

МЕДИКО- СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ



Издательство
МЕДИЦИНА

билитация онкологических больных — сложный комплекс мероприятий, который необходимо последовательно проводить как в ближайшем периоде после завершения лечения, так и на протяжении последующих лет, чтобы получить наиболее благоприятные результаты и улучшить качество жизни больных, страдающих раком гортани и гортаноглотки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Профессиональная реабилитация инвалидов: Учеб.-метод. пособие / Андреева О. С., Пузин С. Н., Лаврова Д. И. и др. — М., 2003.
2. Бохуа Н. К., Мардалейшвили К. М. // Вестн. хир. — 1989. — № 5. — С. 22—28.
3. Вавилов В. Н., Калакуцкий Н. В., Ушаков В. С. // Проблемы микрохирургии: Тезисы 5-го Симпозиума по пластической и реконструктивной хирургии. — 15—16 нояб. 1994 г. — М., 1994.
4. Гамбург Ю. Л. Рак гортаноглотки и шейного отдела пищевода. — М., 1974.
5. Губин М. А., Коротких Н. Г., Ходоровский М. А. // Вестн. оторинолар. — 1997. — № 2. — С. 44—46.
6. Гулевский Б. А., Слепуха А. Г., Копылов Ф. Н. // Хирургия. — 1990. — № 10. — С. 127—130.
7. Давыдов М. И., Аксель Е. М. // Вестн. Рос. онкол. науч. центра им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2006. — № 3. — С. 45—62.
8. Дунаевский В. А. // Сборник науч. трудов 1-го Ленингр. мед. ин-та им. акад. И. П. Павлова. — Л., 1986. — С. 71.
9. Зубрихин Г. Н. Проточная цитометрия в диагностике и прогнозе злокачественных новообразований человека: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1990.
10. Лакосина Н. Д., Сергеев И. И., Панкова О. Ф. Клиническая психология. — М., 2005. — С. 312—323.
11. Марилова Т. Ю., Андрианов О. В., Марилов Т. В. // Вестн. Рос. онкол. науч. центра им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2003. — № 2. — С. 28—30.
12. Молчанова К. А. Пластика зияющих дефектов глотки, шейного отдела пищевода и рубцово-суженной трахеостомы. — М., 1970.
13. Огольцова Е. С. Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей. — М., 1984. — С. 128—135.
14. Ольшанский В. О., Трофимов Е. И. // Функционально-щадящее лечение больных со злокачественными опухолями: Сборник науч. трудов. — М., 1991. — С. 27—32.
15. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. — М., 1997.
16. Поляков Б. И. // Опухоли головы и шеи. — Ташкент, 1977. — Вып. 2. — С. 20—22.
17. Попов В. А., Филин В. И. // Вестн. хир. — 1961. — № 9. — С. 3—9.
18. Пузин С. Н. и др. Проблемы инвалидности в России. Состояние и перспективы. — М., 2002. — С. 16—17.
19. Решетов И. В., Чиссов В. И. Пластическая и реконструктивная микрохирургия в онкологии. — М., 2001.
