

**ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО КОНТРОЛЮ ЗА СТАНОМ ПРИДАТНОСТІ
ДО ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ
МОБІЛІЗАЦІЙНОГО РЕЗЕРВУ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ З
ОСТЕОАРТРОЗОМ СУГЛОБІВ**

В.В. Косарчук, А.М. Капгалан, М.І. Хижняк, Л.А. Устїнова

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
ДУ “Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та
кардіохірургії” МОЗ України
Українська військово-медична академія

Резюме. У статті вивчена вивчення особливостей організації медичного контролю за станом придатності до військової служби військовослужбовців мобілізаційного резерву Збройних Сил України з остеоартрозом суглобів з метою наукового обґрунтування головних напрямків оптимізації своєчасного виявлення груп підвищеного ризику виникнення остеоартрозу суглобів та комплектування Збройних Сил України боездатним особовим складом. Виявлено, що остеоартроз, як захворювання з домінуючою деградацією хрящової тканини, втратою цілісності суглобового хряща, що прогресує, та вторинними дегенеративними, запальними та склеротичними параартикулярними змінами є однією з основних причин передчасної втрати придатності до військової служби та інвалідизації військовослужбовців мобілізаційного резерву. Доведено, що при визначенні ступеня порушення функції та відповідно придатності до військової служби при остеоартрозах лікарю ортопеду-травматологу (хірургу), наряду з оцінкою обсягу рухів в ураженому суглобі, слід враховувати порушення статичної функції, ходи, наявність гіпотрофії та зниження сили м'язів, схильність захворювання до рецидивів або прогресування, стійкість ремісії, особливості військової служби.

Ключові слова: остеоартроз суглобів, військовослужбовці мобілізаційного резерву, організація проведення медичного контролю, придатність до військової служби.

Вступ. Проблема остеоартрозу (ОА), як захворювання з домінуючою деградацією хрящової тканини, втратою цілісності суглобового хряща, що прогресує, та вторинними дегенеративними, запальними та склеротичними параартикулярними змінами актуальна, особливо, в період проголошеної ВОЗ у 2000-2010 рр. декади боротьби із захворюваннями опорно-рухового апарату[1-4].

Термін „деформуючий остеоартроз” (osteoartritis deformans) введений у медичну практику Т. Мюллером 1911 року. Відповідно до останньої міжнародної класифікації для цього захворювання прийнята назва остеоартроз.

За статистикою, третину ортопедичних хворих становлять пацієнти з остеоартрозом, у зв'язку з чим лікарям травматологам-ортопедам,

рентгенологам та лікарям-експертам важливо дійти консенсусу з питань діагностики, класифікації та військово-лікарської експертизи цієї патології з метою збереження здоров'я, соціального та юридичного захисту військовослужбовців та колишніх військовослужбовців Державної прикордонної служби України [5-6].

Хоча розвиток остеоартрозу не впливає на життєвий прогноз, ця патологія є однією з основних причин передчасної втрати працездатності та інвалідизації, а також появи хронічного больового синдрому, що значно знижує якість життя пацієнтів [1-2].

Остеоартроз “ найбільш поширена форма суглобової патології. У 2000 році у Великобританії було виконано понад 80000 ендопротезувань кульшового та колінного суглобів, що призвело до витрат, які становили 405 мільйонів фунтів стерлінгів. Економічні аспекти остеоартрозу у нас адекватно не оцінюються. Водночас, за даними L.M. Marsh та C.J. Bachmeier, збитки, пов'язані з остеоартрозом, зростають останніми роками і становлять 1-2,5% валового національного продукту таких розвинутих країн, як Австралія, Велика Британія, Канада, США, Франція [1-4].

Враховуючи те, що проблема остеоартрозу як захворювання з домінуючою деградацією хрящової тканини, втратою цілісності суглобового хряща, що прогресує, та вторинними дегенеративними, запальними та склеротичними параартикулярними змінами є актуальним вивчення організації медичного контролю за станом придатності до військової служби військовослужбовців мобілізаційного резерву Збройних Сил України з остеоартрозом суглобів.

