

# Экспертно-реабилитационная оценка пациентов с производственными травмами нижних конечностей с позиции МКФ Шнигир А.А., Лабунь А.И.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** По данным Всемирной организации здравоохранения производственный травматизм, представляет собой серьезную проблему здравоохранения во всем мире, влияющую на социальную жизнь и экономический статус. Среди стран Содружества независимых государств (СНГ) по количеству людей, получивших производственные травмы Республика Беларусь по состоянию на 2023 год занимает третье место – 1850 человек, после Российской Федерации (5892 чел.) и Казахстана (2670 чел.).

Несмотря на многочисленные усилия, предпринятые для улучшения профилактики заболеваний и техники безопасности на производстве, несчастные случаи на производстве сохраняются и зачастую приводят к серьезным травмам, а в отдельных случаях к смерти. Также несчастные случаи приводят к значительным потерям рабочего времени. Поэтому проблема производственного травматизма является и острой медико-социальной проблемой, так как речь идет о лицах трудоспособного возраста и значительных потерях трудового потенциала страны.

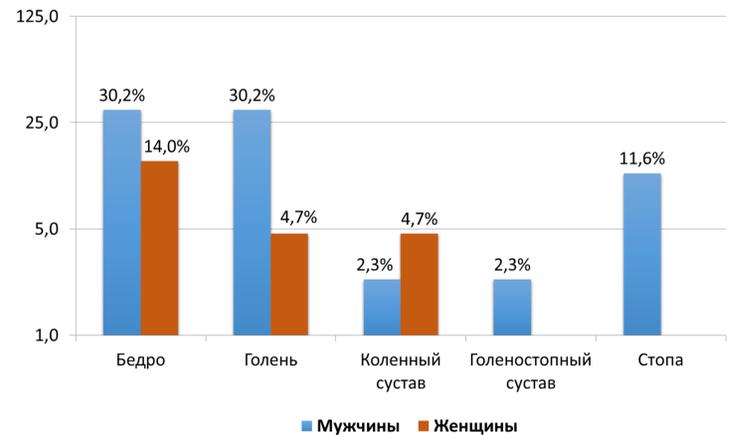


Рисунок 1 – Распределение пациентов по полу и локализации производственных травм

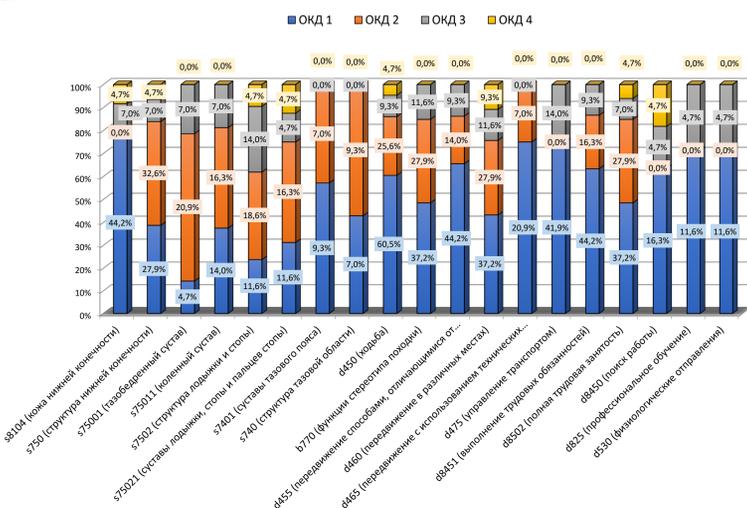


Рисунок 2 – Количественное распределение определителей категорий доменов по кодам МКФ

**Цель работы** – провести экспертно-реабилитационную оценку пациентов с производственными травмами нижних конечностей с учетом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ).

**Материалы и методы.** Проанализированы данные оценки ограничений жизнедеятельности 43 пациентов с производственными травмами нижних конечностей, обследованных на базе консультативно-поликлинического отделения Государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», Учреждения здравоохранения «Медико-реабилитационная экспертная комиссия Минской области». Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel 2010.

**Результаты и обсуждение.** Половозрастная структура пациентов с производственными травмами нижних конечностей была представлена следующим образом: мужчины – 33 (76,7%) чел., женщины – 10 (23,3%) чел., средний возраст пациентов составил 50,5±10,3 лет.

В данной выборочной совокупности пациентов мужского пола наиболее часто поражаемыми анатомическими сегментами являлись бедро – 13 (30,2%) случаев и голень – 13 (30,2%) случаев соответственно. У пациентов женского пола наиболее часто поражаемым анатомическим сегментом являлось бедро – 6 (14,0%) случаев (рисунок 1). При оценке функциональных классов (далее – ФК) категорий ограничений жизнедеятельности (способности к самостоятельному передвижению, к самообслуживанию, к трудовой деятельности) у пациентов с производственными травмами нижних конечностей были установлены: способность к самостоятельному передвижению: ФК 2 нарушений – у 5 (11,6%) чел., ФК 3 – у 1 (2,3%) чел., ФК 1 нарушений выявлен у 15 (34,9%) чел.; способность к самообслуживанию: ФК 2 нарушений – у 7 (16,6%) чел., ФК 1 – у 18 (41,9%) чел.; способность к трудовой деятельности: ФК 2 – у 11 (25,6%) чел., ФК 4 нарушений отмечен у 1 (2,3%) чел., ФК 1 – у 30 (69,8%) чел. (таблица 2).

