

Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с последствиями травм опорно-двигательной системы

Л.А. Попова, Т.А. Волосатова

The problems of high priority concerning the medical-and-social examination and rehabilitation of disabled persons with the sequelae of the locomotor system injuries

L.A. Popova, T.A. Volosatova

Федеральное государственное учреждение науки

«Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г.А. Илизарова Росздрава», г. Курган
(директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

Рассматриваются вопросы инвалидности от травм и их последствий в процессе существования различных экспертных структур (ВТЭК и учрежденного в России с 1997 года МСЭ) и анализируется эффективность их деятельности в плане профилактики и реабилитации инвалидов после травм опорно-двигательной системы различных возрастных и социальных групп на примере одного из крупнейших промышленных регионов России – города Челябинска и Челябинской области. Сравнительный анализ основных характеристик первичной и стойкой инвалидности изучен у 13041 пострадавшего от травм ОДС в период работы ВТЭК (1992-1996) и у 12137 пострадавших и признанных инвалидами в период работы МСЭ (1997-2001). Установлены основные направления его деятельности в профилактике и реабилитации инвалидов. Согласно полученным результатам исследования определены пути совершенствования системы МСЭ в условиях социально-экономических преобразований в стране.

Ключевые слова: экспертиза временной нетрудоспособности, инвалидность, реабилитация, структура экспертных организаций.

The problems of disablement after injuries and their sequelae have been considered during the existence of different examination structures (Medical-and-labor Examination Commission and ВТЭК and the Bureau of Medical-and-social Examination, introduced in Russia from 1997) and the effectiveness of their activity has been analyzed in terms of the prevention and rehabilitation of the disabled persons of different age and social groups after the locomotor system injuries using an example of one of the most major industrial regions of Russia – the city of Cheliabinsk and the Cheliabinsk region. The comparative analysis of the main characteristics of primary and persistent disablement has been studied in 13041 those suffered from the locomotor system injuries during the work of Medical-and-labor Commission (1992-1996) and in 12137 those who had suffered and had been considered as disabled persons in the period of the Bureau of Medical-and-social Examination work (1997-2001). The main directions of its activity in the field of prevention and rehabilitation of the disabled persons have been established. The ways of improving the system of the Bureau of Medical-and-social Examination in the conditions of social-and-economical changes in the country have been determined according to the results obtained.

Keywords: temporary disablement examination, disablement, rehabilitation, structure of examination organizations.

Инвалидность со всеми ее характеристиками стоит в первом ряду среди основных демографических показателей, определяющих состояние здоровья и работоспособный потенциал населения любого административно-географического региона и страны в целом [2, 3, 5, 9]. Не менее важными при этом являются и показатели реабилитации инвалидов [8-10, 12]. Первостепенным, а порой и решающим звеном в системе их восстановительного лечения было и остается медицинское [1, 7, 8].

По данным центрального НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов, Министерства труда и социального развития населения, установлено, что в медицинской реабилитации нуждается 97,7 % всех инвалидов, в профессиональной – 62,6 %, в социальной — 78,3 % [1, 3, 8, 11]. Наибольший резерв восста-

новления трудоспособности составляют инвалиды от травм и их последствий, которые стабильно занимают в структуре всей инвалидности третье место (после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний) и первое – среди мужского населения наиболее работоспособного возраста [3, 4, 12].

Основанием для изучения инвалидности от травм и их последствий в Южно-Уральском регионе (Челябинская область), который является одним из крупнейших промышленных, достаточно травмоопасных регионов страны, послужило введение в России с 1994 года новых социально-экспертных технологий по установлению сроков временной и стойкой нетрудоспособности у всех категорий больных и пострадавших от травм и их последствий. Новые нормативные акты – Федеральный Закон «О социальной защи-

