

Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных и инвалидов после эндопротезирования тазобедренного сустава

С.У. Асилова, Д.Р. Рузибаев

Ташкентская медицинская академия, Национальный центр реабилитации и протезирования инвалидов, г. Ташкент

Medical-and-social examination and rehabilitation of patients and disabled persons after the hip total arthroplasty

S.U. Asilova, D.R. Ruzibaev

The Tashkent Medical Academy, National Center of Rehabilitation and Prosthetics of Disabled Persons, Tashkent

Цель. Изучение особенности медико-социальной реабилитации больных и инвалидов после эндопротезирования тазобедренного сустава, а также выявление возможных путей снижения первичной инвалидности и оптимального восстановления трудоспособности больных и инвалидов при данной патологии. **Материалы и методы.** Проанализированы материалы 499 больных после эндопротезирования тазобедренного сустава. Изучены сведения о характере труда, степени физического напряжения, о профессиональных перемещениях, образовании у лиц, признанных инвалидами, а также вопросы социально-трудовой реабилитации больных. Разработаны прогностические критерии клинко-функциональных исходов после ТЭТС. **Результаты.** При освидетельствовании были признаны инвалидами 384 больных, из них у 52 пациентов установлена инвалидность при первичном освидетельствовании, у 332 – при переосвидетельствовании. До установления инвалидности подавляющее большинство больных работали в условиях с вредными факторами и физическими нагрузками (83,3 %), из них более половины выполняли тяжелые виды работ. Показано, что сформировавшиеся спустя 6 месяцев после операции при адекватной реабилитации функциональные возможности большинства обследованных больных, у которых было одностороннее поражение тазобедренного сустава, при отсутствии осложнений со стороны оперированного сустава смогут удовлетворить требованиям технологического процесса широкого круга профессий, при исключении противопоказанных факторов труда. **Заключение.** К основным факторам оценки трудоспособности больных с имплантированным суставом относятся этиология, характер течения заболевания, стадия патологического процесса, степень нарушения статодинамической функции, клинический и трудовой прогноз и социальная адаптация больного. Следует дифференцированно решать вопросы экспертизы трудоспособности с учетом приведенных факторов.

Ключевые слова: тазобедренный сустав, имплантат, эндопротезирование, реабилитация, инвалидность, трудоспособность.

Purpose. To study the details of medical-and-social rehabilitation of patients and disabled persons after the hip total arthroplasty (HTA), as well as to reveal the possible ways of reducing the primary disability and restoring the optimal working ability in the patients and disabled persons with this pathology. **Materials and Methods.** We analyzed the materials of 499 patients after the hip arthroplasty, studied the data of the labor character, the degree of physical stress, professional moving, education in the persons, recognized as disabled, and also the problems of social-and-labor rehabilitation of patients. In addition, we developed the predictors of clinical-and-functional outcomes after HTA. **Results.** As a result of examination, 384 patients were recognized as disabled, among them the disability was determined during the initial examination in 52 patients, and during reexamination – in 332 patients. The vast majority of patients worked in conditions with harmful factors and physical exertions before disability determination (83.3 %), and more than a half of them were engaged in hard kinds of work. As it has been demonstrated, the functional potential formed six months after surgery in case of adequate rehabilitation in majority of the examined patients with unilateral involvement of the hip in the absence of the operated joint complications will be able to meet the requirements of the technological process of a wide range of professions if the contraindicated factors of labor are excluded. **Conclusions.** The main factors of evaluating the working ability of patients with the implanted joint include etiology, the character of disease process, the stage of pathological process, the degree of statodynamical function disorder, clinical and employment prediction, patient's social adaptation. The problems of working ability examination should be solved differentially taking the mentioned factors into account.

Keywords: the hip (joint), implant, arthroplasty, rehabilitation, disability, working ability.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава являются одной из основных причин стойкой и временной нетрудоспособности и занимают одно из первых мест среди аналогичных заболеваний других суставов [1, 5, 7, 10, 11, 12].