20. Саркисов К. А., Николаева Е. В. // Качество мед. помощи. — 2002. — № 5. — С. 4—5.
21. Сидоров П. И., Великолуз А. Н. Медико-социальная реабилитация в онкологии. — Архангельск, 2006. — С. 56—67.
22. Сытин Л. В., Золотов Т. К., Васильченко Е. М. Реабилитация инвалидов с нарушением функции опоры и движения. — СПб., 2003. — С. 4—21.
23. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. — Будапешт, 1988. — С. 38—41.
24. Чайнозов Е. Л., Кицманюк З. Д., Зобнина М. Н., Малышева Н. М. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1993. — № 1. — С. 5—12.
25. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В., Грецова О. В. // Врач. — 2006. — № 13. — С. 72—74.
26. Bakamjan V. // Laryngoscope. — 1965. — Vol. 62, N 4. — P. 450—456.
27. Baudet J., Luimcegean Y. C., Nascimento E. // Plast. Reconstr. Surg. — 1976. — Vol. 58, N 5. — P. 680—688.
28. Birchall J. P., Hattab M., Pearman K. et al. // Ann. Roy. Coll. Surg. Engl. — 1983. — Vol. 65, N 4. — P. 209—211.
29. Blot W. J., McLaughlin J. K., Devesa S. S., Fraumeni J. F. // Cancer Epidemiology and Prevention. — 2nd Ed. / Eds D. Schottenfeld, J. F. Fraumeni. — New York, 1996.
30. Cicconetti A., Matteini C., Crucchi G., Romaniello A. // J. Cranio-Maxillofac. Surg. — 2000. — Vol. 28, Suppl. 2. — P. 74—78.
31. Colen R. S., Baker D. S., Shaw W. W. // Clin. Plast. Surg. — 1983. — Vol. 10, N 1. — P. 73—84.
32. Day G. L., Blot W. J. // Cancer. — 1992. — Vol. 70, N 1. — P. 14—19.
33. Devineni V. R., Hayden R., Fredrickson J., Sicard G. // Laryngoscope. — 1991. — Vol. 101. — P. 462—464.
34. De Vita V., Hellmann S., Rosenberg S. A. Cancer: Principles and Practice of Oncology. — 6th Ed. — Philadelphia, 2001.
35. Kathol R. G., Mutgi A., Williams J. et al. // Am. J. Psychiatry. — 1990. — Vol. 147, N 8. — P. 1021.
36. Kercher A., Dunsche A., Nemsman B., Werner J. // J. Cranio-Maxillofac. Surg. — 1996. — Vol. 24, Suppl. 1. — P. 62.
37. Lydiatt W. M., Kraus D. H., Coreiro P. O. et al. // J. Head Neck. — 1996. — Vol. 18, N 6. — P. 501—505.
38. Parkin D. M., Pisani P., Ferlay J. // CA. Cancer J. Clin. — 1999. — Vol. 49, N 1. — P. 33—64.
39. Petti F., Noyes R. // Biol. Psychiatry. — 1981. — Vol. 16, N 12. — P. 1203—1220.
40. Reuther J. F. // J. Cranio-Maxillofac. Surg. — 1996. — Vol. 24, Suppl. 1. — P. 7.
41. Schusterman M. A., Shestrik K., De Vries E. I. et al. // Plast. Reconstr. Surg. — 1990. — Vol. 85, N 1. — P. 16.
42. Seidenberg B., Hurwit E. B., Carton C. A. // Surg. Gynecol. Obstetr. — 1958. — Vol. 106. — P. 743—746.
43. Seidenberg B., Rosznak S. S., Hurwit E. B. et al. // Ann. Surg. — 1959. — Vol. 149. — P. 162.
44. Watson L. D. // Br. J. Nurs. — 1998. — Vol. 7, N 11. — P. 631—640.