те инвалидов в Российской Федерации» и Постановление Правительства РФ № 965 от 13.08.1996 года «О признании граждан инвалидами», изменили структуру экспертных организаций, преобразовав существовавшие много лет врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК) в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Одним из основных направлений деятельности МСЭ, кроме установления групп инвалидности, стали: разработка индивидуальных программ реабилитации (ИПР) для всех категорий, инвалидов и для лиц, пострадавших от производственных травм (ПРТ), а также переосвидетельствование лиц, признанных инвалидами, установление процента утраты ими трудоспособности и определение показаний для пользования бесплатным автотранспортом (автомобили, мотоколяски). Кроме того, на МСЭ возложена консультативная работа с инвалидами и лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) системы здравоохранения [4, 6, 11]. Функции по установлению сроков временной нетрудоспособности переданы полностью клинико-экспертным комиссиям ЛПУ, которые стали самостоятельно решать вопросы о длительности стационарного и амбулаторного лечения больных всех категорий и определять при этом сроки их временной нетрудоспособности после 4 месяцев лечения без направления больного на бюро МСЭ.

Цель настоящего исследования – провести анализ деятельности новых экспертных структур и определить влияние их на состояние первичной и стойкой инвалидности и качество реабилитации инвалидов от последствий травм опорно-двигательной системы (ОДС), которые, по данным литературы и ежегодной статистической отчетности об инвалидности, стабильно занимают одно из ведущих мест в общей структуре стойкой нетрудоспособности; выявить реабилитационный потенциал у этой категории пострадавших и определить оптимальные возможности реализации реабилитационных мероприятий в новых социально-экономических условиях жизни общества.

Методом сплошного наблюдения нами изучены 25178 актов освидетельствования больных и инвалидов от последствий травм ОДС за пять лет работы Челябинского областного бюро МСЭ (1977-2001) и за такой же (предшествовавший) период деятельности ВТЭК (1992-1996) – таблица 1.

Из таблицы видно, что установление первичной инвалидности в работе экспертных структур как ВТЭК, так и МСЭ существенно не изменилось, составляя 16,3-16,8 % удельного веса всей их деятельности. Число переосвидетельствований инвалидов и установление утраты трудоспособности выросло на 9,4 % и 7,1 % соответственно. Более чем в 2,3 раза выросло число консультаций, проводимых бюро МСЭ (1556 против 666 в период ВТЭК). Самые существенные перемены произошли в показателях продления сроков временной нетрудоспособности. Число этих освидетельствований в работе МСЭ уменьшилось более чем в 30 раз в сравнении с ВТЭК. В то же время продолжительность временной нетрудоспособности больных по решению КЭК ЛПУ увеличилась почти в 2 раза в сравнении с периодом, когда установлением этих сроков занимались ВТЭК. При этом методом сравнительного анализа установлено, что пребывание больных по больничному листу (временная нетрудоспособность) свыше 4 месяцев от начала лечения в период работы КЭК ЛПУ увеличилось в 3,5 раза и составило 42,0 % против 12,2 % в период работы ВТЭК. За каждым из этих показателей скрывается так называемое необоснованное продление пребывания больного по временной нетрудоспособности (до 9-12 месяцев) при заведомо явной невозможности восстановления его трудоспособности за указанный срок. По данным ВТЭК, этот показатель за пять лет составил 2,2 %, в то время как среди лиц направленных КЭК ЛПУ на установление группы инвалидности в бюро МСЭ он составил за такой же период 38,9 %. То есть необоснованное продление срока временной нетрудоспособности до установления инвалидности увеличилось в 17,6 раза (рис. 1).

Таблица 1

Структура освидетельствования инвалидов с последствиями травм в периоды работы ВТЭК и МСЭ

№ пп	Цель освидетельствования	ВТЭК		МСЭ		Всего (% к итогу)
		1992-1996 г.г.		1997-2001		
		абс.	%	абс.	%	
1.	Установление инвалидности впервые	2125	16,3	2025	16,8	4150 (16,5)
2.	Переосвидетельствование инвалидов	3244	24,9	4170	34,3 (+9,4)	7414 (29,4)
3.	Продление сроков лечения по больничному листу	3360	25,7	110	0,8 (-24,2)	3470 (13,9)
4.	Установление % утраты трудоспособности	3564	27,3	4186	34,4 (+7,1)	7750 (30,7)
5.	Консультации врачей ЛПУ и инвалидов	666	5,0	1556	13,0 (+8,0)	2222 (8,8)
6.	Определение показаний на бесплатное пользование автотранспортом	82	0,8	90	0,7	172 (0,7)
7.	Итого	13 041	100,0	12 137	100,0	25 178
	Число % к итогу	100,0	–	100,0	–	100,0