Анализ статистических данных показывает, что в разных странах Европы частота коксартроза среди взрослого населения колеблется от 7 до 25 %. Инвалидность при этом составляет около 60 % случаев [6, 8] и занимает 4-5 место в структуре первичной инвалидности [3].

По литературным данным, около 10-12 % всего населения имеют клинические проявления этой распространенной патологии опорно-двигательной системы [2, 4, 13].

Реабилитация больных с этой патологией остается важнейшей медико-социальной проблемой, а инвалидность вследствие коксартроза наступает в 3 раза чаще, чем при артрозе коленного и в 7 раз чаще, чем при поражении голеностопного сустава [9].

Проблема медицинской и социальной реабилитации больных и инвалидов, страдающих дегенеративно-дистрофическими заболеваниями, в последнее время приобретает особое значение в связи с неуклонным ростом их числа, широкой распространенностью этого заболевания, существенным снижением возрастного порога его развития и огромными затратами на диагностику и лечение.

Выявление возможных путей снижения первичной инвалидности и её тяжести, оптимального восстановления трудоспособности является весьма актуальной задачей.

Цель исследования. Изучение особенности медико-социальной реабилитации больных и инвалидов после эндопротезирования тазобедренного сустава, а также выявление возможных путей снижения первичной инвалидности и оптимального восстановления трудоспособности больных и инвалидов при данной патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были изучены уровень и динамика инвалидности среди больных после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТБС) в городе Ташкенте (как модели крупного промышленного центра) и в Ташкентской области. В исследовании использовались истории болезни, регистрационные журналы, протоколы, акты освидетельствования больных в МСЭК за 5 лет (2009-2013 гг.)

В этот срок было направлено 499 больных после

эндопротезирования тазобедренного сустава. Из общего числа направленных больных изучено 224 (44,8 %) пациента после тотального эндопротезирования при диспластическом коксартрозе, 100 (20,0 %) – при идиопатическим коксартрозе, 175 (35,2 %) больных были с посттравматическим коксартрозом.

Из 499 больных было 325 (65,1 %) женщин и 174 (34,9 %) мужчины.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При освидетельствовании после эндопротезирования 115 (38 %) работающих больным инвалидность не установлена. Из 384 пациентов признаны инвалидами (возраст от 20 до 60 лет) 284 (74 %) больных трудоспособного возраста и 100 (26 %) - пенсионного возраста. Из 284 больных 52 (18,3 %) признано инвалидами при первичном освидетельствовании и 232 (81,7 %) – при переосвидетельствовании. Из 232 пациентов, имевших инвалидность до операции, 156 (67,2 %) больных были признаны инвалидами II группы; 76 (32,8 %) больных – инвалидами III группы. В течение одного года после операции при переосвидетельствовании 88 (56,4 %) больных были переведены со II на III группу инвалидности. Таким образом, число инвалидов III группы составило 68,3 %.

Мы выделили ряд обстоятельств, объясняющих подобные решения врачебной трудовой экспертной комиссии при проведении медико-социальной экспертизы у больных после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава:

1) отсутствие до настоящего времени критериев оценки трудоспособности, базирующихся на объективных показателях нарушения статодинамической функции (СДФ) после ТЭТС, и ее компенсации;

2) прогрессирование патологического процесса в других суставах, приводящее, в конечном итоге, к тяжелому нарушению функции опоры и передвижения;

3) отсутствие системы послеоперационной реабилитации этих больных.

Обращает на себя внимание абсолютное отсутствие критериев полной реабилитации этой категории больных. Сложившаяся ситуация определяется экспертной тактикой, относящей эндопротезирование тазобедренного сустава к категории выраженного анатомического дефекта с определением III группы инвалидности пациентам с благоприятным функциональным исходом операции, согласно существующего «Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан» № 195 от 01.07. 2011 г. Вместе с тем, показатель частичной реабилитации у больных после ТЭТС достаточно высокий и составляет 56,4 %.

