

*И.И. Кислицкая***КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВСЛЕДСТВИЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ**

Донецкий центр медико-социальной экспертизы

Ключевые слова: несчастный случай, производство, психические расстройства, социальные особенности

Несчастный случай – это ограниченное во времени событие или внезапное влияние на работника вредного производственного фактора или среды, происшедших в процессе исполнения им трудовых обязанностей, вследствие чего причинен вред здоровью или наступила смерть [1].

В условиях крупного промышленного региона, которым является Донецкая область, несчастные случаи на производстве являются нередким спутником нарушений технологического процесса, нарушений техники безопасности, природных катаклизмов, приводящих к возникновению техногенных аварий. Основными повреждающими здоровье факторами являются травматические повреждения различной локализации, в т.ч. головного мозга, токсические воз-

действия продуктами горения метана, хлорбензолом и др. ядовитыми веществами, стрессогенные факторы [2]. У многих пострадавших в дальнейшем формируются психические нарушения со стойкой инвалидизацией, что в соответствии с законом является основанием для страховых выплат [1,3].

Особенности социального функционирования больных с психическими расстройствами вследствие несчастных случаев на производстве изучены недостаточно [4], что затрудняет проведение реабилитационных мероприятий.

Цель настоящего исследования заключается в изучении клинико-социальных особенностей лиц с психическими расстройствами, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и признанных в дальнейшем инвалидами.

Материалы и методы исследования

Проведен структурно-динамический анализ 96 лечебно-экспертных дел инвалидов, проходивших медико-социальную экспертизу в Донецкой областной психиатрической МСЭК.

Большая часть инвалидов в прошлом работала на предприятиях угольной промышленности. Все они пережили ситуацию несчастного

случая на производстве, что нашло подтверждение в имеющемся у них «Акте о несчастном случае на производстве» (форма Н-1).

Исследование проводилось с помощью специально разработанной структурированной карты, позволяющей оценить клинико-динамические, социальные и социально-демографические особенности пострадавших.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследованных было 90 (93,7%) мужчин и 6 (6,3%) женщин. 81 человек (84,4%) имели семьи, 15 (13,6%) не были женаты или находились в разводе. По возрасту больные распределились следующим образом: 20-29 лет – 6 человек (6,2%), 30-39 лет – 27 (28,2%), 40-49 лет – 54 (56,3%), 50-59 лет – 6 (6,2%) и 60 лет и старше 3 (3,1%) человека.

Высшее образование имело только 3 человека (3,1%), а неоконченное среднее 6 человек (6,2%). Большая часть обследованных имела среднее образование (87; 97,7%). Основную

группу составили представители ведущих шахтных профессий – рабочие очистных забоев, проходчики и электрослесари (78,3%). Стаж работы на производстве до несчастного случая у 48 человек (50,0%) не превышал 5 лет, у 24 (25,0%) он составил 6-10 лет и у 24 (25,0%) свыше 10 лет.

Большинство несчастных случаев в исследуемой группе больных произошло в весенне-летний период (71,8%; $p < 0.01$), а в осенне-зимний период только 29,2%. 54 человека (56,4%) перенесли черепно-мозговые травмы различной сте-

пени тяжести, 21 человек (21,9%) – отравление угарным газом или хлорбензолом, 6 человек (6,2%) – комбинированные поражения (черепно-мозговая травма и отравление угарным газом), 3 человека (3,1%) – электротравму, 3 (3,1%) тепловой удар и 9 человек (9,3%) – посттравматическое стрессовое расстройство. В остром периоде заболевания больные госпитализировались в различные специализированные отделения: неврологическое – 21 человек (21,9%), травматологическое – 18 (18,7%), реанимационное – 27 (28,2%), нейрохирургическое – 15 (15,6%), прочие (терапевтическое, офтальмологическое, психиатрическое) – 15 (15,6%). 45 пострадавших (46,9%) после перенесенного несчастного случая в течение нескольких лет наблюдались у невропатологов, остальные – у других специалистов или вообще врачами регулярно не наблюдались.

Все обследованные состояли на диспансерном учете у психиатров, однако необходимость в этом возникла спустя различные сроки после перенесенного несчастного случая: 66 человек (68,8%) в течение первого года, 6 человек (6,2%) – через 2 года, 9 человек (9,5%) – через 5 лет и 9 (9,5%) – спустя больший (от 8 до 13 лет) промежуток времени. При первичном освидетельствовании пострадавших МСЭК в 63 случаях (65,6%) определена III группа инвалидности, в 33 случаях (34,4%) – II группа. У 38 человек (39,6%) между несчастным случаем и определением группы инвалидности прошло 4–6 месяцев, у 30 человек (31,2%) – 1–2 года и у 25 человек (26,1%) – от 5 до 20 лет.