Поступила 28.04.08

© Е. В. ФИЛАТОВ, М. А. ЛЕОНТЬЕВ, 2008

УДК 616.832-001-06:616-002.461-02

Е. В. Филатов, М. А. Леонтьев

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

ФГУ "Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Росздрави", нейрохирургическое отделение Федерального спинального центра, Новокузнецк

В последние годы в стране наблюдается устойчивый рост числа спинальных травм — 10 тыс. случаев в год. Более 90% пациентов, выживших после спинальной травмы, становятся инвалидами, утрачивают

способность к самостоятельному передвижению и контроль над функцией тазовых органов [3, 5].

Травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ) сопровождается большим количеством осложне-

ний, в том числе образованием пролежневых ран. По данным разных авторов, пролежни встречаются с частотой от 28 до 64% случаев и являются одним из основных факторов, препятствующих проведению реабилитационных мероприятий [1, 4]. Развитие пролежневого сепсиса в наиболее тяжелых случаях является одной из основных причин смерти пациентов в отдаленные сроки после спинальной травмы [1]. Немаловажным фактором являются высокие финансовые затраты на лечение пролежней, которые составляют четвертую часть от общей суммы затрат на лечение больных с ТБСМ [2].

Вместе с тем до сих пор остаются не до конца изученными факторы, ведущие к возникновению пролежней.

Цель работы — представить социально-гигиеническую характеристику контингента больных с ТБСМ и установить значение ряда медико-социальных факторов в развитии пролежней.

Материал и методы. Проведено анкетирование сплошным методом 100 больных с ТБСМ, поступающих в отделение нейрохирургии ФГУ ННПЦ МСЭ и РИ Росздрава, в порядке очередности, без ограничений по полу, возрасту и другим признакам. Средний возраст всех анкетированных $28,7 \pm 1,0$ года. Мужчин было 77 ($77,0 \pm 8,4\%$), средний возраст $29,9 \pm 1,2$ года, женщин — 23 ($23,0 \pm 8,4\%$), средний возраст $24,7 \pm 2,0$ года. Пострадавшие получили травму в возрасте от 13 до 52 лет.

Проведен анализ медицинских карт этих больных, клинических данных, результатов дополнительных методов обследования.

Программа обследования больных включала общепринятые клинические и инструментальные методы исследования. Для оценки уровня повреждения позвоночника и спинного мозга проводили ядерно-магнитную резонансную томографию и рентгенографию, для выяснения степени повреждения спинного мозга — электромиографию.

Статистическую обработку результатов проводили с вычислением средней арифметической (\bar{x}), стандартной ошибки средней арифметической (m). Для оценки меры рассеяния использовали среднее квадратическое отклонение. Эти параметры вычисляли с помощью программы Excel.

Результаты и обсуждение. Среди 100 больных, которым было проведено анкетирование, наличие пролежней в анамнезе установлено в 63 ($63,0 \pm 9,7\%$) случаях, соответственно 37 ($37,0 \pm 9,7\%$) пациентов не привели в анкете сведений о пролежнях.

В исследуемой группе было 79 городских жителей и 21 человек проживал в сельской местности. Как видно из данных, представленных в таблице, частота пролежней среди городских и сельских жителей статистически не различалась. Не установлено отличий и в группе пациентов с разным уровнем образования. Среди 15 пациентов с высшим образованием пролежни образовались у 9 из 62 человек, со средним, средним специальным образованием пролежневые раны констатированы в 42 случаях; 23 человека имели общее среднее образование или являлись школьниками, из них 12 покинули стационар с пролежневыми ранами. Проведенный статистический анализ не выявил статистически значимой связи между уровнем образования и частотой возникновения пролежней.

С родственниками проживали 93 пациента, из них у 59 образовались пролежни, у 2 человек, живших в интернате, развитие пролежневых ран не отмечено, из 5 одиноких больных пролежни появи-

лись у 4 респондентов. Статистически значимой частоты развития пролежней в зависимости от семейного положения не отмечено.

Не выявлено также существенных различий появления пролежневых ран в зависимости от пола пациентов. Пролежни в анамнезе имелись у 48 из 77 мужчин и у 15 из 23 женщин. Среди анкетированных были изучены данные о наличии пролежней в зависимости от пола при выписке из стационара. Из 48 мужчин, имевших пролежни в анамнезе, у 40 они образовались в период первичной госпитализации. Все 15 случаев пролежней у женщин были зафиксированы исключительно в стационаре. Различия в этой группе оказались статистически значимы.

В большинстве случаев пролежни возникали в течение первого месяца после травмы. По анкетным данным, в 1-е сутки пролежни возникли у 22 ($34,9 \pm 6,0\%$) больных, в течение 1-й недели — еще у 21 ($33,3 \pm 5,9\%$) пациента; у 8 ($12,7 \pm 4,2\%$) человек пролежневые раны сформировались в течение последующих 8—30 сут, в 12 ($19,0 \pm 4,9\%$) случаях пролежни возникли в более поздние сроки. В течение 1-го месяца возникло статистически значимо больше пролежней, чем в более поздние сроки после травмы.

Среди 63 пациентов с пролежнями после травмы лишь у 8 больных они образовались после выписки из стационара, в то время как 55 пациентов покинули стационар, в котором оказывалась первая помощь, с пролежневыми ранами. Как видно из представленных в таблице данных, частота возникновения пролежней в стационаре была статистически значимо выше аналогичного показателя вне стен медицинского учреждения.