Нами также были проанализированы сведения о характере труда, степени физического напряжения, профессиональных перемещениях, образовании лиц, признанных инвалидами.

Уровень образования характеризовался следующим образом: 20,8 % из числа освидетельствованных имели высшее образование; 43,2 % – среднее специальное; 36,0 % – среднее.

До установления инвалидности подавляющее большинство больных работали в условиях с вредными

факторами и физическими нагрузками (83,3 %), из них более половины выполняли тяжелые виды работ.

Для определения влияния операции ТЭТС на изменение характера и условий труда освидетельствованных больных были изучены их профессиональные перемещения. К моменту первичного освидетельствования в основной профессии произвольно оставили работу 33 % больных. Это, как правило, тяжелая физическая работа (водители, специалисты строительных профессий, работники сельскохозяйственных предприятий: животноводы, механизаторы). Оставались работать в основной профессии инженерно-технические работники и административно-инструкторский персонал (2/3 больных); половина больных, чья профессия связана с квалифицированным физическим трудом (слесари, механики), и 1/3 – с легким ручным трудом.

В подавляющем большинстве изученных нами экспертных документов содержались конкретные трудовые рекомендации. Анализ временной нетрудоспособности (ВН) после ТЭТС у работающих инвалидов III группы в течение последующего года показал, что не прерывали по болезни производственную деятельность больные, рационально трудоустроенные.

Анализ экспертных документов позволил заключить, что в 8,9 % случаев II группа инвалидности была установлена без достаточных оснований больным, которые уже адаптировались к новым условиям труда и вполне могли принимать участие в общественно полезном труде.

Из числа неработающих 45,8 % больных показаны различные виды труда, в том числе в специально созданных условиях. Среди работающих 14 человек были трудоустроены нерационально; у 12 больных не полностью учтены функциональные возможности, у 2 не указаны противопоказанные факторы в труде.

Из 43 человек, вошедших в основную группу и перенёсших операцию ТЭТС, 23 после операции были признаны инвалидами 2 группы, у остальных имелся длительный «стаж» инвалидности (от 2 до 7 лет). Часть пациентов (31 больной: 24,4 % мужчин и 24,7 % женщин) инвалидами до операции не являлись.

Причинами инвалидизации являются двусторонние поражения суставов, тяжелые формы дегенеративно-дистрофического поражения (остеонекроз, кистовидная перестройка сочленяющихся костей с быстро прогрессирующим течением), давность заболевания, значительное поражение пояснично-крестцового отдела позвоночника, недостаточная интенсивность и комплексность реабилитационных мероприятий, недостаточная преемственность отдельных этапов реабилитации.

Учитывая то, что в специальной литературе не рас-

сматриваются вопросы трудоспособности оперированных больных, а нормативные документы, регламентирующие подобные вопросы, в Республике Узбекистан отсутствуют, мы сопоставили экспертные решения врачебно-трудовой экспертной комиссии (ВТЭК) с данными литературы и результатами комплексного обследования этих больных в различные сроки после операции ТЭТС. Сформировавшиеся спустя 6 месяцев после операции при адекватной реабилитации функциональные возможности большинства обследованных больных, у которых было одностороннее поражение тазобедренного сустава, при отсутствии осложнений со стороны оперированного сустава смогут удовлетворить требованиям технологического процесса широкого круга профессий, при исключении противопоказанных факторов труда.

К таким факторам относятся подъем и перенос тяжелых предметов весом более 10 кг, длительное стояние, ходьба более 3-4 км в день, особенно для больных с повышенным весом. Противопоказаны также бег, прыжки, занятия некоторыми видами спорта, работы, связанные с вынужденным положением тела, с повышенной нагрузкой на оперированную конечность, частые подъемы и спуски по лестнице и т.д.

