

М.В. Паршиков, Ю.В. Парахин

МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА, ПЕРЕНЕСШИХ РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ СВЫШЕ 10 ЛЕТ НАЗАД

Московский государственный медико-стоматологический университет (Москва)
Городская клиническая больница № 59 (Москва)

Изучены особенности течения дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава у больных, перенесших более 10 лет назад различные реконструктивно-восстановительные операции на тазобедренном суставе. В результате проведенного анализа пациенты были распределены по возрасту, полу, локализации, нозологическим формам и стадиям патологического процесса на основных этапах лечения. Представлен дифференцированный анализ оперативных методик, различных средств и форм лечения пациентов после оперативного лечения. Проведен анализ медицинской и социальной адаптации пациентов, который достоверно показал, что через 1–3 года после операций в связи с изменением состояния здоровья, при переосвидетельствовании группы инвалидности наблюдается статистически значимая положительная динамика в связи со снятием инвалидности у 18 (12,77 %) пациентов. Последующее отягощение групп инвалидности происходило в связи с прогрессированием как основного заболевания, так и сопутствующей патологии. Худшие результаты имелись у больных с асептическим некрозом головки бедренной кости III стадии заболевания на момент оперативного лечения.

Ключевые слова: тазобедренный сустав, остеотомия, медицинская и социальная адаптация

MEDICAL AND SOCIAL ADAPTATION OF PATIENTS WITH DEGENERATIVE AND DYSTROPHIC DISEASES OF THE HIP JOINT, UNDERWENT DIFFERENT KINDS OF RECONSTRUCTIVE-RESTORATIVE SURGERIES MORE THEN 10 YEARS AGO

М. V. Parshikov, Yu. V. Parakhin

Moscow State Medical-Stomatological University, Moscow
City Clinical Hospital, Moscow

The peculiarities of the course of degenerative and dystrophic diseases of the hip joint were studied in patients underwent different kinds of reconstructive-restorative surgeries more then 10 years ago. After conducted analysis all patients were distributed to groups according to age, gender, localization, nosology forms and stages of pathological process on the main stages of treatment. Differentiated analysis of surgical techniques, various means and forms of treatment of patients underwent surgery is presented. The conducted analysis of medical and social adaptation of patients reliably shown that after 1–3 years after surgery re-examination because of changing of health condition there is statistically significant positive dynamics connected with calling off of the disablement in 18 (12.77 %) patients. Following enlargement of groups of disabled was caused by progress of both main disease and concomitant pathology. The worst results have patients with aseptic necrosis of femoral head of the III stage.

Key words: hip joint, osteotomy, medical and social adaptation

Изучение особенностей протекания дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава проводилось с 2001 по 2006 гг. у 141 больных, которым производились реконструктивно-восстановительные операции на тазобедренном суставе до 1994 г., в основном на клинической базе кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ МГМСУ в Городской клинической больнице № 59. Срок после оперативного вмешательства на тазобедренном суставе у всех пациентов был свыше 10 лет.

Для изучения поставленных целей 55 человек (38,84 %) были госпитализированы повторно в клинику, 44 (31,40 %) вызваны в консультативную ортопедотравматологическую поликлинику Городской клинической больницы № 59, 34 (23,97 %) пациента из-за невозможности прибыть на консультацию опрошены по телефону, 8 (5,79 %) прислали подробное описание анамнеза и состояния оперированной конечности, а также ответы на по-

ставленные вопросы с рентгенограммами оперированного сустава в переднезадней проекции. У 99 (70,25 %) пациентов, находившихся в клинике (стационарно и амбулаторно), производили клиническое и рентгенологическое обследование.

Из общего числа пациентов мужчин было 50 (35,46 %), женщин 91 (64,54 %). По возрасту к моменту нашего исследования больные распределились следующим образом (табл. 1).