Матеріали та методи дослідження. Метою дослідження є вивчення організації медичного контролю за станом придатності до військової служби мобілізаційного резерву Збройних Сил України з метою наукового обґрунтування головних напрямків оптимізації своєчасного виявлення груп підвищеного ризику виникнення остеоартрозу суглобів та комплектування ЗС України боєздатним особовим складом.

Вивчення особливостей організації діагностики остеоартрозу суглобів проводилось з урахуванням анамнестичних, клінічних даних, використанням рентгенографічних та магнітно-резонансних досліджень, статистичного методів дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Остеоартроз “ найбільш поширена форма хронічного незапального ураження суглобів, що прогресує та супроводжується дегенерацією суглобового хряща й структурними змінами субхондральної кістки, синовітом помірної вираженості.

Остеоартроз поділяють на первинний (ідеопатичний) та вторинний (як наслідок гострих травм та хронічних фізичних перевантажень, при

метаболічних порушеннях та ендокринних захворюваннях). При цьому на первинний ОА припадає 25%, а на вторинний ОА “ 75% хворих. Виділяють також локалізовану (з ураженням одного суглоба) та генералізовану форму остеоартрозу, рис. 1.

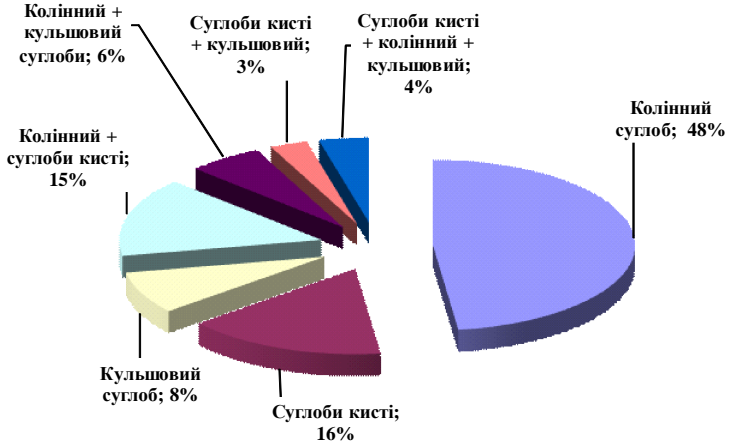


Рис. 1. Частота діагностики остеоартрозу різної локалізації (за А. Mannoni та співавт., 2003)

Факторами ризику первинного остеоартрозу є жіноча стать, спадкова схильність, надлишкова маса тіла.

Частота захворювання ОА зростає з віком: так, ОА зустрічається у 37% дорослих старших за 40 років та зростає до 85% у дорослих, старших 75 років.

Остеоартроз суглобів проявляється больовим синдромом, синовіітом, деформаціями та обмеженням рухів.

Біль у суглобі “ найбільш частий та виражений симптом при ОА. Причинами болю є деструктивні процеси в хрящових та субхондральних структурах, порушення мікроциркуляції (особливо при порушенні венозного кровотоку в спонгіозній частині кістки), фіброз капсули суглоба, запальний процес у навколосуглобових тканинах, спазм м’язів, що оточують колінний суглоб та реактивний синовііт. Біль виникає під час фізичних навантажень протягом дня і стихає за час нічного відпочинку. Можливі безперервні тупі нічні болі, пов’язані з венозним стазом у субхондральній частині спонгіозної частини кістки та підвищенням внутрішньокісткового тиску. Часто зустрічається короткочасний “стартовий” біль, який виникає на початку навантаження після періоду спокою та незабаром проходить на фоні рухової активності. “Стартові” болі обумовлені тертям суглобових поверхонь, на які осідає детрит “ фрагменти хрящової та кісткової деструкції. При перших рухах

у суглобі детрит виштовхується в завороти суглобової сумки суглобу, і біль значно зменшується або припиняється повністю.