Заслуживает внимания тот факт, что из 8 больных (все — мужчины), с пролежнями, возникшими дома, у 7 они образовались в сидящих областях и возникли в то время, когда больным было разрешено садиться. Из этих 7 пациентов 4 были выписаны из реабилитационного центра с нарушением больничного режима (алкогольное, наркотическое опьянение), в 1 случае отмечалась неблагоприятная семейная обстановка. У 1 пациента пролежни появились через 2 года в связи с ограничением активности после операции.

Из 100 пациентов сразу после травмы 19 человек были госпитализированы в отделение травматологии, пролежни развились в 15 случаях. Из 77 больных, поступивших в нейрохирургические отделения, пролежневые раны в последующем развились у 38 пациентов. В хирургических отделениях общего профиля получали лечение 4 человека, в процессе лечения пролежни были констатированы у 2 больных. Как видно из представленных в таблице данных, в группе больных, госпитализированных в отделение травматологии, пролежни возникали статистически значимо чаще, чем у пациентов, получавших лечение в нейрохирургическом отделении.

Основная локализация пролежневых ран в крестцовой области — 39 ($61,9 \pm 12,2\%$) случаев, вторыми по значимости являются множественные локализации — 14 ($22,2 \pm 10,4\%$) случаев, в 2 ($3,2 \pm 4,4\%$) случаях пролежни появлялись в вер-

тельных областях, у 5 ($7,9 \pm 6,8\%$) больных раны развились в седалищных областях, у 3 ($4,8 \pm 5,4\%$) пациентов имелись пролежни других локализаций.

Как видно из приведенных выше данных, наиболее частая локализация пролежней — крестцовая область. Из 48 мужчин с пролежнями у 24 ($50,0 \pm 14,4\%$) они образовались на крестце. Из 15 женщин с пролежневыми ранами во всех случаях пролежни развились в крестцовой области. Следует отметить, что у женщин пролежни на крестце развивались статистически значимо чаще, чем у мужчин ($p < 0,001$).

Сразу после травмы в 79 случаях родственники пострадавшего осуществляли дополнительный уход, в 18 случаях уход проводился только медицинским персоналом, 3 пациента не нуждались в дополнительном уходе. Среди больных, которым проводился дополнительный уход со стороны родственников, пролежни образовались у 52 человек. В 11 случаях из 18 пролежни образовались у пациентов, уход за которыми осуществлялся только медицинским персоналом. Статистически достоверной зависимости образования пролежневых ран от наличия или отсутствия ухода за пациентами со стороны родственников не выявлено.

Смена положения тела проводилась через 2 ч 62 пациентам, из них пролежни образовались у 26 ($41,9 \pm 6,3\%$) больных. В 13 случаях меняли положение тела через 3—4 ч, пролежневые раны появились у 9 ($69,2 \pm 12,8\%$) человек. У 14 человек смена положения тела проводилась 2—3 раза в сутки, пролежни образовались в 12 ($85,7 \pm 9,4\%$) случаях. У 8 больных положение тела не менялось, пролежни образовались в каждом случае. Трем пациентам помощь в смене положения тела не требовалась в связи с отсутствием у них выраженных неврологических нарушений, изменение положения тела проводилось самостоятельно по мере необходимости. Как видно из данных статистического анализа, представленных в таблице, смена положения тела реже чем через 2 ч достоверно увеличивает частоту образования пролежней.

С полным нарушением чувствительности было 43 пациента, пролежни развились в 28 случаях. Частичное нарушение проводимости по спинному мозгу с элементами сохраненной чувствительности наблюдалось у 54 больных, пролежневые раны образовались у 34 человек. В 3 случаях чувствительность была сохранена, пролежни образовались у 1 пациента. Достоверной зависимости образования пролежневых ран от степени повреждения спинного мозга, от наличия или отсутствия чувствительности ниже уровня повреждения спинного мозга не выявлено.