По данным таблицы, наибольшее количество обследованных больных, перенесших оперативное лечение на тазобедренном суставе, было в возрасте старше 60 лет. Преобладание женщин в данном исследовании соответствует среднестатистическим показателям заболеваемости коксартрозом лиц данного пола [1, 5, 6]. Причем оперативное лечение этой группы пациентов проводилось в наиболее работоспособном возрасте: 31 – 50 лет.

Таблица 1

Состав больных по возрасту и полу

Пол	Возраст больных, лет					Всего
	31–40	41–50	51–60	60–70	> 70	
Мужчины	–	5 (3,55 %)	20 (14,18 %)	24 (17,02 %)	1 (0,71 %)	50 (35,46 %)
Женщины	3 (2,13 %)	7 (4,97 %)	25 (17,73 %)	49 (34,75 %)	7 (4,96 %)	91 (64,54 %)
Итого	3 (2,13 %)	12 (8,52 %)	45 (31,91 %)	73 (51,77 %)	8 (5,67 %)	141 (100 %)

Таблица 2

Распределение больных по срокам после перенесенного оперативного вмешательства и полу

Пол	Срок после оперативного вмешательства, лет														Всего
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	> 23	
Мужчины	–	1	1	5	8	7	8	7	6	3	2	–	1	1	50 (35,46 %)
Женщины	2	4	11	8	9	11	13	10	9	6	3	2	2	1	91 (64,54 %)
Итого (абс.)	2	5	12	13	17	18	21	17	15	9	5	2	3	2	141
Итого (%)	1,41	3,55	8,51	9,22	12,06	12,77	14,89	12,06	10,64	6,38	3,55	1,41	2,13	1,41	100

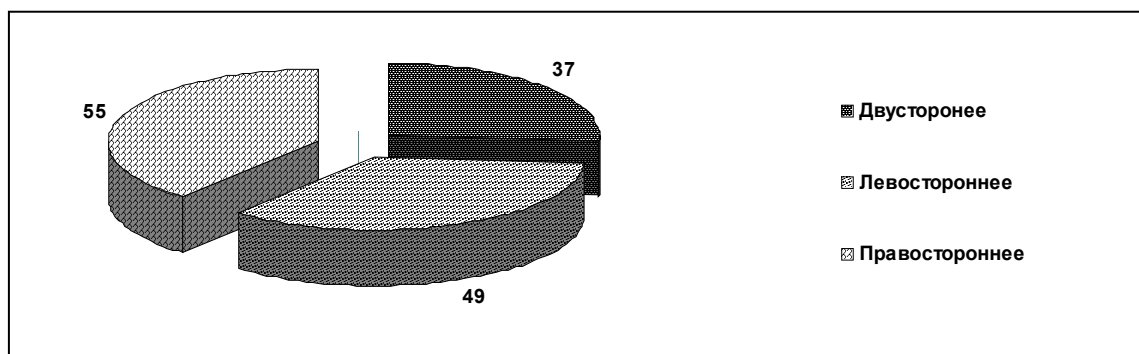


Рис. 1. Локализация патологического процесса у оперированных больных.

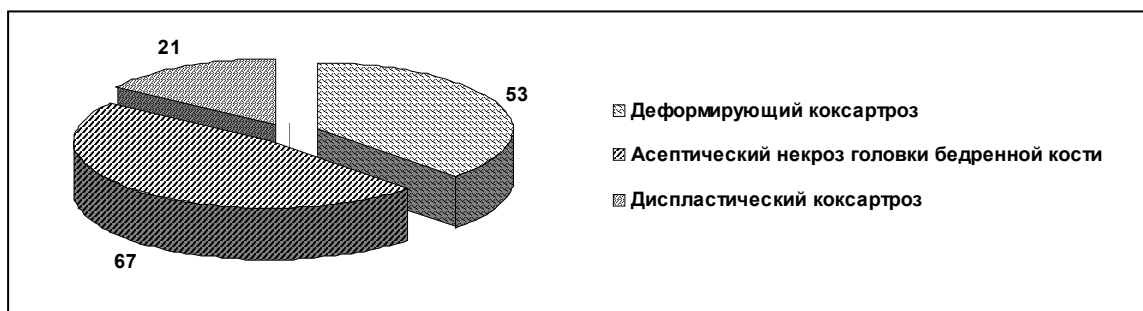


Рис. 2. Распределение больных, перенесших оперативное лечение, по нозологическим формам патологического процесса.

