**ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ**

Рузибаев Д.Р.

ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Национальный Центр реабилитации и протезирования инвалидов
Республики Узбекистан

Актуальность. Количество повреждений и заболеваний тазобедренного сустава составляет 8,1% среди всех патологии опорно-двигательной системы, поэтому проблема восстановления полноценной функции суставов является достаточно актуальной в современной ортопедии. В настоящее время наиболее эффективным среди оперативных методов лечения заболеваний тазобедренного сустава является эндопротезирование (6,7,9,11).

В последнее десятилетие эндопротезирование становится одной из самых распространенных операций в нашей стране, выполняемых у взрослых пациентов.

Неудовлетворительные результаты консервативного лечения больных с коксартрозами выдвинули на первый план их медицинской реабилитации оперативные методы лечения. Эндопротезирование сустава – замена разрушенного или патологически измененного сустава искусственным имплантатом – стало распространенной операцией в крупных лечебных учреждениях нашей республики (1,2,3,10,14).

В настоящее время четко определены показания к тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава (ТЭТС): анкилоз в одном или двух суставах, двусторонний коксартроз III степени, новообразования проксимального конца бедренной кости, ревматоидный артрит, застарелый вывих бедра, последствие тяжелого перелома головки и шейки бедренной кости. По мере накопления опыта проведения операций, совершенствования конструкции эндопротезов показания к замене сустава искусственным имплантатом расширяются.

По данным литературы, резекция патологически измененной костной ткани и установка искусственного шарнира обеспечивают восстановление подвижности оперированном суставе у 70-90% больных (4,5,8,12,13).

Следует отметить, что состояние трудоспособности оперированных больных в специальной литературе практически не рассматривается, а нормативные документы, регламентирующие подобные вопросы почти отсутствуют. В связи с этим изучение этого вопроса считается актуальной и своевременной.

Цель исследования. Изучение особенности медико-социальной реабилитации у больных и инвалидов после эндопротезирования тазобедренного сустава, а также исследование трудоспособности их.

Материалы и методы исследования. Обследовано 126 больных и инвалидов, перенесших операцию эндопротезирования. Среди пациентов преобладали лица женского пола – 78%, большинство больных (73%) было в трудоспособном возрасте (от 28 до 50 лет). Время пользования протезом было различным: до 1 года – 67 человек, до 3-х лет – 31, до 5 лет – 28 человек.

Результаты исследования. У всех больных отмечен благоприятный функциональный исход эндопротезирования. Субъективно все пациенты отмечали отсутствие болевого синдрома или значительное его уменьшение, восстановление опороспособности конечности, увеличение объема активных движений в оперированном суставе. Объективная оценка функции оперированного сустава и статико-динамической функции конечности в целом (ангулометрия, определение типографии мышц, укорочения, темпа ходьбы, локомоторных стереотипов) свидетельствует, что у 70-75% оперированных пациентов имеет место легкое нарушение СДФ, у 25-30% – умеренное и выраженное, и оно обычно обусловлено дегенеративно-дистрофическими изменениями в контрлатеральном суставе, поясничного отдела позвоночника либо осложнениями, возникшими в раннем или отдаленном послеоперационном периоде.

При изучении медико-социальной экспертизы у больных после эндопротезирования тазобедренного сустава выяснилось, что из 78 пациентов трудоспособного возраста 30 не признавались инвалидами до операции, инвалидами II группы были 36 человек, III группы – 12 человек.

Через 12 месяцев все больные трудоспособного возраста были приглашены в национальный центр реабилитации и протезирования инвалидов Республики Узбекистан для контрольного

осмотра и проведения этапа повторно - курсовой медицинской реабилитации в условиях стационара. Из ранее не признававшихся инвалидами повторно обследовано 26 больных в трудоспособном возрасте. Решением экспертной комиссией по месту жительства у 22 из них была установлена III группы инвалидности без срока переосвидетельствования по выраженному анатомическому дефекту, к которому по ныне существующему законодательству относится эндопротезированный тазобедренный сустав. У 4 больных определена II группа инвалидности. Из 16 повторно освидетельствованных инвалидов II группы группа инвалидности подтверждена у 12, в 4 случаях установлена III группа инвалидности без срока переосвидетельствования; из 11 инвалидов III группы через год после операции эндопротезирования группа инвалидности повышено у 3 человек, установлена III группа без срока переосвидетельствования у 8 человек.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что явный «реабилитирующей» медицинский эффект операции эндопротезирования тазобедренного сустава вступает в противоречие с социальным. Это еще раз подтверждает несовершенство существующей инструкции по проведению медико-социальной экспертизы данного контингента больных, базирующейся на представлениях о результатах эндопротезирования впервые годы разработки данного метода, когда конструкции эндопротеза и техника операции были не столь совершенными и сами операции не носили такого массового характера, как в настоящее время. Кроме того, нам представляется, что такое расширенное толкование термина, как «выраженный анатомический дефект», к которому, прежде всего относятся ампутационные культы или выраженные пороки конечностей, т.е. состояния, при которых современная медицина не в силах восстановить морфологию и функцию органа, к такой реконструктивно-восстановительной операции, как эндопротезирование относить нельзя.