Основными факторами в оценке трудоспособности больных с имплантированным суставом являются этиология, характер течения заболевания, стадия патологического процесса, степень нарушения статодинамической функции с учётом механизма, клинического и трудового прогноза, общая и социальная подготовка больного.

После операции эндопротезирования тазобедренного сустава большинство больных признаётся инвалидами II и III групп, при этом сроки пребывания на группе инвалидности, как правило, длительны – 5 и более лет.

Изучение фактического трудоустройства инвалидов позволило установить, что часть из них (10 %) заняты в профессиях гуманитарного, административно-хозяйственного и легкого физического труда без ограничений в течение многих лет и без ущерба для здоровья.

Говоря о трудоспособности больных, следует подчеркнуть, что речь идёт о сложном контингенте, страдающем хроническим прогрессирующим заболеванием, имеющем 1 или 2 искусственных тазобедренных сустава. Однако это не является основанием к признанию всех больных инвалидами. При этом следует дифференцированно решать вопросы экспертизы трудоспособности с учётом приведенных фактов.

Особые трудности представляет экспертиза трудо-

способности лиц в течение первого года после операции ТЭТС. В первую очередь, это связано с отсутствием возможности определения состояния статодинамической функции (СДФ) в сроки до 3 месяцев после операции (больные пользуются вспомогательными средствами передвижения). В то же время, спустя 6 месяцев после операции определяется стабильное и сугубо индивидуальное восстановление СДФ. Определяющими в дифференцированной экспертной тактике в этот период являются разработанные нами прогностические критерии клинико-функциональных исходов.

Прогнозирование относительно благоприятного результата восстановления СДФ после операции ТЭТС возможно у больных с односторонним эндопротезом при отсутствии послеоперационных осложнений и патологии дегенеративно-дистрофического характера в контралатеральном и смежных суставах нижних конечностей, отсутствии анамнестических и клинических данных о дегенеративно-дистрофических поражениях в других звеньях опорно-двигательной системы. Наличие при этом лишь рентгенологических признаков начального дегенеративно-дистрофического процесса в позвоночнике не даёт оснований для благоприятного прогноза.

Прогнозирование неблагоприятного результата восстановления СДФ наиболее вероятно при ревматоидном полиартрите, болезни Бехтерева или тяжелом распространенном дегенеративно-дистрофическом процессе в крупных суставах и позвоночнике, когда нарушение функции неоперированной конечности выражено.

Особое значение при социально-трудовой реабилитации имеет рациональное трудоустройство больных. Так, как правило, сохранность интеллектуальной сферы у этого контингента больных делает доступными для них профессии умственного труда. Однако значительные ограничения двигательной активности уже при умеренном нарушении СДФ, как правило, препятствуют выполнению в полном объеме работ даже для лиц интеллектуально труда. Для лиц физического труда оптимальным является трудовая деятельность, которая требует лишь региональной или локальной мышечной нагрузки, легкого и эпизодически умеренного физического напряжения, рабочей позы в положении сидя.

Таким образом, исследование показало, что в большинстве случаев ТЭТС имеет благоприятный функциональный исход. При правильной экспертно-реабилитационной тактике значительное число больных возвращается к показанным видам труда, что имеет большое социальное и народно-хозяйственное значение.

ВЫВОДЫ

1. После операции эндопротезирования тазобедренного сустава большинство больных признаётся инвалидами II и III групп.

2. Отсутствие осложнений со стороны оперированного сустава позволяет удовлетворить требованиям технологического процесса широкого круга специальностей, за исключением противопоказанных факторов труда.

3. К основным факторам оценки трудоспособности больных с имплантированным суставом относятся этиология, характер течения заболевания, стадия патологического процесса, степень нарушения СДФ, клинический и трудовой прогноз и социальная адаптация больного.

4. Следует дифференцированно решать вопросы экспертизы трудоспособности с учетом приведенных факторов.