По срокам после перенесенного оперативного вмешательства и полу, на момент исследования больные распределились следующим образом (табл. 2).

По данным табл. 2, наибольшее количество обследованных больных приходится на сроки от 12 до 18 лет после оперативного вмешательства на тазобедренном суставе, а это приходится на период с 1982 по 1988 гг.

Локализация патологического процесса представлена на рис. 1.

Оперативное лечение пораженного правого тазобедренного сустава было выполнено у 55 (39,01 %) больных, левого — у 49 (34,75 %) и в 37 (26,24 %) слу-

чаях — поэтапно билатерально. Всего произведено 178 операций у 141 пациента. Распределение больных, перенесших оперативное лечение, по нозологическим формам, представлено на рис. 2.

В 41 (21,98 %) наблюдении при двустороннем поражении оперативное лечение применено только с одной стороны в связи с тем, что не оперированный пораженный сустав лечился консервативным методом с положительной динамикой. У 12 (8,51 %) пациентов до обращения в нашу клинику уже осуществлялось хирургическое лечение (туннелизация шейки бедра, открытое вправление вывиха бедра, операция Фосса). В 6

(4,26 %) наблюдениях больным в детстве производилось закрытое вправление вывиха тазобедренного сустава с последующей иммобилизацией на различные сроки «стременами Павлика». Рис. 3 демонстрирует распределение больных, перенесших билатеральное оперативное лечение, по нозологическим формам.

Распределение по нозологическим формам патологического процесса и по стадиям заболевания на момент оперативного лечения представлено в табл. 3.

Распределение по нозологическим формам патологического процесса и по стадиям заболевания на момент операции у пациентов, перенесших оперативное лечение на одном тазобедренном суставе, представлено в табл. 4.

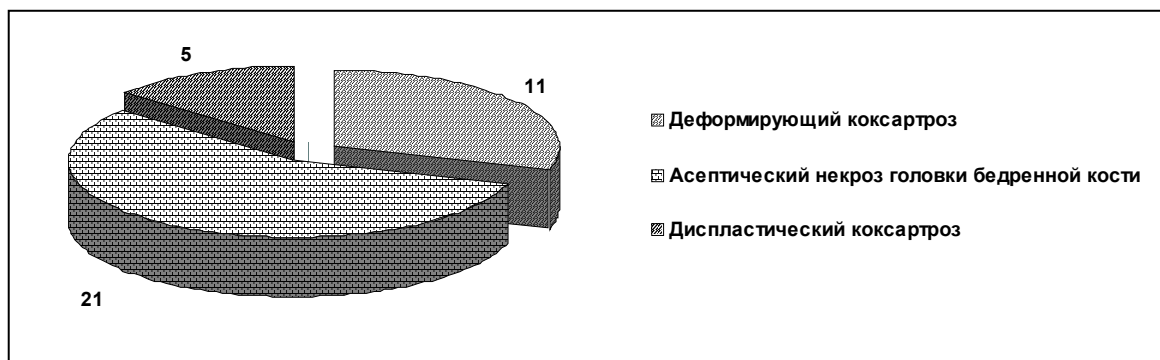


Рис. 3. Распределение больных, перенесших билатеральное оперативное лечение по нозологическим формам патологического процесса.

