

ПОВЕРНЕННЯ ДО ПРАЦІ – ВИЗНАЧАЛЬНИЙ КРИТЕРІЙ ЕФЕКТИВНОСТІ ЕТАПНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

I. В. Рой, I. К. Бабова, I. I. Біла, O. I. Баяндіна

*ДУ “Інститут травматології та ортопедії АМН України”, м. Київ
Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України, м. Одеса*

RETURN TO WORK – DETERMINATIVE CRITERION OF EFFICACY OF STAGE REHABILITATION OF PATIENTS AFTER HIP JOINT REPLACEMENT

I. V. Roy, I. K. Babova, I. I. Belaya, Ye. I. Baiandina

It is reported about efficacy of rehabilitation treatment of patients after hip joint replacement which was evaluated in the view of return of patients to work. After surgical treatment and stage rehabilitation the 94% of patients returned to work in comparison with 81% of those who did not undergo the rehabilitation treatment. It is evidence of high efficacy of stage rehabilitation of patients after hip joint replacement in restoration of working ability of patients what is of a great social and economic significance for the society on the whole.

Key words: hip joint replacement, stage rehabilitation, working ability, return to work.

ВОЗВРАЩЕНИЕ К ТРУДУ – ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭТАПНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

I. В. Рой, И. К. Бабова, И. И. Белая, Е. И. Баяндина

Представлена эффективность восстановительного лечения больных после эндопротезирования тазобедренного сустава, которая оценивалась с точки зрения возвращения пациентов к труду. После оперативного лечения и этапной реабилитации к труду вернулось 94% больных в сравнении с 81% пациентов, которые не проходили этапное восстановительное лечение. Это свидетельствует о высокой эффективности этапной реабилитации больных после эндопротезирования тазобедренного сустава в восстановлении трудоспособности пациентов, что имеет большое социально-экономическое значение для общества в целом.

Ключевые слова: эндопротезирование тазобедренного сустава, этапная реабилитация, трудоспособность, возвращение к труду.

Вступ

Остеоартроз посідає перше місце у світі серед захворювань опорно-рухового апарату й характеризується високою інвалідністю серед населення працездатного віку [1, 3]. Найбільш поширеною формою остеоартрозу є *гонартроз* та *коксартроз* [3]. Він характеризується вираженим больовим синдромом та функціональними порушеннями кульшових суглобів, що призводить до значної втрати працездатності [1].

Кількість людей, які потребують ендопротезування внаслідок патології кістково-суглобового апарату, становить 0,04%, або 1 на 2226 осіб у популяції (за даними США) [6]. Тому **реабілітація таких хворих є важливою задачею суспільства й зокрема медицини** [2].

Тип хірургічного втручання, обмеження, які зберігаються у пацієнтів, супутні захворювання, попередні ендопротезування або інші ревізії, тип застосованих компонентів, тип захворювання та реабілітація після хірургічного втручання були відмічені як визначальні для повернення до праці після ендопротезування кульшо-

вого суглоба в огляді 33 закордонних літературних джерел [4].

Так, саме **повернення до праці** як соціально-значущий показник розглядається як критерій ефективності не тільки лікувальних, а й реабілітаційних заходів [4, 5], а **підвищення залишкової працездатності** – соціальна задача медицини як з точки зору окремого хворого, так і суспільства в цілому.

За існуючими загальноприйнятими нормами, розрахунки числа ліжок показують, що в галузі ортопедії є потреба у 45% основних та 55% реабілітаційних ліжок. Станом на 2008 р. кількість ліжок ортопедо-травматологічного профілю для дорослого населення становила 18804. Але розгорнуто лише 606 ліжок для ранньої санаторної реабілітації (система ЗАТ “Укрпрофоздоровниця”), яка для працюючих фінансується за рахунок Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності (ФСС з ТВП).

Таким чином, фактичне охоплення ліжками для ранньої реабілітації працездатних на санаторному етапі

становить 3% від потреби, а ранню санаторну реабілітацію в спеціалізованих відділеннях отримали всього 3176 хворих.

Мета роботи – визначити терміни повернення до праці хворих після ендопротезування кульшового суглоба.

Матеріали і методи

Аналіз повернення до праці хворих після ендопротезування кульшового суглоба було здійснено за допомогою **опитувальника**. Розіслано 250 листів.

