

## **ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ХВОРИХ ТА ІНВАЛІДІВ З НАСЛІДКАМИ ПОЛІСТРУКТУРНИХ УШКОДЖЕНЬ ПЕРЕДПЛІЧЧЯ ТА КИСТІ**

**Науменко Л. Ю., Хом'яков В. М., Бойко О. М., Ліфаренко Є. Л., Бондарук Д. О.**

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

Поліструктурні ушкодження виявляються в 33–53% від всіх ушкоджень передпліччя і кисті і в 46,3% випадків призводять до інвалідності. Лікування цих ушкоджень залишається однією з складних проблем травматології і ортопедії, актуальність якої визначається зростанням тяжкості сучасної техногенної травми, збільшенням частки множинного і поєданого характеру пошкоджень і значною кількістю незадовільних результатів.

Питання реабілітації неможливо розглядати відокремлено від медико-соціальної експертизи, так як вона розглядає не тільки питання встановлення інвалідності, а також розкриває сутність наслідків травм, відображає ступінь обмеження життєдіяльності і працездатності, і визначає основні напрямки подальшої медичної, соціальної і професійної реабілітації.

Мета дослідження полягає у вивченні особливостей медико-соціальної експертизи хворих та інвалідів з наслідками поліструктурних ушкоджень передпліччя та кисті.

Було проведено обстеження 107 постраждалих з наслідками поліструктурних ушкоджень дистальних відділів верхніх кінцівок, з них інваліди склали 53,3 %, особи працездатного віку – 81,3 %. Серед постраждалих переважали чоловіки – 89,7 %. Значній кількості хворих (80,4 %) проводили реабілітаційні заходи через один і більш років після травми.

При обстеженні визначено, що процес відновного лікування осіб з наслідками поліструктурних травм дистальних відділів верхньої кінцівки, як правило, є багатоетапним і кращих результатів слід очікувати тоді, коли лікування почато раніше, проводиться послідовно і безперервно до досягнення максимально можливого ефекту. Неповний об'єм лікувальних заходів, значний проміжок часу між первинними і вторинними відновними втручаннями обумовлюють високу частоту негативних результатів та явилось причиною встановлення інвалідності в 48,4 % випадків.

Найбільш оптимальні терміни для проведення ефективної медико-професійної реабілітації цього контингенту хворих є перші 1-3 роки після травми. В подальшому у постраждалих спостерігається розвиток стійких незворотних морфо-функціональних змін, що значно утруднюють досягнення позитивних результатів. При тривалій бездіяльності з'являється відчуття власної неповноцінності, увага зосереджується на хворобі, втрачається віра в свої сили, тому професійна реабілітація є невід'ємною частиною медичної реабілітації.

Професійна реабілітація в практиці медико-соціальної експертизи ставить питання про диференційований підхід до оцінки обмежень здатності до трудової діяльності. З числа осіб, що перенесли травму верхніх кінцівок, професійної реабілітації потребують ті, у яких залишилися стійкі, незворотні наслідки, що не дозволяють продовжити працю в своїй професії. Потреба в перенавчанні при наслідках ушкоджень кисті становить – 23,8%, других сегментів верхньої кінцівки – 13%, що зумовлено неоднаковою функціональною значущістю того або іншого сегменту ушкодженої кінцівки в процесі праці. Для порівняння – потреба у перенавчанні постраждалих з травмою нижньої кінцівки становить лише 11,4%.

Для зменшення негативних результатів лікування та покращення реабілітаційних заходів доцільно:

- 1) детально і переконливо роз'яснювати хворим необхідність проведення активного відновного лікування;
- 2) використовувати можливість продовження листка тимчасової непрацездатності до 8 міс;
- 3) групу інвалідності встановлювати у випадках необхідності продовження процесу активної реабілітації, соціальної і побутової адаптації, раціонального працевлаштування чи перенавчання.