Таблица 3
Распределение обследованных пораженных тазобедренных суставов по нозологическим формам и стадиям заболевания на момент оперативного вмешательства

Форма дегенеративно-дистрофического поражения тазобедренного сустава	Стадия заболевания (по Н.С. Косинской)	Число суставов		
		абс.	%	Итого:
Деформирующий коксартроз	I	1	0,56	64 (35,96 %)
	II	16	8,99	
	III	47	26,4	
Асептический некроз головки бедренной кости	I	3	1,69	88 (49,44 %)
	II	33	18,54	
	III	52	29,21	
Диспластический коксартроз	I	2	1,12	26 (14,61 %)
	II	16	8,99	
	III	8	4,49	
Итого:				178 (100 %)

Таблица 4
Распределение обследованных пораженных тазобедренных суставов по нозологическим формам и стадиям заболевания на момент оперативного вмешательства у пациентов, перенесших оперативное лечение на одном тазобедренном суставе

Форма дегенеративно-дистрофического поражения тазобедренного сустава	Стадия заболевания (по Н.С. Косинской)	Число суставов		
		абс.	%	Итого:
Деформирующий коксартроз	I	1	0,96	42 (40,38 %)
	II	14	13,46	
	III	27	25,96	
Асептический некроз головки бедренной кости	I	2	1,92	46 (44,23 %)
	II	15	14,43	
	III	29	27,88	
Диспластический коксартроз	I	2	1,92	16 (15,39 %)
	II	10	9,61	
	III	4	3,86	
Итого:				104 (100 %)

Анализ приведенных в табл. 3 и 4 данных показал, что основной контингент составляли пациенты с поздними стадиями заболевания вне зависимости от формы патологического процесса, причем преобладали больные с III стадией — 107 (60,11 %), в то время как I стадия заболевания на момент операции имелась лишь у 6 (3,37 %) человек. Как нам кажется, распределение больных по формам и стадиям заболевания закономерно и объясняется тем, что нередко в 70–80-е годы XX века до установления точного диагноза они длительно лечились у разных специалистов с другой патологией. А показания к оперативному лечению чаще всего ставились после долговременной и безуспешной консервативной терапии, которая в свою очередь приводила к прогрессированию патологического процесса. Видимо, это связано с принятыми в то время методиками лечения, при которых хирургическое вмешательство считалось конечным этапом медицинской помощи. Поэтому показания к нему устанавливались только при выраженных клинических проявлениях.

Структура выявленных форм соответствовала литературным данным [4]. Хотелось бы отметить, что у больных с диспластическим коксартрозом оперативное лечение проводилось в более молодом возрасте и чаще при I–II стадиях, в то время как при двух других формах хирургическое лечение преобладало в более старшем возрасте и при II–III стадиях патологического процесса.

Длительность заболевания до оперативного лечения варьировала от 1 до 29 лет. В 114 (80,85 %) наблюдениях пациенты уже до операции были вынуждены использовать дополнительные средства опоры в виде трости или костылей с целью разгрузки пораженной конечности, что значительно ухудшало их «качество жизни». В этот период пациентам амбулаторно и стационарно проводилось консервативное лечение, включающее медикаментозное лечение,

лечебную физкультуру, физиотерапевтическое лечение, санаторно-курортное лечение. Данные методики осуществлялись у больных в разных количествах и сочетаниях. Консервативное лечение у 61 (43,26 %) пациентов было с положительным, но кратковременным результатом, у 49 (34,75 %) вообще его не наблюдалось. В 18 (12,77 %) наблюдениях больные отмечали даже обострение заболевания. Остальные 13 (9,22 %) пациентов до операции безуспешно занимались самолечением.

25 (17,73 %) пациентов с продолжительным сроком заболевания на разных этапах консервативного лечения из-за снижения уровня физической активности были вынуждены поменять вид деятельности на работу с меньшими физическими нагрузками. У 6 (4,26 %) пациентов с диспластическим коксартрозом изначально трудоустройство происходило с учетом имеющегося заболевания, они выбирали профессии, не требующие длительного пребывания на «ногах», переездов, рядом с местом жительства.