Сформировавшиеся благодаря реабилитации спустя 4-6 месяцев после операции функциональные возможности большинства обследованных больных с односторонним поражением тазобедренного сустава при отсутствии осложнений со стороны оперированного сустава смогут удовлетворить требованиям технологического процесса многих профессий, исключая противопоказанные факторы. К таким факторам относятся подъем и перенос тяжестей более 10 кг, длительное состояние, ходьба более 3-4 км в день, особенно для больных с повышенным весом. Противопоказаны также бег, прыжки, занятия спортом, работы связанные с вынужденным положением тела, с повышенной нагрузкой на оперированную конечность, частые подъемы и спуски по лестницам и т.д. Это позволило определить некоторые подходы к оценке трудоспособности больных после эндопротезирования тазобедренного сустава.

III группа инвалидности может быть установлена лицам, перенесшим операцию эндопротезирования тазобедренного сустава, если имеющиеся у них нарушения функции со стороны оперированного сустава или нарушения статико-динамической функции в целом (возможные со стороны позвоночника, контрлатерального сустава) препятствуют выполнению работ в профессиях с противопоказанными факторами или условиями, а рациональное трудоустройство ведет к снижению квалификации или значительному уменьшению объема производственной деятельности. Болевой синдром отсутствует или незначительный. Со стороны оперированного сустава остается умеренное ограничение движений, осложнений со стороны эндопротеза нет, но вероятно, имеются дегенеративно-дистрофические заболевания второй и более выраженных стадий в суставах контрлатеральной конечности.

При возникновении в отдаленные сроки после операции эндопротезирования осложнений (расшатывание эндопротеза, нагноение, грубая параартикулярная оссификация и т.д.), проводящих к выраженным нарушениям СДФ в целом, резкому ограничению функции оперированного сустава, невозможности опоры на оперированную конечность, выраженному болевому синдрому на фоне воспалительного процесса в области оперированного сустава, больные могут быть признаны нетрудоспособными в обычных производственных условиях с определением им II группы инвалидности.

Критериями определения I группы инвалидности после эндопротезирования тазобедренных суставов служат утрата самообслуживания и нуждаемость в постороннем уходе через короткие (менее 24 часа) промежутки времени. Нарушение статико-динамической функции резко выражено, имеется тяжелая патология обоих тазобедренных суставов: резкое ограничение движений с порочным положением конечностей или тяжелые осложнения двустороннего эндопротезирования. Таких больных в наших наблюдениях не встречалось.

Таким образом, исследование показало, что в большинстве случаев эндопротезирования тазобедренного сустава имеет благоприятный функциональный исход. При правильной и экспертно-реабилитационной тактике (выработке функционально обоснованных критериев оценки ограничения жизнедеятельности, включая состояние трудоспособности лиц после эндопротезирования тазобедренного сустава в различные сроки после операции) значительное число больных возвращается к показанным видам труда, что имеет большое социальное и народнохозяйственное значение.

Использованная литература

1. Абдусалам Гунейд. Эндопротезирования тазобедренного сустава у пожилых людей //Травматология и ортопедия в современном аспекте: материалы VII съезда травматологов-ортопедов Узбекистана, Ташкент, 2008, -С44-45.
2. Агзамов Д.С. Тотальное эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с ревматическими заболеваниями //Паллиативная медицина и реабилитация, эндопротезирования тазобедренного сустава ., 2007, №1. –С.31-33.
3. Азизов М.Ж. Ступина Н.В., Мадримов Ш.Й., Усмонов Ф.М. Профилактика гнойных осложнений при эндопротезирования тазобедренного сустава //Травматология и ортопедия в современном аспекте: материалы VII съезда травматологов – ортопедов Узбекистана, Ташкент, 2008. –С.169-171.
4. Божкова С.А., Мамаева Е.Г., Еропкина Е.М. Прогностическая ценность лабораторных показателей при эндопротезировании тазобедренного сустава //Клиническая лаборатория диагностика, М., 2000, №10. –С.30.
5. Голубов Г.Ш., Кабанов В.Н., Голубов В.Г. Оценка отдаленных результатов эндопротезирования тазобедренного сустава, выполненных из разных хирургических доступов //Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, М., 2008, №2. –С.48-52.
6. Гордниченко А.И. Эндопротезирование тазобедренного сустава у пациентов старческого возраста с переломами шейки бедренной кости //Хирургия, М., 2009, №6, -С.54-57.
7. Ковалерский Г.М., Кузин В.В., Жучков А.Г. Малоинвазивная методика эндопротезирования тазобедренного сустава //Медицинская помощь, М., 2005, №3. –С.15-18.
8. Каграманов С.В. Способ восстановления целостности вертлужной впадины при ревизионном эндопротезировании тазобедренного сустава //Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, М., 2009, №3. –С.31-35.
9. Каплунов О.А., Каплунов А.Г., Очиев А.Ю., Чернявский М.А. К вопросу о тотальном эндопротезировании тазобедренных суставов при ревматических заболеваниях //Гений ортопедии, Курган, 2007, №4. –С. 49-53.
10. Каримбердиев М.К. , Хамраев А.Ш. Эндохирургические методы в травматологии и ортопедии //Материалы Республиканской научно-практ. конф., Бухара, 2006. –С. 15.
11. Лазерев А.Ф., Рогозин А.О., Солод Э.И., Какабадзе М.Г. Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости //Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, М., 2003, №2. –С.3-8.
12. Нуждин В.И., Троценко В.В., Попова Т.П., Каграмонов С.В. Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава //Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, М., 2001, №2. –С.66-71.
13. Рак А.В., Алиев Г.А. Критерии оценки ограничения жизнедеятельности больных перенесших тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава //Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, М., 2004, №1. –С.105-107.
14. Хамраев А.Ш. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава //Мед. журн. Узбекистана, Ташкент, 2004, №4. – С.24-26.