Трудоспособность не восстановлена после продления сроков временной нетрудоспособности до 1 года

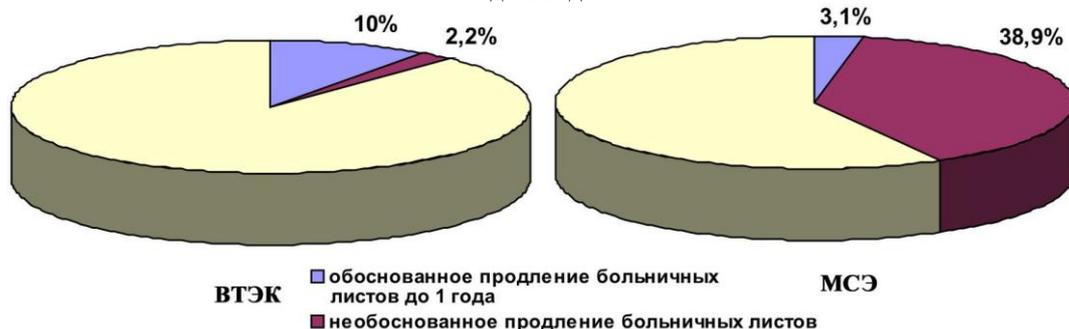


Рис. 1. Продление сроков временной нетрудоспособности по данным ВТЭК и КЭК ЛПУ после 4 месяцев с момента травмы

Другие виды освидетельствований инвалидов ВТЭК (I) и МСЭ (II), определенные нормативными актами, представлены на рисунке 2.

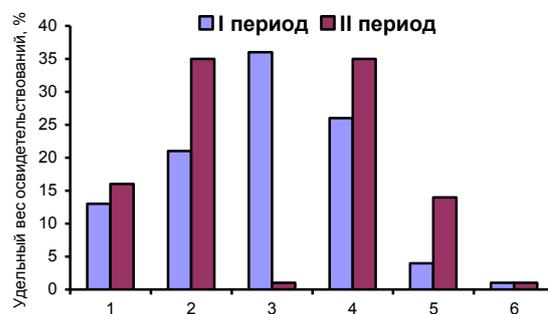
Общий уровень первично-признанных инвалидами (ППИ) от травм в Южно-Уральском регионе за последние пять лет колеблется в пределах 5,1-6 случаев на 10 000 взрослого населения. Из них 2,9 случая – только от травм ОДС, что составляет 57,3 % в числе других причин первичной инвалидности обусловленной травмами. При этом лица трудоспособного возраста составляют 85 % среди городских жителей и 92 % – среди сельских.

Мужчины в структуре первичной инвалидности от травм ОДС занимают 77,5 % удельного веса, женщин – 22,5 % при ППИ 4,8 и 1,3 соответственно на 10000 взрослого населения.

Самый высокий удельный вес и уровень первичной инвалидности наблюдается у мужчин и женщин в возрасте 40-49 лет (P<0,05), таблица 2.

Мужчины всех возрастных групп признавались инвалидами в 3,7 раза чаще, чем женщины (4,8 на 10 000, против 1,3).

Распределение инвалидности по группам тяжести в момент первичного освидетельствования представлено в таблице 3.



Виды освидетельствований:

- 1 – первичная инвалидность;
- 2 – стойкая инвалидность;
- 3 – продление сроков лечения;
- 4 – установление степени утраты трудоспособности;
- 5 – консультации;
- 6 – показания на автотранспорт

Рис. 2. Соотношение причин освидетельствований инвалидов во ВТЭК (I) и МСЭ (II)

Таблица 2

Первичная инвалидность от последствий травм у мужчин и женщин в различных возрастных группах (n=5104)