Группа инвалидности определялась при проведении медико-социальной экспертизы в соответствии с Приложением к Приказу Минздрава РФ от 27.01.77 № 33 к Постановлению Минтруда и социального развития РФ от 27.01.1977 № 1: «Классификации и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы».

В этот период 5 (3,55 %) пациентов имели II, а 78 (55,32 %) — III группу инвалидности. В последующем, после проведенной операции и реабилитационного лечения, у 3-х из 5 пациентов II группа инвалидности переквалифицирована в III группу, причем эти двое пациентов на момент операции имели деформирующий коксартроз III стадии. Пациентам трудоспособного возраста инвалидность устанавливалась временно, в связи с длительным периодом нетрудоспособности.

В нашей клинике всем обследованным пациентам с 1978 по 1994 гг. осуществлялись различные кор-

Таблица 5

Соотношение характера оперативных вмешательств и их количества

№ п/п	Характер оперативного вмешательства	Количество	
		%	абс.
1	Межвертельная корригирующая остеотомия (МКО)	8,43	15
2	Субхондральная аутопластика головки бедренной кости (СубхАГБК)	10,11	18
3	Субхондральное взаимозамещение головки бедренной кости (СВГБК)	6,18	11
4	Сегментарная аутопластика головки бедренной кости (СегмАГБК)	8,43	15
5	Моделирование головки бедренной кости (МГБК)	9,55	17
6	Моделирование головки бедренной кости с аутопластикой (МГБКсА)	3,93	7
7	СубхАГБК + МКО	10,67	19
8	СегмАГБК + МКО	14,05	25
9	МГБК + МКО	13,48	24
10	МГБКсА + МКО	12,36	22
11	Остеотомия таза по Хиари + МКО Надвертлужная ацетабулопластика + МКО Остеотомия таза по Хиари	2,81	5
Итого:		100	178

ригирующие реконструктивно-восстановительные и костно-пластические операции [2, 3]. Характер оперативных вмешательств и их количество у исследуемых больных представлены в табл. 5.

Из данных табл. 5 следует, что до 1995 г. наиболее распространенной операцией являлась межвертельная корригирующая остеотомия бедренной кости, как самостоятельная операция, так и в сочетании с другими вариантами оперативных методик.

Все больные в зависимости от выполненных операций, стадии заболевания и формы дегенеративно-дистрофического поражения распределены следующим образом (табл. 6).

Из данных таблицы видно, что представленные варианты оперативных методик и их сочетание индивидуально подбирались в зависимости от формы и стадии дегенеративно-дистрофического поражения. Межвертельная корригирующая остеотомия как самостоятельная операция использовалась при деформирующем и диспластическом коксартрозе I—II стадии в 15 (8,43 %) случаях, в сочетании с различными вариантами оперативных методик при деформирующем коксартрозе — в 34 (19,10 %), при асептическом некрозе головки бедренной кости — в 44 (24,72 %), при диспластическом коксартрозе — в 15 (8,43 %) случаях. Моделирование головки бедренной кости как самостоятельная операция, так и в сочетании с межвертельной корригирующей остеотомией использовалась при всех формах дегенеративно-дистрофического поражения тазобедренного сустава при II, а чаще III стадии и преобладала при деформирующем коксартрозе.

Субхондральная аутопластика головки бедренной кости как самостоятельная операция, так и в сочетании с межвертельной корригирующей остеотомией, была проведена у 37 (20,79 %) пациентов при асептическом некрозе головки бедренной кости, чаще при II стадии заболевания. Также при асептическом некрозе головки бедренной кости использовалась сегментарная аутопластика головки бедренной кости как самостоятельная операция, так и в сочетании с межвертельной корригирующей остеотомией у 40 (22,47 %) пациентов при III стадии заболевания.