5. Определяющими в дифференцированной экспертной практике в этот период являются разработанные нами прогностические критерии клинико-функциональных исходов после операции ТЭТС.

6. В большинстве случаев ТЭТС имеет благоприятный функциональный исход.

7. При правильной экспертно-реабилитационной тактике значительное число больных возвращается к показанным видам труда, что имеет большое социальное и народно-хозяйственное значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бут-Гусаим А.Б. Оптимизация методов реабилитации больных перенесших операцию ТЭТС : автореф. дис... канд. мед. наук. Минск, 2008. 28 с.
2. Волокитина Е.А., Николайчук Е.В., Сазонова Н.В. Гипербарическая оксигенация в комплексном лечении дегенеративных поражений тазобедренного сустава // Гипербарическая физиология. 2007. № 1. С. 54-55.
3. Корнилов Н.В. Хирургическое лечение дегенеративно-дистрофического поражения тазобедренного сустава. СПб., 2006. С. 21-23.
4. Курбанов С.Х. Индивидуальная реабилитация больных после эндопротезирования тазобедренного сустава : автореф. дис... д-ра мед. наук. СПб., 2009. 28 с.
5. Мацкевич В.А., Жилиев А.А., Попова Т.П. Клинико-биомеханическая оценка функции тазобедренного сустава при коксартрозе // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 1999. № 4. С. 28-43.
6. Осипов В.В., Пустовойтенко В.Т., Козак Л.Г.; Динамика инвалидности после оперативного лечения дистрофически-дегенеративных заболеваний тазобедренного сустава // Медико-социальная экспертиза и реабилитация : сб. науч. трудов. Минск, 2001. С. 49-52.
7. Павлов В.П., Макаров С.А., Матишевский С.В. Реабилитация больных ревматическими заболеваниями после эндопротезирования крупных суставов // Науч.-практ. ревматология. 2003. № 3. С. 51-54.
8. Смычек В.Б., Капат' Г.Т. Анализ первичной инвалидности населения республики Беларусь // Медико-социальная экспертиза и реабилитация : сб. науч. трудов. Минск, 2006. С. 246-250.
9. Хритинин А.Д. Анализ первичной инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы в Москве // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2001. № 2. С. 31-33.
10. Almaraghy A.W. The role of methylmethacrylate monomer in formation and hemodynamic outcome of pulmonary fat emboli. // Z. Bone Jt Surgery -1999-vol.81-p.156-161.
11. Blom A.W., Taylor A., Pattison G., Infection after total hip arthroplasty; the avon experience // J. Bone Jt., surgery-2003; 85B: p.956-959.
12. Callahan J.J., Rosenberg A.G. The Adult Hip, 2nd ed. Lippincott Williams & Phil., 2007, vol.1-2.
13. Simesen K. Total Hip Replacement ad. Medi Ring «Acta arthrop. Scand., 2000, 51, 5; 923-935».

