

УДК: 616.728.2-089.843-036.86:369.065
© Майко В.М., 2011

НЕОБХІДНІСТЬ ОЦІНКИ ВІДНОВЛЕННЯ СТАТО-ДИНАМІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІЙ ЕКСПЕРТИЗІ ХВОРИХ НА КОКСАРТРОЗ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Майко В.М.

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

Майко В.М. Необхідність оцінки відновлення стато-динамічної функції при медико-соціальної експертизі хворих на коксартроз після ендопротезування кульшового суглоба // Український морфологічний альманах. – 2011. – Том 9, № 4. – С. 59-61.

В роботі проаналізовано результати ендопротезування 94 осіб працездатного віку з приводу коксартроза. Виділено три ступеня порушення стато-динамічної функції (легкий, помірний, виражений), що стало критерієм до призначення групи інвалідності. Особливістю МСЕ цього контингенту хворих є оцінка не тільки функції оперованої кінцівки, а загальна характеристика відновлення стато-динамічної функції.

Ключові слова: коксартроз, стато-динамічна функція, МСЕ (медико-соціальна експертиза), група інвалідності.

Майко В.М. Необходимость оценки обновления стато-динамической функции при медико-социальной экспертизе больных коксартрозом после эндопротезирования тазобедренного сустава // Украинский морфологический альманах. – 2011. – Том 9, № 4. – С. 59-61.

В работе проанализированы результаты эндопротезирования 94 человек трудоспособного возраста по поводу коксартроза. Выделено три степени нарушения стато-динамической функции (легкая, умеренная, выраженная), что послужило критерием к назначению группы инвалидности. Особенностью МСЭ этого контингента больных является оценка не только функции оперированной конечности, а общая характеристика восстановления стато-динамической функции.

Ключевые слова: коксартроз, стато-динамической функция, МСЭ (медико-социальная экспертиза), группа инвалидности.

Maiko V.M. Necessity of evaluation improvement of stato-dynamic function during medico-social expertise of patients with coxarthrosis after hip arthroplasty // Український морфологічний альманах. – 2011. – Том 9, № 4. – С. 59-61.

The results of hip arthroplasty of 94 patients of working age with coxarthrosis were analyzed. Three staged of stato-dynamic malfunction were identified (mild, moderate, severe), that was the criterion for the appointment of disability group. The specific feature of MSE of this patients group was estimation not only the function of the limb that was operated but general characteristic of stato-dynamic function improvement.

Key words: coxarthrosis, stato-dynamic function, MSE (medico-social expertise), disability group.

Остеоартроз – одне із найбільш розповсюджених дегенеративно-дистрофічних захворювань суглобів, яке в структурі суглобової патології сягає до 55 % [2, 3, 9, 12] та уражає до 12 % населення [3, 9], при цьому дегенеративне ураження кульшового суглоба становить 5 %. Згідно з проведеними епідеміологічними дослідженнями дегенеративно-дистрофічні зміни в суглобах, у тому числі кульшовому, мають місце у 50 % людей старше 40 років, а у віці 70 років це захворювання діагностується у 90 % населення [4, 8]. В останні десятиріччя ендопротезування кульшового суглоба хворих на коксартроз знайшло гідне місце у клінічній практиці і є найпоширенішим методом лікування коксартрозу III-IV стадії [6, 8].

Сучасною теоретичною основою медико-соціальної експертизи є концепція наслідків хвороб, яка розроблена експертами ВООЗ та представлена у вигляді «Міжнародної класифікації функціонування обмеження життєдіяльності та здоров'я» [10]. Згідно цієї концепції вплив хвороби на організм людини розглядається на 3-х рівнях: на органному – морфофункціональні зміни з боку окремих органів та систем; організаційно-функціональному рівні – обмеження життєдіяльності та

соціальному – соціальна недостатність або дезадаптація [1, 10].

Відповідно до сучасних уявлень в 2004 р. в Україні введена в дію нова інструкція про групи інвалідності (накази МОЗ №183 та №565 від 23.11.2004 р.). В інструкції критерії інвалідності містять три рівні. Таким чином, інвалідність складається з наявності хвороби, яка викликала стійке порушення функції організму, обмеження життєдіяльності, потреби соціальної допомоги [4].