Можно выделить основные сочетания групп оперативных методик, примененных при различных формах дегенеративно-дистрофического поражения тазобедренного сустава:

- ♦ межвертельная корригирующая остеотомия, в том числе в сочетании с различными оперативными методиками — 99 (55,62 %);
- ♦ моделирование головки бедренной кости, в том числе с межвертельной корригирующей остеотомией — 41 (23,03 %);
- ♦ моделирование головки бедренной кости с аутопластикой, в том числе с межвертельной корригирующей остеотомией — 29 (16,29 %);
- ♦ субхондральная аутопластика головки бедренной кости, в том числе с межвертельной корригирующей остеотомией — 37 (20,79 %);
- ♦ сегментарная аутопластика головки бедренной кости, в том числе с межвертельной корригирующей остеотомией — 40 (22,47 %);
- ♦ реконструкция тазовых компонентов, а именно: остеотомия таза по Хиари, в том числе с

Таблица 6

Характер выполненных оперативных вмешательств при различных формах и стадиях дегенеративно-дистрофического поражения тазобедренного сустава

Форма дегенеративно-дистрофического поражения тазобедренного сустава	Характер операции	Количество операций по стадиям заболевания			Всего	
		I	II	III	%	абс.
Деформирующий коксартроз	МКО	1	5	—	3,37	6
	МГБК	—	8	9	9,55	17
	МГБК + МКО	—	—	12	6,74	12
	МГБКсА	—	—	7	3,93	7
	МГБКсА + МКО	—	3	19	12,36	22
Процентное соотношение и общее количество		0,56 %	8,99 %	26,41 %	35,96	64
Асептический некроз головки бедренной кости	СубхАГБК	2	14	2	10,11	18
	СубхАГБК + МКО	1	13	5	10,67	19
	СВГБК	—	6	5	6,18	11
	СегмАГБК	—	—	15	8,43	15
	СегмАГБК + МКО	—	—	25	14,04	25
Процентное соотношение и общее количество		1,69 %	18,54 %	29,21 %	49,44	88
Диспластический коксартроз	МКО	2	7	—	5,06	9
	МГБК + МКО	—	8	4	6,74	12
	Реконструкция тазовых компонентов	—	1	4	2,80	5
Процентное соотношение и общее количество		1,12 %	8,99 %	4,49 %	14,60	26
Итого:					100 %	178

межвертельной корригирующей остеотомией — 4 (2,25 %), надвертлужная ацетабулопластика, в том числе с межвертельной корригирующей остеотомией — 1 (0,56 %).

Таким образом, при начальных стадиях дегенеративно-дистрофического поражения тазобедренного сустава, вне зависимости от его формы, чаще использовалась межвертельная корригирующая остеотомия.

У больных с деформирующим коксартрозом наиболее часто выполнялось моделирование головки бедренной кости или моделирование головки бедренной кости с аутопластикой, в том числе с межвертельной корригирующей остеотомией.

У больных с асептическим некрозом головки бедренной кости — субхондральная аутопластика головки бедренной кости или сегментарная аутопластика головки бедренной кости, в том числе с межвертельной корригирующей остеотомией.

У больных с диспластическим коксартрозом — моделирование головки бедренной кости, в том числе с межвертельной корригирующей остеотомией.

В послеоперационном периоде дополнительная иммобилизация кокситной гипсовой повязкой проводилась 4 (2,84 %) пациентам, что, по-видимому, связано с частичной несостоятельностью остеосинтеза фрагментов бедренной кости на уровне остеотомии. После выписки из стационара рекомендовалась ходьба без опоры на оперированную конечность в течение 2—3 месяцев с последующей дозированной нагрузкой до появления признаков полной консолидации. В некоторых случаях рекомендовался постельный режим, его длительность варьировала от 4 до 12 недель, и зависела от двух причин: исходной степени дегенеративно-дистрофических изменений и состоятельности остеосинтеза. Для временной разгрузки оперированного тазобедренного сустава использовались костыли в среднем до 70 дней при межвертельной остеотомии бедренной кости, в том числе с моделированием головки. А при операции субхондральной аутопластике и взаимозамещении головки бедренной кости до 10 месяцев.