Возрастные группы инвалидов	Число инвалидов	Показатели первичной инвалидности:			
		мужчин – 3955		Женщин – 1149	
		в %	ППИ	в %	ППИ
1	2	3	4	5	6
16-19	224 (4,4 %)	6,5	2,4	7,5	1,3
20-29	881 (17,3%)	18,2	4,7	12,8	1,0
30-39	1172 (22,9%)	25,1	6,0	20,6	1,4
40-49	1466 (28,8 %)	28,1	7,5	24,4	1,7
50-59	823 (16,1 %)	16,8	6,5	12,3	1Д
60 и старше	538 (10,5%)	5,3	1,8	22,4	1Д
Всего	5104 (100%)	100%	4,8	100%	1,3

Таблица 3

Распределение первичной инвалидности от травм опорно-двигательной системы по группам (n = 4150)

Группа инвалидности	Основные показатели первичной инвалидности								
	ВТЭК и МСЭ			ВТЭК			МСЭ		
	1992-2001			1992-1996			1997-2001		
	абс.	уд. в %	ППИ	абс.	уд. в. %	ППИ	абс.	уд. в. %	ППИ
I группа	283	7,0	0,3	133	6,3	0,2	150	7,3	0,2
II группа	1971	47,0	1,4	1110	52,2	1,8	861	42,7	1,4
III группа	1896	46,0	1,6	882	41,5	1,4	1014	50,1	1,6
Итого:	4150	100,0	—	2125	100,0	—	2025	100,0	—

Из таблицы видно, что при незначительных колебаниях, удельный вес стойких инвалидов I группы в периоды ВТЭК и МСЭ ППИ остается равным 0,2 на 10 000. Удельный вес инвалидов II группы уменьшился с 52,2 % (ВТЭК) до 42,7 % в период работы МСЭ при ППИ равном 1,8 и 1,4 соответственно, а инвалидов III группы, составлявших 41,5 % (ВТЭК), вырос до 50,0 % (МСЭ), превысив показатель периода ВТЭК на 8,5 %, несмотря на то, что сроки временной нетрудоспособности у этих больных были более длительными, чем в период ВТЭК.

При оценке влияния локализации поврежденной ОДС на инвалидность установлено, что наибольший удельный вес как в период ВТЭК, так и МСЭ составляют лица с последствиями травм нижних (41,3 %) и верхних (37,9 %) конечностей. Сочетанные и множественные травмы – 22,5 % и 20,0 % и 15,4 и 21,2 % соответственно.

Одно из ведущих мест в работе МСЭ занимает разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов (ИПР). Анализ работы по контролю за их реализацией, проведенный нами на примере 916 случаев показал, что большая часть инвалидов (58 %) отказались от ИПР. Главная причина отказов – неуверенность в возможности использования предлагаемых им рекомендаций, особенно если они касаются восстановления трудоспособности в условиях стационаров, поликлиник и санаторно-курортных учреждений, что непосредственно связано с материальной необеспеченностью и чрезвычайно низким уровнем их пенсионного содержания.

О несостоятельности системы реабилитации особенно убедительно свидетельствует динамика повторного освидетельствования инвалидов (табл. 4).

Таблица 4
Динамика повторных освидетельствований инвалидов от травм ОДС (n = 7414)

Год наблюдения	ВТЭК (1992-1996)					
	1992	1993	1994	1995	1996	Всего
Число переосв.	606	596	627	654	761	3244
На 10.000	5,1	4,8	4,9	5,2	6,0	5,2
Год наблюдения	МСЭ (1997-2002)					
	1997	1998	1999	2000	2001	Всего
Число переосв.	811	811	811	811	811	811
На 10.000	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4

Сопоставляя показатели этой таблицы по годам, нельзя не заметить, что наряду с мало изменившейся первичной инвалидностью (в периоды ВТЭК и МСЭ) отмечается существенный рост стойких инвалидов за каждый год и за весь период МСЭ (от 5,2 до 6,6 на 10000 взрослых жителей), свидетельствуя тем самым о формировании контингентов инвалидов и несвоевременной их реабилитации или ее отсутствии. Об этом говорит и суммарный показатель стойкой инвалидности.

Удельный вес ее вырос за последние 5 лет от 57 % до 61 %. Особенно это касается инвалидов сельской местности.