В данной выборочной совокупности проведено ранжирование определителей категорий доменов (далее – ОКД) МКФ. Наибольшая частота установления ОКД МКФ пришлась на код d450 (ходьба), что обусловлено нарушением статодинамической функции, приводящей к ограничениям жизнедеятельности в виде способности к самостоятельному передвижению. Чаще всего самый тяжелый (4) ОКД устанавливался в коде d460 (передвижение в различных местах), что объясняется многосуставным характером выполняемых движений и сложностью таких видов перемещения как ползание и преодоление различных препятствий. Стоит отметить, что в пределах данного кода МКФ частота установления ОКД находится на втором месте по частоте (таблица 1, рисунок 2).

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, ICF) — классификация компонентов здоровья, ограничения жизнедеятельности и функционирования. МКФ используется как универсальный язык для общения специалистов занимающихся реабилитацией и собирающих данные о распространённости инвалидности. МКФ входит в семейство международных классификаций, предложенных к использованию Всемирной организацией здравоохранения. МКФ используется ВОЗ одновременно с МКБ-10, например, в медицинской и социальной реабилитации. МКБ позволяет сформулировать и зашифровать клинический диагноз (нозологический), который описывает, главным образом, причины и основной патогенетический вариант заболевания. МКФ используется для формулировки реабилитационного диагноза, который связан с состоянием пациента на момент осмотра. Реабилитационный диагноз представляет собой список проблем пациента, которые определяют функционирование пациента. ВОЗ рекомендует использовать МКФ для управления процессом медицинской реабилитации.

Таблица 1 – Распределение определителей категорий кодов доменов у пациентов с производственными травмами нижних конечностей

Коды МКФ	ОКД 1		ОКД 2		ОКД 3		ОКД 4		Всего	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
s8104 (кожа нижней конечности)	19	44,2	0	0,0	3	7,0	2	4,7	24	55,8
s7501 (структура нижней конечности)	12	27,9	14	32,6	3	7,0	2	4,7	31	72,1
s75001 (тазобедренный сустав)	2	4,7	9	20,9	3	7,0	0	0,0	14	32,6
s75011 (коленный сустав)	6	14,0	7	16,3	3	7,0	0	0,0	16	37,2
s7502 (структура лодыжки и стопы)	5	11,6	8	18,6	6	14,0	2	4,7	21	48,8
s75021 (суставы лодыжки, стопы и пальцев стопы)	5	11,6	7	16,3	2	4,7	2	4,7	16	37,2
s7401 (суставы тазового пояса)	4	9,3	3	7,0	0	0,0	0	0,0	7	16,3
s740 (структура тазовой области)	3	7,0	4	9,3	0	0,0	0	0,0	7	16,3
d450 (ходьба)	26	60,5	11	25,6	4	9,3	2	4,7	43	100
b770 (функции стереотипа походки)	16	37,2	12	27,9	5	11,6	0	0,0	33	76,7
d455 (передвижение способами, отличающимися от ходьбы)	19	44,2	6	14,0	4	9,3	0	0,0	29	67,4
d460 (передвижение в различных местах)	16	37,2	12	27,9	5	11,6	4	9,3	37	86,0
d465 (передвижение с использованием технических средств)	9	20,9	3	7,0	0	0,0	0	0,0	12	27,9
d475 (управление транспортом)	18	41,9	0	0,0	6	14,0	0	0,0	24	55,8
d8451 (выполнение трудовых обязанностей)	19	44,2	7	16,3	4	9,3	0	0,0	30	69,8
d8502 (полная трудовая занятость)	16	37,2	12	27,9	3	7,0	2	4,7	33	76,7
d8450 (поиск работы)	7	16,3	0	0,0	2	4,7	2	4,7	11	25,6
d825 (профессиональное обучение)	5	11,6	0	0,0	2	4,7	0	0,0	7	16,3
d530 (физиологические отправления)	5	11,6	0	0,0	2	4,7	0	0,0	7	16,3

Таблица 2 – Ограничения жизнедеятельности у пациентов с производственными травмами нижних конечностей

Функциональный класс (ФК)	Способность к самостоятельному передвижению		Способность к самообслуживанию		Способность к трудовой деятельности	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
ФК0	22	51,2	18	41,9	1	2,3
ФК1	15	34,9	18	41,9	30	69,8
ФК2	5	11,6	7	16,2	11	25,6
ФК3	1	2,3	0	0,0	0	0,0
ФК4	0	0,0	0	0,0	1	2,3
Всего:	43	100	43	100	43	100

**Заключение.** Полученные результаты анализа экспертно-реабилитационной оценки пациентов с производственными травмами нижних конечностей позволяют сделать вывод о необходимости дифференцированного подхода к выявлению структурных и функциональных нарушений организма, ограничения активности и участия, ограничений жизнедеятельности с позиции МКФ как основного описательного базиса, что в дальнейшем позволит усовершенствовать экспертно-реабилитационную помощь, стандартизировать и повысить качество проведения медико-социальной экспертизы, объективизировать подходы к определению инвалидности у данной категории пациентов.