Также не выявлено статистически значимого различия возникновения пролежневых ран от уровня повреждения позвоночника. Анкетировано 24 пациента с повреждением позвоночника и спинного мозга в шейном отделе, 48 больных с повреждением в грудном отделе, 28 человек с травмой в поясничном отделе позвоночника. Пролежни соответственно образовались в 16, 30 и 17 случаях.

У 9 респондентов для отведения мочи сразу после спинальной травмы или в ближайшие дни была наложена эпицистостома, из них у 8 человек впо-

следствии развились пролежни и только у 1 пролежни отсутствовали. Катетером моча отводилась у 85 пациентов, в 53 случаях развились пролежни. Различия в данной группе статистически достоверны.

Сочетанная травма была зафиксирована у 50 пациентов: повреждение конечностей — у 22, нарушение целостности внутренних органов — у 6, черепно-мозговая травма (ЧМТ) — у 13, различные комбинированные повреждения — у 9 человек. В дальнейшем при наличии поврежденных конечностей пролежни развились у 15 больных, при травме внутренних органов — у 3, при ЧМТ — у 8 пациентов, при комбинированных повреждениях — у 7 человек. Частота развития пролежней в группе пациентов с наличием сочетанной травмы статистически достоверно выше, чем у пациентов с изолированной позвоночно-спинномозговой травмой.

Как видно из представленных данных, пролежневые раны возникают в стационаре в течение 1-го месяца после травмы.

Современные представления о причинах возникновения пролежней у пациентов с ТБСМ достаточно противоречивы. В частности, А. В. Басков [2] среди факторов риска образования пролежней указывает на уровень повреждения спинного мозга, тяжесть нарушений чувствительности и функции тазовых органов, активность пациента. Тем не менее в настоящем исследовании не отмечена зависимость частоты образования пролежней от степени нарушения чувствительности и уровня повреждения спинного мозга. Выявлена зависимость образования пролежней от частоты смены положения тела, от вида стационара, в котором оказывалась первичная помощь, а также от наличия или отсутствия сочетанной травмы.

Значительную роль в образовании пролежней играет и метод отведения мочи. Казалось бы, наложение эпицистостомы избавит пациента от излишнего увлажнения кожи и предотвратит развитие пролежней, тем не менее, как видно из представленных данных, частота возникновения пролежней у пациентов с эпицистостомой достоверно выше, чем при использовании других методов отведения мочи. Вполне вероятно, что образование пролежней в группе больных с эпицистостомами связано с ограничением активности в послеоперационном периоде.

Кратность смены положения тела, несомненно, является одним из ключевых факторов ухода за больным с ТБСМ и, что вполне очевидно, играет важную роль в профилактике пролежней. Можно полагать, что подготовка персонала и методы ухода за больными данного профиля в специализированных стационарах позволяют более эффективно проводить профилактику пролежней, чем в условиях неспециализированного учреждения. Нельзя сбрасывать со счетов и то, что несколько лучшая ситуация в нейрохирургических отделениях обусловлена другими штатными нормативами и, возможно, определенной "настроенностью" медицинского персонала на тяжесть травмы.

Можно было бы предполагать, что различные социально-гигиенические факторы прямо или косвенно влияют на возможности ухода за больными,

могут играть важную роль в профилактике пролежней. Однако в данной работе не установлено, что социальный статус пациентов, уровень их образования влияли на факт появления и степень развития пролежней. Кроме того, наличие дополнительного ухода в стационаре не влияло на частоту развития пролежней. Возможно, родственники пострадавших, осуществлявшие уход, не были в достаточной мере проинструктированы.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что вероятность развития пролежней в наибольшей степени связана с элементами ухода за больными и организацией этой деятельности и в меньшей степени связана с различными параметрами, характеризующими тяжесть клинических проявлений ТБСМ.

Выводы

1. Пролежни различной локализации встречаются в $63,0 \pm 9,7\%$ случаев.
2. Большинство пролежневых ран возникает в стационаре в течение 1-го месяца после травмы ($81,0 \pm 4,9\%$), чаще встречается у пациентов с наличием сочетанной травмы ($66,0 \pm 6,7\%$), зависит

от кратности смены положения тела и методов отведения мочи.