Прогресуючий фіброз суглобової капсули призводить до стиснення нервових закінчень, результатом чого є болі при певних рухах, пов'язані з перерозтягненням капсули. Реактивний тендо-бурсит також впливає на залежність виникнення болю від конкретних рухів. При цьому часто спостерігаються характерні для суглоба больові зони, які визначаються пальпаторно, наприклад, ділянка “гусячої лапки” при гонартрозі. Можлива так звана “блокада суглоба” “ різко виражений больовий синдром внаслідок появи “суглобової миші” (вільного кісткового або хрящового фрагмента) із защемленням його між суглобовими поверхнями або пошкодженням остеофітом м'яких навколо- суглобових тканин. Інтенсивність болю при цьому часто позбавляє хворого можливості зробити найменші рухи в суглобі.

На розвинутих стадіях ОА постійні болі обумовлені реактивним синовіітом та рефлекторним спазмом прилеглих м'язів. При наявності синовііту, крім болю в суглобі як під час рухів, так і в спокої, характерні ранкова скутість, припухлість суглобів, локальне підвищення температури. З прогресуванням захворювання рецидиви синовііту частішають, поступово розвиваються деформація та обмеження рухів за рахунок розвитку фіброзно-склеротичних змін параартикулярних тканин.

Під час огляду хворого особливу увагу необхідно звернути на зміну осі кінцівки, контури суглоба, ступінь його дефігурації та деформації, наявність м'язевої гіпотрофії. Виявлення порушень осі кінцівки має важливе значення для вибору методу лікування (особливо при патології колінного суглоба), тому що позитивні результати не можуть бути досягнуті при неправильних біомеханічних взаємовідносинах у суглобі. Обов'язково потрібно звертати увагу на наявність деформацій, обумовлених змінами в суміжних суглобах та сегментах кінцівки. Важливим раннім симптомом ураження кульшового суглоба є обмеження пронації та супінації стегна, обмеження пасивного перерозгинання.

Під час діагностики ОА колінного суглоба суттєве значення для визначення лікувальної тактики мають відомі симптоми наявності рідини в суглобі, локальні больові феномени, симптоми недостатності сумково-зв'язкового апарату.

Вирішальним критерієм діагностики ОА є рентгенографія суглобів “ доступний, досить дешевий метод, що забезпечує постійний звіт про перебіг захворювання. Загальними рентгенологічними симптомами ОА є звуження суглобової щілини, наявність субхондрального склерозу та остеофітів, на пізніх стадіях – ділянки осифікації капсули суглоба та деструкція суглобових поверхонь.

Для визначення рентгенологічної стадії ОА найбільшого поширення набула класифікація Kellgren та Lawrence (1957), удосконалена Lequesne. При цьому враховується локалізація ураження.

На початкових стадіях коксартроза (I-II стадії за Kellgren) під час рентгенологічного дослідження виявляються:

- незначне звуження рентгенологічної суглобової щілини;
- слабковиражений субхондральний остеосклероз;
- точкові кальцифікати в ділянці зовнішнього краю даху вертлюгової впадини (початкові явища остеофітозу);

- загострення країв ямки головки стегнової кістки;
- прогресуюче звуження рентгенівської суглобової щілини;
- формування різної форми та розмірів остеофітів по краях суглобових поверхонь вертлюгової впадини, головки стегнової кістки, у зв'язку з чим вона може набувати грибовидної форми;

- поглиблення вертлюгової впадини, яке може бути наслідком росту остеофітів (її протрузія можлива на фоні остеопорозу або потоншення кісток, що утворюють дно вертлюгової впадини);

- виражений субхондральний остеосклероз, який проявляється спочатку в ділянці даху вертлюгової впадини, потім у верхньому відділі головки стегнової кістки;

- зменшення в об'ємі та сплюснення суглобової поверхні голівки стегнової кістки на фоні вираженої кистоподібної перебудови кісткової тканини, яка змінюється ділянками субхондрального остеосклерозу;

- кісткові кисти % одиничні або множинні % виникають у верхній частині вертлюгової впадини або в ділянці найбільшого навантаження на суглобову поверхню головки стегнової кістки;