В Україні використовується адаптована класифікація ВООЗ порушення основних функцій організму людини:

- порушення психічних функцій;
- порушення сенсорних функцій;
- порушення стато-динамічних функцій;
- порушення функцій кровообігу, дихання, травлення, обміну речовин, внутрішньої секреції;
- порушення, які викликані спотворенням.

До інвалідності призводять порушення здоров'я з помірними, вираженими та значно вираженими стійкими порушеннями функції організму [11].

Обмеження життєдіяльності розрізняють за

видом та ступенем вираженості [1, 5]. Виділяють обмеження здатності здійснювати: самообслуговування, пересування, орієнтацію, спілкування, контроль за поведінкою, навчання, трудову діяльність.

Обмеження життєдіяльності за ступенем вираженості поділяють на легку (0 ст.), помірну (1 ст.), виражену (2 ст.), значно виражену (3 ст.). До інвалідності призводять 1, 2, 3 ступені обмеження життєдіяльності [5, 7, 9].

Результатом перерахованого є соціальна недостатність через обмеження фізичної незалежності, обмеження мобільності, обмеження здатності до отримання освіти; обмеження здатності до професійної діяльності, обмеження економічної самостійності [1, 8, 9].

Медико-соціальна експертиза здійснюється, виходячи з комплексної оцінки стану здоров'я та ступеню обмеження життєдіяльності на підставі аналізу клініко-функціональних, соціально-побутових, професійно-трудова, психологічних даних особи, що освідчується [1, 2, 4, 6].

Мета дослідження – розробити принципи медико-соціальної експертизи хворих з коксартрозом після ендопротезування на основі сучасної міжнародної класифікації функціонування обмеження життєдіяльності та здоров'я.

Матеріал та методи. Вивчення результатів ендопротезування, об'єктивна оцінка клініко-функціональних наслідків операції у 94 осіб різної статі працездатного віку (рис. 1, 2) після ендопротезування дозволило виділити 3 ступеня порушення стато-динамічної функції – легкий, помірний, виражений (рис. 3).

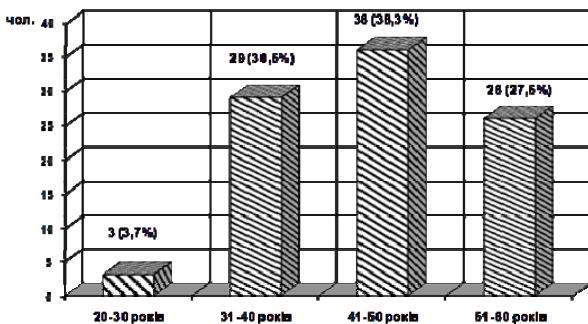


Рис. 1. Розподіл хворих інвалідів за віком.

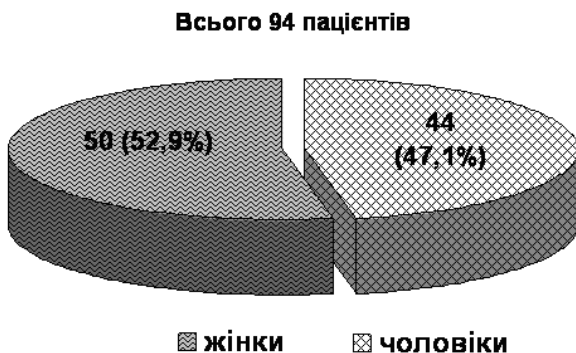


Рис. 2. Розподіл хворих інвалідів за статтю.

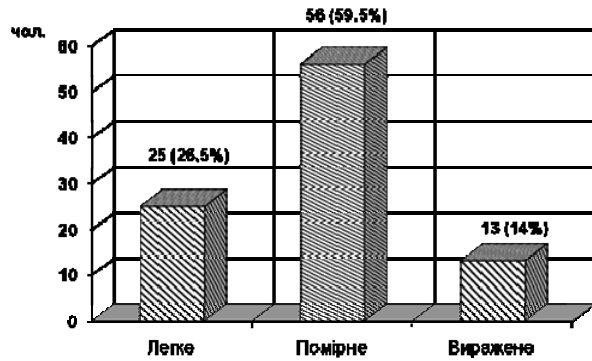


Рис. 3. Розподіл хворих за порушенням стато-динамічної функції.

