інвалідів III групи, які припинили роботу внаслідок встановлення інвалідності.

До цієї групи належать хворі на хронічні гепатити активності II або III ступеня, з високим або середнім вірусним навантаженням, які мають труднощі при проведенні протівірусної терапії (низька ефективність протівірусної терапії, побочні дії, генотип вірусу 1в, наявність протипоказань щодо проведення протівірусної терапії), незважаючи на отримання стандартної терапії високоефективними гепатопротекторами, достатньої тривалості, зберігається активність процесу, виникають ознаки трансформації до фіброзу і цирозу печінки, зберігається легке або помірне порушення печінкової функції, виникає потреба в стаціонарному лікуванні 2–3 рази на рік. За наявності ускладнень та супутньої патології (цукровий діабет, енцефалопатія та ін.), утрудненого раціонального працевлаштування (сільська місцевість, безробіття), середнього та низького рівнів освіти, протипоказаної професії, поганого комплаєнсу, повна реабілітація не завжди можлива. Попередня оцінка ефективності лікування повинна проводитися не раніше, ніж після закінчення шестимісячного періоду інтенсивного лікування.

КРГ-3 – інваліди з низьким РП, до яких належать інваліди I або II групи, які можуть бути адаптовані до праці в спеціальних умовах, або інваліди, які потребують соціально-побутової реабілітації. У цій підгрупі провідне місце посідає медична та соціально-побутова реабілітація. Остання включає матеріальне забезпечення, забезпечення побутовими технічними засобами та адаптацію до них, засобами руху, послугами територіальних центрів соціального захисту, адаптацію житла. Після часткового або повного встановлення соціально-побутової активності приєднується професійна реабілітація, спрямована на формування можливості праці вдома або працевлаштування інвалідів I та II груп на звичайному підприємстві зі спеціальним обладнанням робочого місця.

До цієї групи, як правило, належать інваліди внаслідок гепатиту важкого, швидкопрогресуючого перебігу, безперервно або часто рецидивуючого перебігу, з розвитком цирозу печінки, неможливістю привального харчування, ознаками вираженої портальної гіпертензії, наявністю асцити, дисметаболическої енцефалопатії та вираженої печінкової

недостатності, осіб з хронічним алкоголізмом, наркоманією, психічними розладами, некомпенсованими захворюваннями серцево-судинної системи та ін. У таких хворих, навіть в разі хорошого комплаєнсу, у подальшому можлива тільки часткова реабілітація.

Таким чином, оцінюючи реабілітаційний потенціал, необхідно брати до уваги комплекс соціо-економічних, демографічних, клініко-функціональних показників з особливим акцентом на результати лабораторних, вірусологічних тестів, оцінки активності запального процесу, ефективності проведеної протівірусної терапії, наявності та ступеня вираженості фіброзу печінки, прихильності пацієнтів до лікування і модифікації способу життя, вік, рівень освіти і наявність супутніх захворювань, а також соціальний і матеріальний статус пацієнта, потребу в соціальній підтримці. Необхідно також враховувати психологічні можливості індивідуума: рівень резервних можливостей основних психічних функцій, рівень мотивації до праці та реабілітації.

Правильна експертно-реабілітаційна тактика, що включає комплексну оцінку реабілітаційного потенціалу на підставі використання функціонально обґрунтованих критеріїв визначення обмежень життєдіяльності, повинна здійснюватися при проведенні медико-соціальної експертизи хворих на вірусний гепатит С. Це сприяє більш швидкому відновленню порушених функцій і поверненню пацієнта до повноцінного життя, що в кінцевому підсумку сприятиме зниженню працевтрат унаслідок високих показників тимчасової непрацездатності, тяжкості інвалідності або первинного виходу на інвалідність.

Література

1. WHO Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection (2014) <http://www.who.int/hiv/pub/hepatitis/hepatitis-c-guidelines/en/>
2. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016 // *Journal of Hepatology* / 2016 [http://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(16\)30489-5/pdf](http://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(16)30489-5/pdf)
3. Устойчивый вирусологический ответ и его терапевтические предикторы в случае 4-го генотипа вируса гепатита с по сравнению с его 1, 2 и 3-м генотипами: метаанализ/ В. Е. Yee1, N.H. Nguyen1, В. Zhang1 et al. // *Гастроэнтерология*. – 2015. – № 3 (57). – С. 75–83.
4. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2015 рік: аналітико-інформаційний довідник / А. В. Іпатов, О. М. Мороз, В. А. Голик та ін.; за редакцією начальника відділу організації соціальної допомоги окремим категоріям громадян, а також питань МСЕК медичного департаменту МОЗ України С. І. Черняка. – Дніпропетровськ: Пороги, 2016. – 175 с.
5. Наказ МОЗ України від 04.11.2015 № 723 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при вірусному гепатиті С».

6. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» № 2961 від 06.10.2005 // Урядовий кур'єр («Орієнтир»). – 2005, 2 листопада. – № 213.

7. Наказ МОЗ України від 05.09.2011 № 561 «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності».



УДК 519.711.3:616-001:616.83,835;616-036.86

ПОКАЗНИКИ РОЗМІРУ ХРЕБТОВОГО КАНАЛУ В ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ У ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ ХРЕБЕТНО-СПИННОМОЗКОВИХ ТРАВМ У ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

О. М. Тарасенко, Л. В. Мирончук

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності
МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме. *Експертиза последствий позвоночно-спинномозговых травм – актуальная проблема медико-социальной экспертизы. Последствия позвоночно-спинномозговых травм отличаются устойчивостью и трудно поддаются реабилитации. При принятии экспертного решения в отношении таких пациентов часто руководствуются субъективными данными, так как объективные специфические показатели разработаны недостаточно. В 2015 году в Украине признаны инвалидами вследствие позвоночно-спинномозговых травм 8977 человек. Впервые признаны инвалидами 1970 человек (22 %), повторно – 7007 (78 %). Инвалидами III группы признаны 6153 (68 %) человек, инвалидами II группы – 1845 человек (21 %), и I группы – 979 (11 %).*

Целью нашей работы стало определение планиметрических показателей при последствиях травм поясничного отдела позвоночника и спинного мозга у пациентов с наличием групп инвалидности.

Работа базируется на 160 наблюдениях, которые были разделены на 4 отдельные группы. Все пациенты были на лечении или экспертизе в отделениях неврологии или травматологии и ортопедии ГУ «Укр Гос НИИ МСПИ МЗО Украины» с 2012 по первый квартал 2016 года. Средний возраст больных составил 41±7,2 года. Мужчин было 126 (79 %), женщин – 34 (21 %). Всем пациентам проводили функциональную цифровую спондилографию пораженного участка в поясничном отделе позвоночника через 2 года после травмы. Первую группу пациентов составили больные, оперированные в остром периоде позвоночно-спинномозговой травмы (n = 40); вторую группу – не оперированные больные (n = 40); третью – оперированные в остром периоде и реоперированные впоследствии (n = 40); четвертую группу – не оперированные в остром периоде и оперированные впоследствии (n = 40). Также всем больным проводили МСКТ и МРТ-обследование. Лучевое обследование выполняли согласно клиническим протоколам. Обязательным также был просмотр предоставленной рентгеноархивной документации, проведенных лучевых исследований (электронных носителей) в динамике, в течение заболевания.

Исходя из полученных нами результатов, лучшие показатели (маленькие уровни деформаций, т. е. посттравматический стеноз) обнаружены у пациентов первой группы, худшие – у пациентов третьей группы. Наихудшие показатели оказались у пациентов второй и четвертой групп.

Ключевые слова: *позвоночно-спинномозговая травма, медико-социальная экспертиза, показатели размера позвоночного канала.*

Summary. *Examination of the consequences of vertebral and spinal injuries – actual problem of medical and social examination. The consequences of vertebral and spinal injuries are resistant and difficult amenable to rehabilitation. In making expert decisions regarding such patients are often guided by subjective data for specific objective indicators developed enough. In 2015 in Ukraine recognized as disabled due to vertebral and spinal injury 8977 people. 1970 For the first time recognized as disabled people (22 %), redisebled – 7007 (78 %). Disabled group III declared 6153 (68 %) patients, disabled group II – 1845 people (21 %), and the group – 979 (11 %).*

The aim of our work was to determine the performance drew trauma at the lumbar spine and spinal cord in patients with disability groups.

The work is based on 160 observations, which were divided into four separate groups. All patients were on treatment or examination in departments of neurology or orthopedics and traumatology State Institution «Ukrainian State