Опитувальник був самостійно розроблений і включав такі **питання**:

1. Чи оформили Ви інвалідність після хірургічного лікування, якщо так, то яка група?
2. Чи працюєте Ви на цей час?
3. Коли (через скільки місяців) Ви повернулися до праці після операції?
4. Чи змінився характер Вашої роботи після операції?
5. Ваша професія?
6. Ваше місце роботи?
7. Чи проходили Ви повторне санаторно-курортне лікування, якщо так, то де?

Аналізували 118 відповідей, за якими хворі були розподілені на **дві групи** – основну і контрольну.

Основну групу становили 95 хворих, які проходили ранню реабілітацію в умовах спеціалізованого відділення санаторію “Жовтень”.

Контрольну групу становили 23 хворих, які не проходили відновне санаторне лікування.

Крім того, хворі були розподілені на **три групи** залежно від терміну спостереження:

- **I група** – до 2 років;
- **II група** – 2–5 років;
- **III група** – більше 5 років.

Розподіл хворих за групами узагальнено в таблиці.

Найбільша кількість хворих за терміном довготривалого спостереження була в строки 2–5 років як в основній, так і в контрольній групі, відповідно 48 і 14. Хворі основної та контрольної групи були співставні за статтю.

Таблиця

Розподіл хворих за групами спостереження

Стать хворих	Кількість хворих у групах за терміном спостереження						Усього	
	I група (<2 років)		II група (2–5 років)		III група (>5 років)			
	О	К	О	К	О	К	О	К
Жінки, n=70	10	5	27	14	12	2	49	21
Чоловіки, n=48	5	1	21	0	20	1	46	2
Усього:	15	6	48	14	32	3	95	23
	21		62		35		118	

Примітка: О – основна група, К – контрольна.

Аналізували:

- 1) фактичне повернення до праці;
- 2) строки, у які хворі відновили свою працездатність;
- 3) зміну характеру праці.

Результати та їх обговорення

До операції

Із 118 хворих до операції працювало:

- в основній групі – 82 (86%) особи із 95;
- у контрольній – 21 (90%) із 23.

Після ендопротезування кульшового суглоба

1. Фактичне повернення до праці

В **основній групі** із 95 хворих після ранньої санаторної реабілітації повернулось до праці 77 (94%) осіб, серед яких 11 на момент опитування звільнилися у зв'язку з досягненням пенсійного віку. Тобто на теперішній час працюють 66 (80,5%) пацієнтів.

Серед різних за строками спостереження груп працюючих хворих на теперішній час налічується:

- **I група** (<2 років) – 10 (12,2%) осіб;
- **II група** (2–5 років) – 42 (51,2%);
- **III група** (>5 років) – 14 (17,1%).

У **контрольній групі** із 23 хворих після операції без відновного санаторного лікування повернулось до праці 17 (81%) осіб, тоді як в основній групі після ранньої санаторної реабілітації – 77 (94%) (p<0,05).

2. Строки, у які хворі відновили свою працездатність

Основна відмінність між групами у відновленні працездатності хворих полягає у строках повернення до праці (рис. 1).



Рис. 1. Строки повернення до праці хворих після ендопротезування кульшового суглоба, n=94

В **основній групі** серед працюючих хворих найбільша кількість (50) приступили до праці через 3 і 4 місяці після хірургічного лікування. До цього моменту настає функціональне відновлення оперованого суглоба, що полягає у відновленні опороздатності оперованої кінцівки, обсягу рухів в оперованому суглобі, хворий пересувається без додаткової опори або з тростиною, зникають побутові обмеження.

Так, через 3 місяці з моменту хірургічного лікування до праці повернулися 24 хворих; через 4 місяці – 26; пізніше – 18 (через 5 міс. – 7 хворих; 6 міс. – 8 хворих; 8, 10, 12 міс. – по 1 хворому).

У *контрольній групі* масове повернення до праці спостерігалось теж у 3 місяці, але у подальшому значна кількість хворих ще перебувала на лікарняному до 6 або навіть до 8 місяців після операції.

Таким чином, слід відмітити, що 76,6% хворих з *основної групи* (59 осіб) після ендопротезування кульшового суглоба й ранньої санаторної реабілітації повернулися до праці в строки до 4 міс., тобто до повного функціонального відновлення (див. рис. 1).

У *контрольній групі* без відновного санаторного лікування цей показник становив лише 55% ($p < 0,05$).