 - асептичний некроз головки стегнової кістки;

 - підвихи стегнової кістки: частіше вверх/латерально, рідше вверх/медіально;

 - ущільнення кісткової тканини та вкорочення шийки стегнової кістки;

 - вільні внутрішньосуглобові тільця (при коксартрозі виявляються рідко);

 - витягування та загострення країв міжвиросткового горбка великогомілкової кістки (в місці прикріплення хрестоподібної зв'язки);

 - незначне зниження суглобової щілини (частіше в медіальному відділі суглоба);

 - загострення країв суглобових поверхонь виростків стегнової та великогомілкової кісток, частіше в медіальному відділі суглоба (пов'язане з більшим навантаженням на цю ділянку суглоба), особливо при наявності варусної деформації; рідше – в латеральній частині або одночасно в обох половинах суглобової поверхні, рис. 1, рис. 2.

Ранні рентгенологічні ознаки гонартроза (відповідають I-II стадіям артроза за Kellgren):



Рис. 1 I стадія гонартроза



Рис. 2. II стадія гонартроза



Рис. 3. III стадія гонартроза.



Рис. 4. IV стадія гонартроза.

Рентгенологічні ознаки III-IV стадій гонартроза за Kellgren (рис. 3, рис. 4):
звуження рентгеновської суставної щілини, що прогресує;
розвиток субхондрального остеосклероза в найбільш навантажуваній частині суглоба;

поява множинних крупних остеофітів на бокових, передніх та задніх краях суглобових поверхонь;

субхондральні кисти (виявляються рідко);

сплощення та нерівність суглобових поверхонь стегнової та великогомілкової кісток, втрата ними анатомо-функціональної диференціації;

багатогранна неправильна форма сесамовидної кістки (fabella);

можлива наявність звапнених хондром;

можливий розвиток асептичних некрозів виростків кісток (рідко).

Існують протиріччя щодо зв'язку клінічних та рентгенологічних проявів захворювання.

Наявність остеофітів має сильний зв'язок з больовим синдромом у колінному суглобі, тоді як відсутність або наявність звуження суглобової щілини не пов'язані з ним. Вираженість больового синдрому в колінному суглобі являється більш важливою детермінантою функціонального погіршення, ніж рентгенологічна важкість остеоартрозу.

Магнітно-резонансне дослідження є важливим для оцінки пошкоджень зв'язок та менісків у колінному суглобі, специфічним і чутливим засобом оцінки втрати хрящової тканини. Разом з цим, магнітно-резонансна томографія є недостатньо чутливим методом у виявленні доклінічного остеоартрозу. Можуть бути виявлені морфологічні зміни та повні дефекти в товщині хрящової тканини, але фібриляція волокнистої структури не може оцінюватися.

Комп'ютерна томографія має мінімальні переваги над звичайною рентгенографією в тих випадках, коли не потрібен аксіальний вид суглоба. Радіоізотопна візуалізація вважається неадекватною в оцінці прогресування хвороби, оскільки вона не оцінює анатомічні деталі. Проте проведені дослідження продемонстрували, що затримка технецію у колінному суглобі передбачає подальшу втрату хрящової тканини у пацієнтів з вираженим остеоартрозом.

Відповідно до вимог Положення про військово–лікарську експертизу в Збройних Силах України, затвердженого наказом Міністра оборони України від 14.08.08 № 402, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 17.11.08 за № 1109/15800, медичний огляд громадян та військовослужбовців проводиться за графами та статтями Розкладу хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби (додаток 1 до вищезазначеного Положення).

Відповідно до Розкладу хвороб, медичний огляд громадян та військовослужбовців проводиться за графами:

графа І - громадян під час приписки до призовних дільниць та призову на строкову військову службу, вступу до військових навчальних закладів (крім льотного складу), військовослужбовці строкової військової служби,

графа II - громадяни, військовослужбовці, які приймаються та проходять військову службу за контрактом осіб рядового, сержантського та старшинського складу, прапорщики (мічмени),

графа III - громадяни, особи офіцерського складу, які приймаються та проходять військову службу за контрактом осіб офіцерського складу.