Оценка трудоспособности больных при проведении МСЭ определялась (независимо от клинической формы заболевания) на основе количественных измерений различных сфер (патодинамической, личностно-психологической и социальной) функциональной недостаточности пациента. Общими критериями для признания его инвалидом (при наличии всех признаков) являлись:

1. Стойкая функциональная недостаточность, обусловленная заболеванием или травмой, с неустойчивым или неблагоприятным клиническим прогнозом.

2. Ограничение жизнедеятельности (социальная несостоятельность) пациента.

3. Снижение уровня реабилитационного потенциала личности.

4. Необходимость осуществления мер по реабилитации и (или) социальной защите и помощи.

При вынесении экспертного решения о трудоспособности всем больным в процессе стационарного исследования определялся функциональный диагноз с указанием категориального психиатрического диагноза и уровня снижения жизнедеятельности (устанавливался уровень реабилитационного потенциала и характер приспособительного поведения больного). Распределение больных, признанных инвалидами, по категориальным психиатрическим диагнозам по МКБ-10 было следующим:

- органическое расстройство личности (F07.0) – 48 чел. (50,0%);

- посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) – 15 чел. (15,7%);

- органическое астеническое (эмоционально-лабильное) расстройство (F06.6) – 9 чел. (9,4%);

- органическое шизофреноподобное расстройство (F06.2) – 9 чел. (9,4%);

- хроническое изменение личности (F62.8) – 6 чел. (6,2%);

- генерализованное тревожно-фобическое расстройство (F41.1) – 6 чел. (6,2%);

- обсессивно-компульсивное расстройство (F42) – 3 чел. (3,1%).

Обследованный контингент больных постоянно в течение длительного времени наблюдался в психоневрологических диспансерах: до 1 года – 6 человек, 2–5 лет – 3 человека, 6–10 лет – 33 человека и свыше 10 лет – 27 человек. У всех пациентов наблюдалась четкая тенденция к хронизации болезни, частым обострениям, нарастанию психоорганических изменений и социальной дезадаптации. Общими клиническими проявлениями у них были психическая торпидность, нерезко выраженное ослабление мнестических функций, снижение психической продуктивности, способности к целенаправленной деятельности, а также значительная частота аггравационно-установочных тенденций. Возникновение декомпенсаций обычно было обусловлено не столько психотравмирующими в широком смысле слова воздействиями, сколько своеобразной нозоцентрической позицией личности и расхождением между субъективной значимостью болезни и объективной оценкой ее тяжести. Появляющиеся при этом переживания составляли содержание психологического конфликта и чаще всего предопределяли изменения структурных особенностей личности и мотивационно-ценностной системы больных.

У подавляющего большинства больных (84 человека, 87,5%) выявлена соматическая, в т.ч. неврологическая патология.

Имея статус инвалида постоянно работал на производстве 21 человек (21,9%), периодически – 12 (12,5%). Не принимали участия в трудовой деятельности 63 человека (65,6%). Из числа работающих инвалидов только 18,7% выполняли квалифицированную работу.

При первичном определении группы инвалидности у 21 человека (21,8%) установлено 25-30% утраты профессиональной трудоспособности, у 15 (15,6%) – 40-45%, у 33 (34,4%) – 50-60% и у 27 (28,2%) – 70-80%.

В процессе анализа полученных данных установлено, что группа инвалидности у больных с психопатологическими последствиями несчастных случаев является более стабильной категорией, чем процент утраты трудоспособности. Так, если группа инвалидности, установленная

при первичном освидетельствовании, в дальнейшем оставалась без изменений у 69 больных (71,9%), в т.ч. во всех случаях при первичном установлении II группа инвалидности, то стабильный процент утраты трудоспособности наблюдался только у 48 больных (50,0%, $p < 0,05$). Следует отметить полное отсутствие положительной динамики как уровня снижения трудоспособности, так и процента ее утраты. В то же время у 27 больных (28,1%) отмечалась отрицательная динамика трудоспособности (утяжеление группы инвалидности), а у 48 человек (50,0%) – увеличение процента утраты трудоспособности.