Результати дослідження та їх обговорення. Легке порушення стато-динамічної функції було у 25 (26,5 %) хворих (див. рис. 3). Відмічався біль в оперованому суглобі при тривалій, більше 2 км ходьбі, «стартовий» біль в нижній третині стегна, легка кульгавість при ходьбі. При огляді зменшення обсягу рухів в фронтальній (до 35 %) і сагітальній (до 10 %) площинах від норми. Обмеження зовнішньої ротації до 25 %, внутрішньої – до 15 %. Рентгенологічно тазовий і стегновий компоненти встановлені задовільно. Дегенеративно-дистрофічні зміни в протилежному суглобі і поперековому відділі хребта відсутні.

Розподіл навантаження між «носок-п'ятка» оперованої кінцівки 1,3 (норма 1,8), а неоперованої 0,7.

Таким чином, наведені дані свідчать про добре відновлення стато-динамічної функції. Особи інтелектуальної праці можуть вважатися працездатними в своїй професії, а особи легкої і помірної фізичної праці на період працевлаштування вважаються обмежено працездатними з визначенням III групи інвалідності.

Помірне порушення стато-динамічної функції мало місце у 56 (59,5 %) хворих (див. рис. 3). Для цієї групи хворих характерним була наявність «стартового» болю, болю в нижній третині стегна, поява болю при ході в контралатеральному суглобі і поперековому відділі хребта. Відмічалась кульгавість при ході. Зменшення рухливості в оперованому суглобі в сагітальній площині до 55 %, а в фронтальній до 50 % від норми. У 43 чоловік при рентгенологічному дослідженні виявили дегенеративно-дистрофічні зміни контралатерального суглобу II-III ст., у 8 чол. виявились осифікати в параатікулярних тканинах, у 52 – дегенеративно-дистрофічні зміни в поперековому відділі хребта, у 6 чол. резорбція кісткової тканини навколо компонента ендопротезу. Дозоване навантаження у цих хворих призводило до вираженого тремору м'язів дистальних відділів кінцівки. Розподіл маси між «носок-п'ятка» оперованої кінцівки був $1,01 \pm 0,2$, а неоперованої $0,75 \pm 0,3$.

У хворих цієї групи порушення стато-динамічної функції були обумовлені дегенеративно-дистрофічними змінами контралатераль-

ного, колінного суглобів, та поперекового відділу хребта, які і явилися основною причиною інвалідності.

Цілоком закономірно, що трудова діяльність в своїй професії в повному обсязі в осіб цієї групи неможлива, оскільки їх стан вимагає або зміни професії, або скорочення обсягу роботи. Їм була визначена II група інвалідності.

У 13 (14 %) хворих відмічено виражене порушення стато-динамічної функції (див. рис. 3). Хворі скаржились на біль в оперованому суглобі в спокої, контралатеральному і колінному суглобах, поперековому відділі хребта. У 3 (21,7 %) пацієнтів кульгавість була значною, у 10 (78,2 %) – помірно. 7 (56,5 %) пацієнтів при ході користувались паличкою або милицями. Відмічалось зменшення амплітуди рухів в оперованому суглобі (25 %) і різке зменшення ротаційних рухів.

Рентгенологічно виявились значні ураження контралатерального суглобу, масивні осифікати, ураження колінного суглобу та поперекового відділу хребта. У частини хворих (5 чол.) відмічалась глибока установка ендопротеза (тазового компонента).

Таким чином, в цій групі, виражені порушення стато-динамічної функції призвели до втрати трудових можливостей і встановлення I групи інвалідності.

Особливістю МСЕ цього контингенту хворих являється оцінка не тільки функції оперованої кінцівки, а загальна характеристика відновлення стато-динамічної функції.