Користуватись Розкладом хвороб слід у комплексі з Поясненням щодо застосування статей Розкладу хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби (додаток 2 до вищезазначеного Положення), де більш детально викладено розмежування захворювань.

При медичному огляді військовослужбовців, які хворіють на остеоартроз, застосовується стаття 61 Розкладу хвороб, до якої включено: артрози та інші ураження суглобів M15-M19, M22-M25 (поліартроз, коксартроз, гонартроз, інші артрози, ураження надколінка, внутрішньосуглобові ураження коліна та інших суглобів); хвороби м'язів тканин M60-M79 (хвороби та ураження м'язів, синовіальної оболонки та сухожилків, бурсопатії, ентезопатії, ураження плеча; остеопатії і хондропатії M80-M94 (остеопороз кісток з патологічним або без патологічного перелому, остеомаліяція у дорослих, уповільнене зрощення перелому, стресові переломи, фіброзна дисплазія кісток, остеомієліт, остеонекроз, хвороба Педжета, юнацькі остеохондрози кісток (крім хребта), інші остеохондропатії та ураження хряща).

При наявності у військовослужбовця вродженого та вторинного (пост-травматичний, подагричний тощо) остеоартрозу застосовуються статті Розкладу хвороб щодо основного захворювання.

Відповідно до Пояснення, постанова про придатність до військової служби в разі захворювань кісток та суглобів приймається після стаціонарного обстеження та лікування. При незадовільних результатах лікування або відмові від нього постанова про придатність до військової служби приймається за пунктами "а", "б" чи "в" залежно від ступеня порушень функцій на період медичного огляду.

До пункту "а" статті 61 відносяться: деформуючий артроз в одному з великих суглобів III-IV стадій (наявність грубих кісткових розростань суглобових країв не менше 2 мм, руйнування суглобового хряща – ширина суглобової щілини менше 2 мм) з частими (2 та більше разів на рік) рецидивами загострень, з больовим синдромом та деформацією вісі кінцівки; кістковий або фіброзний анкілоз великого суглоба у хибному положенні (при анкілозах великих суглобів у функціонально вигідному положенні або за належної компенсації придатність до військової служби осіб, що оглядаються за графами II, III Розкладу хвороб, визначається за пунктом "б"); патологічна рухливість або стійка контрактура суглоба зі значним обмеженням обсягу рухів; асептичний некроз головки стегнової кістки; стани після ендопротезування

великих суглобів (особи, що оглядаються за графою III Розкладу хвороб, при задовільних результатах протезування оглядаються за пунктом “б”).

Усі категорії оглянутих військовослужбовців (графи I-III Розкладу хвороб) за пунктом “а” визнаються непридатними до військової служби з виключенням з військового обліку.

До пункту “б” статті 61 відносяться: деформуючий артроз в одному з великих суглобів II стадії (ширина суглобової щілини на рентгенограмі – 2 – 4 мм) з больовим синдромом; стійкі контрактури одного з великих суглобів з помірним обмеженням обсягу рухів; звичні (3 та більше разів на рік) вивихи великих суглобів, які виникають при незначних фізичних навантаженнях, з вираженою нестійкістю (розхитаністю) або рецидивним синовітом суглоба та супроводжуються помірною гіпотрофією м’язів кінцівки.

Особи, оглянуті за пунктом “б” статті 61 за графою I Розкладу хвороб, визнаються непридатними до військової служби в мирний час, обмежено придатними у воєнний час; при огляді військовослужбовців за графами II-III у цьому випадку застосовується індивідуальне визначення непридатності або обмеженої придатності військовослужбовців до військової служби; громадяни, які приймаються на військову службу за контрактом, визнаються непридатними до військової служби.