Для виявлення строків повернення до праці хворих, які працювали до хірургічного лікування, використали зворотню кумуляту динаміки цього показника.

На рис. 2 наведений відсоток хворих, які ще потребують реабілітації й не повернулися до праці по місяцям після операції.

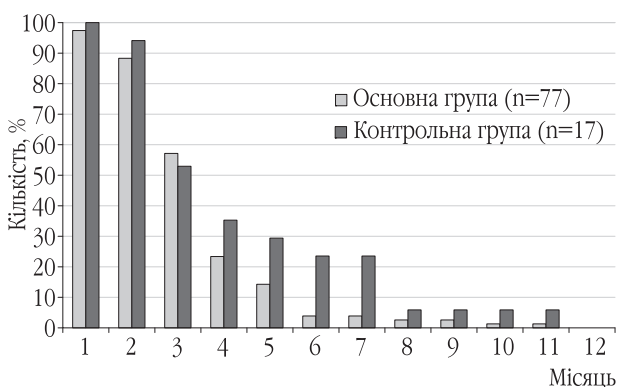


Рис. 2. Розподіл хворих за терміном повернення до праці

Якщо взяти до уваги 5% регламентовану похибку, то в нашому дослідженні показано, що хворі *основної групи* повертаються до праці до 6 місяців. Так, у 4 місяці після операції до праці не повернулось 23,4% хворих, а до 6 міс. – 3,9% хворих ($< 5\%$).

До 12 місяців працездатність відновилося в усіх 77 (100%) осіб (див. рис. 2).

У *контрольній групі* 5,9% хворих ($> 5\%$) не стали до роботи навіть до 11 місяця. Повернення до праці у хворих контрольної групи відбулося до 12 місяця – тобто вдвічі довше, ніж в основній.

3. Зміна характеру праці

В *основній групі* за фахом продовжували працювати 91,9% працюючих, характер праці змінився у 7 хворих (9,1%), а в *контрольній* – відповідно 76 і 24% (5 хворих).

Сьогодні *рання санаторна реабілітація для людей працездатного віку фінансується* за рахунок коштів Фонду соціального страхування (ФСС) з тимчасової втрати працездатності. Так, на етап ранньої санаторної реабілітації за рахунок ФСС із загальної кількості хворих основної групи (95) було направлено 75 (78,6%), серед них повернулися до праці 70 (93,3%).

За власні кошти проходили реабілітацію 20 хворих, серед них працюючих на сьогодні – 7 (35%).

Висновки

Таким чином, після хірургічного лікування та етапної реабілітації, включаючи ранню санаторну, повернулося до праці 94% хворих від тих, хто працював до хірургічного лікування, порівняно до 81% контрольної групи ($p < 0,05$). Це свідчить про високу ефективність етапного відновного лікування хворих після ендопротезування кульшового суглоба у відновленні їх працездатності, що має велике соціально-економічне значення для суспільства в цілому.

Література

1. Аналіз стану травматолого-ортопедичної допомоги населенню України в 2007–2008 рр. : довідник / Гайко Г. В., Герасименко С. І., Корж М. О., Калашинов А. В., Полішко В. П. – К. : Вид. компанія "Воля", 2009. – 137 с.
2. Гайко Г. В. Стан ендопротезування суглобів в Україні та перспективи його розвитку / Г. В. Гайко // Тотальне і ревізієне ендопротезування великих суглобів : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю. – Київ–Львів, 2003. – С. 3–7.
3. Поворознюк В. В. Захворювання кістково-м'язової системи у людей різного віку (вибрані лекції, огляди, статті) : у 3-х т. – К. : ВПЦ "Експрес", 2009. – Т 3. – 664 с.
4. Beneficial and limiting factors affecting return to work after total knee and hip arthroplasty : a systemic review / Kuijjer P. P. F. M., de Beer M. J. P. M., Houdijk J. H. P., Frings-Dresen M. H. W. // J. Occup. Rehabil. – 2009 – Vol. 19. – P. 375–381.
5. Mobasberi R. The effects of total hip replacament on the employment of patients under the age of 60 years / Mobasberi R., Gidwani S., Rosson J. W. // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 2006. – Vol. 88. – P. 131–133.
6. Statistics by Country for Hip Replacement/US Census Bureau, Population Estimates, 2004, US Census Bureau, International Data Base, 2004.