Висновки:

1. Одним з найважливіших показників при проведенні МСЕ хворим з коксартрозом після ендопротезування є ступінь порушення стато-динамічної функції (легкий, помірний, виражений).

2. МСЕ після тотального ендопротезування кульшового суглоба базується на ступені порушення стато-динамічної функції.

3. При доброму відновленні стато-динамічної функції особи інтелектуальної праці вважаються працездатними, а особи легкої і помірної праці – обмежено працездатними з визначенням III групи інвалідності на період працевлаштування.

4. До II групи інвалідності приводить помірне порушення стато-динамічної функції, яке в основному обумовлено дегенеративно-дистрофічними змінами контралатерального, колінного суглобів та поперекового відділу хребта.

5. До I групи інвалідності призводять виражені порушення стато-динамічної функції з втратою трудових можливостей.

В подальшому при проведенні медико-соціальної експертизи хворим після ендопротезування при коксартрозі слід враховувати порушення основних функцій організму, обмеження життєдіяльності, характер перебігу процесу, частоту загострень, тривалість, рентгенологічну стадію, ускладнення, супутні інвалідизуючі захворювання, освіту, професію, спеціальність,

кваліфікацію, вид, характер і умови праці, можливості працевлаштування і перенавчання.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Визначення обмежень життєдіяльності та медична реабілітація хворих на коксартроз: Методичні рекомендації / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, О.Є. Лоскутов [та ін.]. – Дніпропетровськ, 2004. – 33 с.
2. Гайко Г.В. Остеоартроз – новий підхід до його профілактики / Г.В. Гайко, А.Т. Бруско, Є.В. Лимар // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2005. – № 2. – С. 5-11.
3. Гайко Г.В. Сучасні підходи до профілактики та лікування остеоартрозу / Г.В. Гайко, А.Т. Бруско // Літопис травматології та ортопедії. – 2008. – № 1-2. – С. 157-160.
4. Ефективність медичної, соціально-побутової та професійної реабілітації інвалідів, хворих на коксартроз / І.В. Бойко, С.Д. Дорогань, О.М. Бойко, Є.Л. Ліфаренко // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2004. – № 1 (40). – С.81-84.
5. Інструкція про встановлення груп інвалідності. – Київ, 2004 р.
6. Корж Н.А. 40-летний опыт института им. М.И. Ситенко в развитии эндопротезирования суставов (история и современность) / Н.А. Корж, В.А. Филипенко, В.Н. Танькут // Матер. наук.-прак. конф. "Актуальні проблеми ендопротезування". – Вінниця, 2008р. – С. 46-50.
7. Критерії МСЕ при коксартрозах / В.І. Шевчук, Ю.О. Безсмертний, В.М. Майко, В.Г. Луцишин // Матеріали пленуму асоціації ортопедів-травматологів України. – Київ-Вінниця 23-24 вересня 2004р. – С. 141-142.
8. Лоскутов О.Є. Удосконалення медико-соціальної експертизи хворих на коксартрози після ендопротезування кульшового суглоба / О.Є. Лоскутов, Є.Л. Ліфаренко // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2004. – № 2. – С.54-57.
9. Насонова В.А. Ревматические болезни: руководство для врачей / В.А. Насонова, А.В. Бунчук. – М.: Медицина, 1997. – 520 с.
10. Особенности врачебно-трудовой экспертизы больных после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава / Е.Я. Гринштейн, Э.Н. Демина, Е.Б. Власова [и др.] // Ортопед., травматол. и протезир. – 1988. – № 6. – С. 22-27.
11. Руководство по оценке ограниченной жизнедеятельности при определении инвалидности / Под ред. В.Б. Смычка. – Минск, 2003. – 96 с.
12. Rehabilitation after total hip arthroplasty: a systematic review of controlled trials on physical exercise programs / M. Di Monaco, F. Vallero, R. Tappero, A. Cavanna // European J. Physical and Rehabilitation Medicine. – 2009. – Vol. 45. – P. 303-317.

Надійшла 14.10.2011 р.

Рецензент: доц. А.І. Чистолінова