3. Социальный статус пациентов не влияет на частоту и степень развития пролежней. На развитие пролежней также не оказывают выраженного влияния уровень и степень повреждения позвоночника и спинного мозга.

4. Госпитализация пациентов в специализированное отделение сразу после травмы снижает риск образования пролежней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базилевская З. В., Головных Л. Л., Киркинская Т. А. // *Вопр. нейрохир.* — 1980. — № 6. — С. 37—41.
2. Басков А. В. Хирургия пролежней: В помощь практическому врачу. — М., 2001.
3. Леонтьев М. А., Овчинников О. Д., Филатов Е. В. // *Материалы Российского нац. конгресса "Человек и его здоровье"*. — СПб., 2006. — С. 156.
4. Савченко П. А., Филатов Е. В. // *Вопр. реконструкт. и пласт. хир.* — 2003. — № 3. — С. 16—20.
5. Филатов Е. В., Леонтьев М. А., Овчинников О. Д. // *Вестн. Кузбас. науч. центра "Инноват. технол. мед. науки и практики здравоохран."* — 2006. — Вып. 2. — С. 157—159.

Поступила 24.07.08

© М. Э. ГРИШИН, 2008

УДК 613.81-056.266

М. Э. Гришин

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ У ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ БЫТОВЫХ ТРАВМ

ФГУ "Федеральное бюро медико-социальной экспертизы" Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Москва

В ФГУ ФБМСЭ проводится изучение состояния употребления алкогольных напитков у инвалидов вследствие бытовых травм. Базы исследования — отдел изучения проблем инвалидности ФГУ ФБМСЭ и специализированные БМСЭ Москвы. Период наблюдения — 2007 г. Исследование выборочное (выборка составила 180 инвалидов).

Анализ выборочной совокупности выявил следующие особенности.

В структуре по полу преобладают мужчины — 60%, женщины составляют 40% от общего числа.

Изучение возрастной структуры показало, что инвалиды в возрасте 18—20 лет составляют 2,2%, в возрасте 21—30 лет — 6,7%, в возрасте 31—40 лет — 13,3%, преобладают инвалиды в возрасте 41—50 лет — 23,3% и 51—54 лет — 20%, в возрасте 55—59 лет — 15,6%, в возрасте 60 лет и старше — 18,9% от общего числа. Общее число инвалидов до 40 лет составляют 22,2%, в возрасте 41—54 лет — 43,3%, в возрасте 55 лет и старше — 34,5% от общего числа. У мужчин инвалиды в возрасте моложе 40 лет составили 27,7%, в возрасте 41—54 лет — 40,7%, в возрасте 55 лет и старше — 31,6%. У женщин инвалидов моложе 40 лет меньше — 14%, в возрасте 41—54 лет — несколько больше — 47,2%, в возрасте

55 лет и старше несколько больше — 38,8%, т. е. наиболее многочисленной является группа инвалидов в возрасте 51—54 лет (табл. 1).

Начальное образование имели 3,3%, преобладали инвалиды со средним образованием — 75,6%, высшее образование имели 21,1% инвалидов. У женщин среднее образование имели 75%, высшее — 25% от общего числа. У мужчин начальное образование имели 5,6%, среднее — 75,9%, высшее — 18,5% инвалидов.

Рабочие составили 17,8%, служащие — 22,2%, пенсионеры — 2,2%, не работали 57,8%. У мужчин рабочие составили 25,9%, служащие — 11,1%, пен-

Таблица 1

Возрастно-половая структура инвалидов вследствие бытовых травм (в %)

Пол	Возраст, годы							Всего
	18—20	21—30	31—40	41—50	51—54	55—59	60 и старше	
Мужчины	1,8	7,4	18,5	22,2	18,5	20,5	11,1	100,0
Женщины	2,8	5,6	5,6	25,0	22,2	8,3	30,5	100,0
Оба пола	2,2	6,7	13,3	23,3	20,0	15,6	18,9	100,0