При выписке всем больным рекомендовалось восстановительное лечение, которое в первые месяцы после операции проводилось под контролем врача-реабилитолога у 89 (63,12 %) больных, а остальные пациенты занимались самостоятельно в домашних условиях по специальной методике, рекомендованной врачом ЛФК. У 128 (90,78 %) пациентов в сроки от 5 до 16 месяцев после операции металлофиксаторы были удалены.

При переосвидетельствовании групп инвалидности в этот период у 6 (4,26 %) пациентов установлена II, а у 59 (41,84 %) — III группа инвалидности. Отягощение групп инвалидности II степени в этот период происходило за счет больных с асептическим некрозом III стадии.

На этом этапе после проведенной операции и реабилитационного лечения из общего числа больных пенсионерами являлись 62 (43,97 %) пациентов, из них 15 (10,64 %) человек вернулись к пре-

жнему образу жизни. Из лиц трудоспособного возраста вернулись к прежней работе 26 (18,44 %) пациентов, остальные имели ограничения на физические нагрузки, либо поменяли профессию.

В последующем, по данным анамнеза, у большинства пациентов имелся период с периодическими проявлениями болевого синдрома незначительной интенсивности при длительных физических нагрузках, смене погоды, что, по мнению пациентов, не требовало специального дополнительного лечения. Наблюдалось улучшение двигательного режима, улучшение «качества жизни». Этот временной отрезок мы определили как период компенсации.

У 15 (10,64 %) пациентов после проведенной операции патологический процесс прогрессировал без явного периода компенсации.

У 35 (24,82 %) пациентов окончание этого периода ознаменовалось внезапным появлением болей при физических нагрузках в области оперированного тазобедренного сустава. 70 (49,65 %) пациентов срыв компенсаторных проявлений отмечали как необычное обострение болевого синдрома значительной интенсивности, после которого болевой синдром прошел не полностью или прогрессировал при следующем обострении. В этот период все пациенты регулярно обращались за медицинской помощью, мы его определили как период декомпенсации.

Период компенсации у 21 (14,89 %) пациента составил свыше 20 лет, у 45 (31,91 %) — от 10 до 20 лет. У 36 (25,53 %) пациентов этой группы период компенсации продолжался и на момент исследования. В период компенсации 24 (17,02 %) пациента этой группы самостоятельно, в целях профилактики, старались «поддерживать себя в форме», они регулярно посещали бассейн, занимались лечебной гимнастикой, получали массаж или санаторно-курортное лечение. Остальные 42 (29,79 %) пациента специального внимания патологии тазобедренного сустава не уделяли. В период декомпенсации консервативное лечение, проведенное при обострении заболевания, давало ремиссию в среднем на 6—12 месяцев.

У 47 (33,33 %) больных период компенсации составил от 5 до 10 лет, у 13 (9,22 %) возник в первые 5 лет после операции. У всех пациентов этой группы в период компенсации при длительных физических нагрузках возникали боли в области оперированного тазобедренного сустава, купируемые отдыхом или самостоятельным приемом анальгетиков. В период декомпенсации курс консервативного лечения приводил к улучшению в среднем на 3—8 месяцев.

Таким образом, особенностью развития алгического синдрома после наступления декомпенсации можно отметить низкую его интенсивность, медленное прогрессирование, периодический характер возникновения и положительный эффект от консервативного лечения у 30 (21,28 %) пациентов со сроком компенсации свыше 10 лет.

У 60 (42,55 %) пациентов с промежутком периода компенсации до 10 лет патологический про-

цесс интенсивно и постоянно прогрессировал, а консервативное лечение не приносило эффекта.