Метод індивідуальної оцінки придатності військовослужбовців військової служби за контрактом до військової служби при медичному огляді передбачає, разом з оцінкою стану здоров’я військовослужбовця, обов’язкове врахування віку, освіти, військового фаху, підготовки, досвіду, фактичної працездатності військовослужбовця, спрямованості його до подальшого проходження військової служби, думки командування і начальника медичної служби військової частини, викладені у службовій та медичній характеристиках, та можливість подальшого проходження військовослужбовцем військової служби на посаді, яка найбільше відповідає стану його здоров’я.

До пункту “в” статті 61 відносяться: деформуючий артроз в одному з великих суглобів I стадії; стійкі контрактури в одному з великих суглобів з незначним обмеженням обсягу рухів; звичні (менше 3 разів на рік) вивихи великих суглобів; нестійкість і рецидивний синовіт великих суглобів при помірних фізичних навантаженнях;

Особи, оглянуті за пунктом “в” статті 61 за графою I Розкладу хвороб, визнаються непридатними до військової служби в мирний час, обмежено придатними у воєнний час; огляд військовослужбовців за графами II-III у цих випадках передбачає індивідуальне визначення придатності або обмеженої придатності військовослужбовців до військової служби; громадяни, які приймаються на військову службу за контрактом, визнаються непридатними до військової служби.

Повторність вивиху великого суглоба повинна бути засвідчена медичним документом лікувального закладу, рентгенограмами суглоба до та після усунення вивиху. Нестабільність суглоба, яка виникла внаслідок пошкодження зв'язок і капсули, повинна підтверджуватися клінічно та рентгенологічно. З приводу нестабільності великих суглобів пропонується хірургічне лікування. Після успішного хірургічного лікування стосовно військовослужбовців приймається постанова про потребу у відпустці за станом здоров'я за статтею 65 Розкладу хвороб з подальшим оглядом ВЛК. Огляд осіб за графою І після проведеного хірургічного лікування на великих суглобах або при відмові від нього проводиться за пунктами "а", "б" чи "в" цієї статті.

За наявності хибних суглобів військовослужбовці підлягають лікуванню із застосуванням сучасних методів остеосинтезу. При кістозному переродженні, патологічній перебудові кісток, відсікаючому остеохондрозі у великому суглобі пропонується оперативне лікування. При відмові від оперативного лікування або його незадовільних результатах постанова про придатність або непридатність до військової служби приймається залежно від ступеня порушення функцій кінцівки або суглоба. Оглянути за графами II-III Розкладу хвороб із хворобою Осгуд-Шляттера без порушень функцій суглобів визнаються придатними до військової служби та до навчання у ВВНЗ.

Громадяни та військовослужбовці, які призиваються і проходять строкову військову службу в Державній прикордонній службі України, проходять медичний огляд ВЛК також за графою 10 Таблиці додаткових вимог до стану здоров'я "А" (додаток 3 до вищезазначеного Положення), відповідно до якої особи, які підпадають під дію статті 61 "г" (хвороби та стані, що не увійшли до пунктів "а", "б", "в" та за наявності об'єктивних даних без порушення функції) визнаються непридатними до служби.

Громадяни та військовослужбовці, які приймаються та проходять військову службу за контрактом в Державній прикордонній службі України з числа осіб рядового, сержантського, старшинського та офіцерського складу проходять медичний огляд ВЛК також за графою 1 Таблиці 1 додаткових вимог "Б", відповідно до якої особи, що підпадають під дію статті 61, підпункти "в" та "г", визнаються непридатними до служби.

Особи, які відбираються для служби (роботи) та які проходять службу (працюють) в Державній прикордонній службі України з джерелами іонізуючого випромінювання (ДІВ), компонентами ракетного палива (КРП), джерелами електромагнітного поля (ЕМП), джерелами лазерного випромінювання (ЛВ), мікроорганізмами I-II груп патогенності, проходять медичний огляд ВЛК також за графами 1-5 (залежно від виду шкідливого фактора) Таблиці додаткових вимог "Г", відповідно до якої особи, що підпадають під дію статті 61 "в", визнаються непридатними до служби із відповідним шкідливим фактором служби.