При анализе работы по всем травматологическим отделениям города Челябинска установлено, что даже при наличии достаточного количества коек и специалистов травматологов-ортопедов, сроки планового оперативного оздоровления инвалидов от травм ОДС всех трех групп (I, II и III) не выдерживаются. Основные причины – это недостаточное обеспечение специализированных отделений ЛПУ необходимыми расходными материалами (медикаменты, эндопротезы, металлоконструкции для накостного и внутрикостного остеосинтеза, аппараты для чрескостного остеосинтеза, в том числе и аппараты Илизарова, пользующиеся особенно большим спросом) и материальная необеспеченность инвалидов. Не имея средств на восстановительное лечение, они предпочитают оставаться инвалидами даже на минимальной пенсии.

Существовавший ранее такой мощный «рычаг» оздоровления инвалидов, как активная диспансеризация, теперь отсутствует. Нет и существовавшей ранее государственной гарантии полного бесплатного лечения инвалидов. В нормативных документах по фондам социального страхования финансирование ранней реабилитации их также не предусмотрено. Отсутствует надлежащая согласованность в работе ведомств, призванных решать судьбу инвалида (работодатель, ЛПУ, фонды социального страхования, Управления социальной защиты инвалидов и Центры занятости населения). Так, исследование реализации ИПР по профессиональной реабилитации показало, что за 3 последние года ни одной программы через центры занятости населения не реализовано. С одной стороны – из-за сложного механизма постановки инвалидов на учет по безработице, с другой – из-за чрезвычайно низкой оплаты предлагаемых вакансий. Специально проведенный опрос инвалидов III группы, которым удается трудоустроиться без центров занятости населения показал, что все они работают со снижением квалификации и не по своей профессии.

Что касается инвалидов II группы, получивших заключение МСЭ о возможном трудоустройстве в специально созданных для них условиях или на дому, то все они оказались также не реализованными из-за отсутствия потребности в их труде у работодателей и отсутствия правового механизма по созданию условий трудовой деятельности инвалидов на дому.

Изучение реализации социально-бытовых программ реабилитации показало, что план, разработанный ЦНИИ экспертизы Министерства труда и социального развития РФ, предусматривает ряд последовательных технологических составляющих реабилитации инвалидов. Это социально-бытовая ориентация, социально-бытовое образование, социально-бытовая адаптация к условиям жизнедеятельности и социально-бытовое устройство для

выработки навыков инвалида по самообслуживанию. Однако в каждом «звене этой цепочки» также существует целый ряд проблем, не позволяющих реализовать ее в предлагаемой форме. В частности: мощности даже областных центров реабилитации (не говоря о районных) далеко не достаточны, чтобы охватить всех инвалидов, нуждающихся в социально-бытовой реабилитации. Отсутствуют программы и центры профессиональной переподготовки инвалидов. Нет промышленной индустрии, занимающейся изготовлением специального оборудования для квартир, домашней утвари и приспособлений для трудовой деятельности инвалидов на дому. Что касается льгот, определенных Федеральным Законом «О социальной защите инвалидов РФ» (1995), то пока они с большим трудом реализуются только в оплате жилья и отдельных коммунальных услуг, в обеспечении проезда городским транспортом (кроме такси), в оплате протезно-ортопедических изделий, мотоколясок с ручным управлением, кресел-колясок и в льготном лекарственном обеспечении. Начинает вводиться финансирование санаторно-курортного лечения инвалидов. Однако все это далеко от реальных потребностей, тем более что планомерной и сколько-нибудь определенной государственной гарантии реализации программ реабилитации нет. Все зависит от состояния экономики региона, позиции администрации области, Управлений и Министерств здравоохранения регионов и тех многочисленных учреждений и ведомств, которые формально призваны решать судьбы инвалидов, а фактически каждое ведомство работает только в пределах отведенных ему функций. Результаты этой деятельности после упразднения ВТЭК никем не координируются. И хотя схематично в начале и в конце реабилитационной «цепочки» фигурирует

бюро МСЭ (рис. 3), однако правовые нормативы активного влияния его на процесс реабилитации инвалидов отсутствуют, что существенно снижает возможный реабилитационный потенциал, особенно у инвалидов с последствиями травм ОДС.