Нами отмечена группа пациентов в количестве 41 (21,98 %) человека, у которых при двустороннем заболевании тазобедренных суставов оперативное лечение применено с одной стороны. У этих пациентов период компенсации в среднем составил $5,4 \pm 0,1$ года, получаемое консервативное лечение давало временный положительный эффект.

Из 134 (95,03 %) пациентов в период компенсации ходьба без дополнительных средств опоры наблюдалась у 53 (37,59 %) пациентов, 45 (31,91 %) — периодически использовали трость при ходьбе на длительные расстояния, а 36 (25,53 %) — постоянно.

На момент нашего исследования 24 (17,02 %) пациента на работу не выходили в связи с наступлением пенсионного возраста. Из общего числа больных пенсионерами являлись 86 (60,99 %) пациентов, из них 47 (33,33 %) человек были полностью адаптированы к бытовым нагрузкам. Из лиц трудоспособного возраста активно занимались трудовой деятельностью 14 (9,93 %) пациентов.

I группа инвалидности имела у 4 (2,84 %) пациентов с двусторонним асептическим некрозом головок бедренных костей, им оперативное лечение производилось при III стадии заболевания. У 34 (24,11 %) пациентов установлена II группа инвалидности, при этом преобладающее число больных относилось к больным с асептическим некрозом головок бедренных костей — 21 (14,89 %), а остальные 3 (2,13 %) с диспластическим и 10 (7,09 %) — с деформирующим коксартрозом. Пациенты III группы — 88 (62,41 %) человек, были из числа всех форм дегенеративно-дистрофических заболеваний приблизительно в одинаковой пропорции. Остальные 15 (10,64 %) пациентов в установлении группы инвалидности не нуждались.

При проведении медико-социальной экспертизы, исходя из комплексной оценки состояния здоровья, степень ограничения жизнедеятельности и дальнейший рост числа инвалидов, а также отягощение инвалидности связано с прогрессированием как основного заболевания, так и сопутствующей патологии.

По анамнестическим данным в связи с наличием социальных льгот для граждан, находящихся на инвалидности, многие пациенты при переосвидетельствовании временной нетрудоспособ-

ности, несмотря на субъективное улучшение, добивались неправильного квалифицирования инвалидности в сторону отягощения, что, видимо, связано с социально-бытовыми выгодами. Анализ изложенных данных позволяет предположить, что структура трудоспособности пациентов не соответствовала истинной картине.

Таким образом, на основании полученных результатов можно утверждать, что через 1—3 года после операции в связи с изменением состояния здоровья, при переосвидетельствовании группы инвалидности наблюдается статистически значимая положительная динамика в связи со снятием инвалидности у 18 (12,77 %) пациентов. Дальнейшее отягощение групп инвалидности происходило в связи с прогрессированием как основного заболевания, так и сопутствующей патологии. Худшие результаты имелись у больных с асептическим некрозом головки бедренной кости III стадии заболевания на момент оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев А.М. Возрастная структура обострений у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава / А.М. Григорьев, А.Ю. Борковский // Травматология и ортопедия: современность и будущее: Материалы межд. конгр. — СПб., 2003. — С. 34.
2. Зоря В.И. Оперативное лечение асептического некроза головки бедренной кости II—III стадии у взрослых: Дис. ... докт. мед. наук в форме научного доклада. — М., 1990. — 47 с.
3. Паршиков М.В. Оперативное лечение диспластического коксартроза II—III стадии у взрослых: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1987. — 20 с.
4. Шапиро К.И. Заболеваемость крупных суставов у взрослого населения и состояние эндопротезирования: Пособие для врачей / К.И. Шапиро, В.П. Москалев, А.М. Григорьев. — СПб., 1997. — 14 с.
5. Genetic influences on osteoarthritis in woman: a twin study / T.D. Spector, F. Cicuttini, J. Baker et al. // BMJ. — 1996. — Vol. 7036. — P. 940—943.
6. Lindberg H. Epidemiological Studies on primary coxarthrosis / H. Lindberg. — Malmö: University of Lund, 1985.