Таблиця 1

Оцінка обсягу рухів у суглобах (у градусах):

Суглоб	Рух	Норма	Обмеження рухів		
			незначне	помірне	значне
1	2	3	4	5	6
Плечовий плечовим поясом	Згинання	180	115	100	80
	Розгинання	40	30	20	15
	Відведення	180	115	100	80
Ліктьовий	Згинання	40	80	90	100
	Розгинання	180	150	140	120
	Пронація Супінація	180	135	90	60
		180	135	90	60
Променево- зап'ястний	Згинання	75	35	20-25	15
	Розгинання	65	30	20-25	15
	Відведення: радіальне ульнарне	20	10	5	2-3
		40	25	15	10
Кульшовий	Згинання	75	100	110	120
	Розгинання	180	170	160	150
	Відведення	50	25	20	15
Колінний	Згинання	40	60	90	110
	Розгинання	180	175	170	160
Гомілково- стопний	Підошовне згинання	130	120	110	100
	Тильне згинання (розгинання)	70	75	80	85

Як видно із наведених вище Пояснень, стадія остеоартрозу під час формування клініко-експертного діагнозу в цілях військово-лікарської експертизи встановлюється, в основному, за результатами рентгенологічного дослідження суглобу, в першу чергу на підставі висоти рентген-суглобової щілини. При визначенні ступеня порушення функції при остеоартрозах лікарю ортопеду-травматологу (хірургу) слід враховувати, наряду з оцінкою обсягу рухів в ураженому суглобі (наведено нижче), порушення статичної функції, ходи, наявність гіпотрофії та зниження сили м'язів, схильність захворювання до рецидивів або прогресування, стійкість ремісії, особливості військової служби, думку командування та лікаря військової частини про можливість подальшого проходження військової служби військовослужбовцем, що оглядається.

У військово-лікарській експертизі є загальноприйнятим в залежності від терміну, що пройшов з моменту захворювання, поранення, травми, або

оперативного втручання до моменту медичного огляду починати діагноз однією з наступних фраз:

- залишкові явища (менше року) – для прийняття остаточних експертних рішень;

- стан після (менше року) “ для прийняття рішень про надання звільнення або відпустки за станом здоров’я;

- наслідки (від одного до трьох років);

- віддалені наслідки (більше трьох років).

Приклади формулювання експертних діагнозів при остеоартрозі:

1. Наявність штучного суглоба після тотального (цементного, безцементного) ендопротезування лівого кульшового суглоба (дата операції) з приводу коксартрозу III стадії (ступінь порушення функції в діагнозі після ендопротезування не вказується).

2. Наявність штучного суглоба після тотального(цементного, безцементного) ендопротезування правого колінного суглоба (дата операції) з приводу гонартрозу IV стадії.

3. Правобічний гонартроз III-IV стадія з вальгусною (варусною) деформацією гомілки при значному порушенні функцій.

4. Остеоартроз правого плечового суглоба I стадії без порушення функцій.

5. Післятравматичний (дата) лівобічний гонартроз III стадії, рецидивуючий синовіт, стійка згинально-розгинальна контрактура лівого колінного суглоба зі стійким больовим синдромом при значному порушенні функцій.

В разі незадовільних результатів ендопротезування у вигляді наявності вкорочення кінцівки експертиза проводиться також за ст.62 Положення.

Висновки

1. Доведено, що остеоартроз, як захворювання з домінуючою деградацією хрящової тканини, втратою цілісності суглобового хряща, що прогресує, та вторинними дегенеративними, запальними та склеротичними параартикулярними змінами є однією з основних причин передчасної втрати працездатності та інвалідизації військовослужбовців.

2. Виявлено, що стадія остеоартрозу під час формулювання клініко-експертного діагнозу в цілях військово-лікарської експертизи встановлюється, в основному, за результатами рентгенологічного дослідження суглобу, в першу чергу на підставі висоти рентген-суглобової щілини.