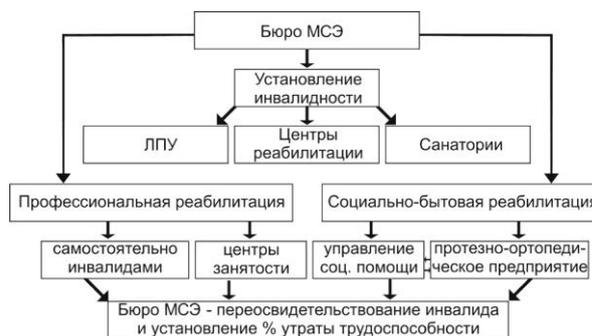


Рис. 3. Схема структур заинтересованных в медико-социальной реабилитации инвалидов в Челябинской области

Таким образом, проведенный нами анализ деятельности новых экспертных структур по установлению сроков временной нетрудоспособности (КЭК ЛПУ) и службы МСЭ с ее функциями по установлению первичной и стойкой инвалидности свидетельствует о необходимости совершенствования всех звеньев работы как экспертных структур (по всем направлениям их деятельности), так и создания на государственном уровне четкого механизма координации контроля за всеми звеньями системы реабилитации инвалидов и профилактики инвалидности. Необходимо также на государственном уровне обсуждение вопросов состояния инвалидности в стране с определением перспективы решения проблем их реабилитации в новых социально-экономических условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева, О. С. Потребность инвалидов Москвы в медико-социальной реабилитации / О. С. Андреева // Медико-соц.экспертиза и реабилитация. – 2001. - № 1. - С. 6-11.
2. Гесува, Н. К. Организационно-методические подходы к формированию территориальной модели реабилитации инвалидов / Н. К. Гесува, И. А. Соколова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. - № 1. - С. 21-24.
3. Гусева, Н. К. Формирование индивидуальных программ реабилитации как направление работы бюро МСЭ / Н. К. Гусева // Воросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1994. - № 1. - С. 33-35.
4. Дементьева, Н. Ф. Сфера деятельности специалиста по социальной работе в специализированном бюро МСЭ / Н. Ф. Дементьева, Л. Н. Захарова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2002. - № 1. - С. 3-5.
5. Ильинский, А. Н. Стационарная и амбулаторная поликлиническая помощь как звенья этапной реабилитации больных терапевтического профиля / А. Н. Ильинский // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2001. - С. 11-13.
6. Организация восстановительного лечения пострадавших с повреждениями опорно-двигательной системы и их последствиями : Метод. рекомендации / Ленинградский НИИТО им. Р.Р. Вредена ; Л. А. Попова и др. - Л., 1995. – 30 с.
7. Попова, Л. А. Совершенствование медицинской реабилитации пострадавших от травм и их последствий - одна из главных задач современности / Л. А. Попова // Чрескостный остеосинтез в ортопедии и травматологии : сб. науч.-практ. конф. - Курган, 1989. - вып.9. - С. 70-76.
8. Профилактика инвалидности при переломах костей конечностей и их последствий и возможности реабилитации инвалидов методом чрескостного остеосинтеза / Л. А. Попова, [и др.] // Восстановительные операции при травмах опорно-двигательного аппарата. - Л., 1991. - С. 20-26.
9. Пузин, С. Н. Некоторые особенности социально-гигиенической характеристики первичной инвалидности, основные причины медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации при постстромбофлеботической болезни нижних конечностей / С. Н. Пузин // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - № 1. - 2001. - С. 3-8.
10. Тришина, Л. П. Методика оценки уровня первичной инвалидности рабочих и служащих / Методич.рекомендации для врачей ВЭК. ЦИЭТИН / Л. П. Тришина. - М., 1990. – 14 с.
11. Тришина, Л. П. Актуальные проблемы инвалидности в РФ / Л. П. Тришина, Д. Д. Войтехов, Н. Д. Тапалаева. - М., 1995. – 32 с.
12. Харисова, М. М. Медико-социальные аспекты травматизма / М. М. Харисова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1998. - № 3. - С. 22-25.

Рукопись поступила 09.03.04.