REFERENCES

1. But-Gusaim A.B. Optimizatsiia metodov reabilitatsii bol'nykh perenessikh operatsiiu TETS [Optimization of the methods of rehabilitation of patients undergone HTA surgery] : [avtoref. dis... kand. med. nauk]. Minsk, 2008. 28 s.
2. Volokitina E.A., Nikolaichuk E.V., Sazonova N.V. Giperbaricheskaia oksigenatsiia v kompleksnom lechenii degenerativnykh porazhenii tazobedrennogo sustava [Hyperbaric oxygenation in complex treatment of the hip degenerative involvements] // Giperbaricheskaia Fiziologiya. 2007. N 1. S. 54-55.
3. Kornilov N.V. Khirurgicheskoe lechenie degenerativno-distroficheskii porazheniia tazobedrennogo sustava [Surgical treatment of the hip degenerative-and-dystrophic involvement]. SPb., 2006. S. 21-23.
4. Kurbanov S.Kh. Individual'naia reabilitatsiia bol'nykh posle endoprotezirovaniia tazobedrennogo sustava [Individual rehabilitation of patients after the hip arthroplasty] : [avtoref. dis... d-ra med. nauk]. SPb., 2009. 28 s.
5. Matskevich V.A., Zhiliaev A.A., Popova T.P. Kliniko-biomekhanicheskaia otsenka funktsii tazobedrennogo sustava pri koksartroze [Clinical-and-biomechanical evaluation of the hip function for coxarthrosis] // Vestn. Travmatol. i Ortop. im. N.N. Priorova. 1999. N 4. S. 28-43.
6. Osipov V.V., Pustovoienko V.T., Kozak L.G.; Dinamika invalidnosti posle operativnogo lecheniia distroficheskii-degenerativnykh zabolevaniia tazobedrennogo sustava [Disability dynamics after surgical treatment of the hip dystrophically degenerative diseases] // Mediko-sotsial'naia ekspertiza i reabilitatsiia : sb. nauch. trudov [Medical-and-social Examination and Rehabilitation: Collected scientific works]. Minsk, 2001. S. 49-52.
7. Pavlov V.P., Makarov S.A., Matishevskii S.V. Reabilitatsiia bol'nykh revmaticheskimi zabolevaniiami posle endoprotezirovaniia revmaticheskimi zabolevaniiami posle endoprotezirovaniia krupnykh sustavov [Rehabilitation of patients with rheumatic diseases after arthroplasty of large joi] // Nauch.-prakt. Revmatologiya. 2003. N 3. S. 51-54.
8. Smychek V.B., Kapat' G.T. Analiz pervichnoi invalidnosti naseleniia respubliky Belarus' [Analysis of the primary disability of the population of the Republic of Belarus] // Mediko-sotsial'naia ekspertiza i reabilitatsiia : sb. nauch. trudov [Medical-and-social Examination and Rehabilitation: Collected scientific works]. J. Minsk, 2006. S. 246-250.
9. Khritinin A.D. Analiz pervichnoi invalidnosti vsledstvie boleznei kostno-myshechnoi sistemy v Moskve [Analysis of the primary disability due to diseases of the osteomuscular system in Moscow] // Mediko-sotsial'naia Ekspertiza i Reabilitatsiia. 2001. N 2. S. 31-33.
10. The role of methylmethacrylate monomer in the formation and haemodynamic outcome of pulmonary fat emboli / A.W. Elmaraghy, B. Humeniuk, G.I. Anderson, E.H. Schemitsch, R.R. Richards // J. Bone Joint Surg. Br. 1998. Vol. 80, No 1. P. 156-161.
11. Infection after total hip arthroplasty. The Avon experience / A.W. Blom, A.H. Taylor, G. Pattison, S. Whitehouse, G.C. Bannister // J. Bone Joint Surg. Br. 2003. Vol. 85, No 7. P. 956-959.
12. The Adult Hip / Eds. J.J. Callahan, A.G. Rosenberg, Rubash H.E.. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
13. Simesen K. Total hip replacement ad modum ring // Acta Orthop. Scand. 1980. Vol. 51, No 6. P. 929-939.

Рукопись поступила 29.09.2014.

Сведения об авторах:

1. Асилова Саодат Убайевна – Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры травматологии ортопедии ВПХ с нейрохирургией, д. м. н.; e-mail: asilova_saodat@mail.ru.
2. Рузибаев Д.Р. – Национальный центр реабилитации и протезирования инвалидов, г. Ташкент

Information about the authors:

1. Asilova Saodat Ubaievna – The Tashkent Medical Academy, Department of Traumatology and Orthopaedics, Military Field Surgery with Neurosurgery, Doctor of Medical Sciences; e-mail: asilova_saodat@mail.ru.
2. Ruzibaev D.R. – National Center of Rehabilitation and Prosthetics of Disabled Persons, Tashkent.