3. Доведено, що при визначенні ступеня порушення функції при остеоартрозах лікарю ортопеду-травматологу (хірургу), наряду з оцінкою обсягу рухів в ураженому суглобі, слід враховувати порушення статичної функції, ходи, наявність гіпотрофії та зниження сили м’язів, схильність

захворювання до рецидивів або прогресування, стійкість ремісії, особливості військової служби.

Список використаної літератури

1. Зазірний І.М., Терновий М.К. Хірургічне лікування остеоартрозу колінного суглоба. “К., „Навчальна книга”, 2005. “ с.7-18.

2. Гужевский И.В. Современные представления о патогенезе, диагностике и медикаментозном лечении первичного остеоартроза суставов нижних конечностей. “Журнал практичного лікаря, №6, 2005. “ с.5-13.

3. Юрлов В.М., Бугерук В.В., Тихонова С.А., Ковалевская Л.А. Использование комбинированного препарата тилда в лечении болевого синдрома у больных остеоартрозом различной тяжести. “ Мистецтво лікування. “ № 5 (011), 2004. “ с.65-67.

4. Поворознюк В.В. Остеоартроз. “ Мистецтво лікування. “ № 3 (009), 2004. “ с.16-23.

5. Положення про військово-лікарську експертизу у Збройних Силах України, затверджене наказом Міністра оборони України від 14.08.08 № 402, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 17.11.2008 за № 1109/15800.

6. Наказ Адміністрації Державної прикордонної служби України від 06.05.2009 №333 „Про затвердження Положення про проходження медичного огляду в Державній прикордонній службі України” зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26 червня 2009 року за №570.

Резюме. В статті изучены особенности организации медицинского контроля за состоянием пригодности к военной службе военнослужащих мобилизационного резерва Вооруженных Сил Украины с остеоартрозом суставов с целью научного обоснования главных направлений оптимизации своевременного выявления групп повышенного риска возникновения остеоартроза суставов и эффективного комплектования Вооруженных Сил Украины боеспособным личным составом. Выявлено, что остеоартроз, как заболевание с доминирующей деградацией хрящевой ткани, потерей целостности суставного хряща, что прогрессирует, и вторичными дегенеративными, воспалительными и склеротическими параартикулярными изменениями является одной из основных причин преждевременной потери пригодности к военной службе и инвалидизации военнослужащих мобилизационного резерва. Доказано, что при определении степени нарушения функции и соответственно пригодности к военной службе при остеоартрозах врачу ортопеду-травматологу (хирургу), наряду с оценкой объема движений в пораженном суставе, следует учитывать нарушение статической функции, шестивия, наличие гипотрофии и снижение силы мышц,

склонность к рецидивам заболевания или прогрессирования, устойчивость ремиссии, особенности военной службы.

Ключевые слова: *остеоартроз суставов, военнослужащие мобилизационного резерва, организация медицинского контроля, пригодность к военной службе.*

Summary. In article features of the organization of medical control of a condition of suitability to military service of the military personnel of a mobilization reserve of Armed forces of Ukraine with osteoarthritis of joints for the purpose of scientific justification of the main directions of optimization of timely identification of groups of the increased risk of emergence of osteoarthritis of joints and effective completing of Armed forces of Ukraine by efficient staff are studied. It is revealed that osteoarthritis as the disease with dominating degradation of hyaline fabric, loss of integrity of an articular cartilage that progresses, and secondary degenerate, inflammatory and sclerous paraarticular changes is one of the main reasons for premature loss of suitability to military service and an invalidization of the military personnel of the military personnel of a mobilization reserve. It is proved that when determining extent of violation of function and according to suitability to military service at osteoarthritis to the doctor to the orthopedist-traumatologist (surgeon), along with an assessment of volume of movements in the affected joint, it is necessary to consider violation of static function, atrophy, existence of a hypotrophy and decrease in force of muscles, tendency to disease or progressing recurrence, stability of remission, feature of military service.

Keywords: *osteoarthritis of joints, the military personnel of a mobilization reserve, the organization of medical control, suitability to military service.*