Динамика инвалидности и процента снижения трудоспособности в зависимости от возраста больных представлена в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Динамика инвалидности в зависимости от возраста больных

Возраст, лет	Динамика инвалидности					
	Без изменений		Положительная		Отрицательная	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-29	6	8,7	-	-	-	-
30-39	18	26,1	-	-	9	33,3
40-49	39	56,5	-	-	15	55,5
50-59	6	8,7	-	-	-	-
60 и >	-	-	-	-	3	11,2
Всего	69	100,0	-	-	27	100,0

Таблица 2

Динамика процента утраты трудоспособности в зависимости от возраста больных

Возраст, лет	Динамика процента утраты трудоспособности					
	Без изменений		Увеличение		Снижение	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-29	6	12,5	-	-	-	-
30-39	12	25,0	15	31,3	-	-
40-49	24	50,0	30	62,5	-	-
50-59	6	12,5	-	-	-	-
60 и >	-	-	3	6,2	-	-
Всего	48	100,0	48	100,0	-	-

Из таблиц 1 и 2 следует, что наибольший уровень отрицательной динамики инвалидности (55,5%) и нарастания процента утраты трудоспособности (62,5%) наблюдался в возрастной группе 40-49 лет, у лиц с большой длительностью пребывания на инвалидности. Можно предположить, что продолжительная инвалидизация сама по себе оказывает неблагоприятное влияние на уровень жизнедеятельности и социальной адаптации больных. С другой стороны, мало эффективными оказываются индивидуальные реабилитационные программы, рекомендуемые

этому контингенту инвалидов медико-социальной экспертной комиссией.

Низкие показатели социально-трудовой адаптации больных, признанных инвалидами в результате несчастных случаев на производстве, перенесших относительно легкие черепно-мозговые травмы (сотрясение головного мозга) или отравление легкой степени (93% пострадавших), свидетельствуют о сложных и многозначных соотношениях между клинико-биологическими особенностями выявленных расстройств и уровнем снижения жизнедеятельности больных,

включая трудоспособность. При этом роль несчастного случая (ЧМТ или отравление) с его повреждающим воздействием на головной мозг можно рассматривать в одних случаях как непосредственную причину развивающихся психических расстройств и снижения уровня жизнедеятельности больного, в других – как фактор «заостряющий» (декомпенсирующий) преморбидно дисгармоническую структуру личности с преобладанием эгоцентрических мотивационно-смысловых ориентаций, в третьих – как фрустрирующую стрессогенную ситуацию, способствующую дефор-

мации личности у преморбидно нормально-го человека.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить определенные клинические, клинико-социальные, социально-демографические особенности у лиц, перенесших несчастные случаи на производстве и признанных инвалидами в связи с наличием психических расстройств. Полученные данные можно использовать для совершенствования медико-социальной экспертизы и разработки индивидуальных реабилитационных программ для этого контингента больных.

I.I. Kislitskaya

КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, ПОВ'ЯЗАНІ З НЕЩАСНИМИ ВИПАДКАМИ НА ВИРОБНИЦТВІ

Донецький центр медико-соціальної експертизи

У статті наведені клініко-соціальні характеристики хворих на психічні розлади, пов'язані з нещасними випадками на виробництві. Показані особливості динаміки втрати професійної працездатності. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 106-109)

I.I. Kislitskaya

CLINICO-SOCIAL FEATURES ILL WITH ALIENATIONS, BOUND WITH CASUALTIES ON EFFECTING

Donetsk center of medical-social expertise

In the article the reduced clinico-social characteristics ill with alienations, bound with casualties on effecting. The features of dynamics of loss of professional capacity for work are rotined. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 106-109)

Литература

1. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності». — Відомості Верховної Ради, 1999, № 46-47, ст. 403.
2. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и

проблема посттравматических стрессовых расстройств. — Межд. мед. журнал. — 2000. — Т.6, № 3. — С. 31-34.

3. Абрамов В.А. Реабилитация больных с последствиями черепно-мозговых травм. — Киев: Здоровье. — 1992. — 190 с.

4. Штенгелов В.В., Приб Г.А., Лоза Д.Д., Дубинін І.С., Проніна Т.В. Реабілітаційні підходи до постраждалих від техногенних аварій і катастроф. Архів психіатрії. — Т.10, 1(36), 2004. — С. 63-64.

Поступила в редакцию 17.05.2004