

Г.В. Сидорова, Л.Г. Гаркуша, Н.В. Алексеева, С.Э. Габриэлян

ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Государственная служба МСЭ Иркутской области (Иркутск)
Государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)
IV состав травмбюро МСЭ Иркутской области (Иркутск)

Дан анализ инвалидности пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава с учетом реальных условий реабилитации.

Ключевые слова: реабилитация, эндопротезирование

ASSESSMENT OF REHABILITATION POTENTIAL OF PATIENTS AFTER HIP JOINT ENDOPROSTHETICS

G.V. Sidorova, L.G. Garkusha, N.V. Alekseyeva, S.E. Gabrielian

SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk
State Service of Medical Social Expertise of Irkutsk Region, Irkutsk
State Institute of Physicians' Training, Irkutsk
IV Stuff of Traumatological Bureau of Medical Social Expertise of Irkutsk Region, Irkutsk

The article presents an analysis of invalidity rate of patients after hip joint endoprosthesis taking into account real conditions of rehabilitation process.

Key words: rehabilitation, endoprosthesis

Травмы тазобедренного сустава представляют одну из наиболее тяжелых групп среди всех поражений опорно-двигательной системы (ОДС), приводящих к ограничению способности и трудовой деятельности. Поскольку они нередко возникают у лиц молодого трудоспособного возраста, решение проблемы лечения и реабилитации этой категории пациентов имеет большую социальную значимость.

Инвалидность при травмах и заболеваниях тазобедренного сустава в три раза выше, чем при повреждении коленного и в семь раз — чем при повреждениях и заболеваниях голеностопного сустава [2, 3]. Окончательный исход зависит не только от тяжести повреждения и правильно выбранного метода лечения. Огромное значение имеет соблюдение общеизвестных принципов реабилитации: индивидуальности, раннего начала, непрерывности, преемственности, комплексности [1, 5]. В отечественной и зарубежной литературе описаны различные реабилитационные программы, повышающие эффективность лечения и снижающие частоту осложнений [1, 5].

Сотрудники института травматологии и ортопедии НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН и IV состава травмбюро МСЭ г. Иркутска изучили, насколько полно реализуется реабилитационная программа, разработанная ими, в действительности.

Целью исследования явилось проведение анализа инвалидности у пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава с учетом реальных условий их реабилитации.

Для этого в течение 2005 г. на основании результатов физикального и рентгенологического обследования, данных амбулаторных карт, актов освидетельствования бюро МСЭ и анкетирования была создана база данных пациентов с посттравматической патологией тазобедренного сустава. Всего на учете во МСЭ за пятилетний период (1999 — 2004 гг.) состояло 560 человек с посттравматическими заболеваниями тазобедренного сустава. Среди поздних осложнений травм тазобедренного сустава мы выделяли такие, как замедленная консолидация или несращение переломов проксимального отдела бедра, посттравматический коксартроз, неправильно сросшиеся чрез и подвертельные переломы, асептический некроз головки и др. На долю нарушений консолидации и посттравматического коксартроза пришлось 77,6 % инвалидов, т.е. эти 450 человек потенциальные кандидаты на эндопротезирование.

Локализация данных повреждений была преимущественно в области шейки (45,5 %) и головки (30,3 %) бедра. По группам инвалидности больные распределились следующим образом: у 44,7 % имела II группа инвалидности, у 43,2 % — III группа и у 12,1 % — I группа инвалидности.

Из этой группы произведено ЭП лишь каждому третьему (150 человек). Проанализированы медицинские акты освидетельствования в бюро МСЭ (150) и результаты анкетирования (145) больных после замены тазобедренного сустава эндопротезом.

Эндопротезирование (ЭП) крупных суставов как отдельное направление восстановительной

хирургии ОДС особенно бурно развивается последнее десятилетие и достигло значительных успехов в связи с прогрессом в науке и технике. Едва ли найдется другая ортопедическая операция, обеспечивающая столь быстрый и полный реабилитационный эффект, как эндопротезирование суставов. И тем не менее, именно этот вид медицинской реабилитации до сих пор вызывает жаркие споры среди травматологов-ортопедов.

Необходимо учитывать, что эндопротез при всех прочих особенностях все же представляет собой хоть и специфический, но протез проксимального отдела бедра с его ампутацией (резекцией) и протез вертлужной впадины со всеми особенностями биомеханического нагружения, электро- и биохимического взаимодействия чужеродного материала с ампутированной костью и рядом сопутствующих изменений личности инвалида.

В том, что инвалиды после ЭП могут быть отнесены к группе риска, убеждают следующие данные: при первичном освидетельствовании в бюро МСЭ после ЭП III группа была установлена у 60,8 %, II — у 29,5 %, I — у 9,7 %. При повторном обращении III группа подтверждена уже только у 10,9 %, II — у 55,6 %, I группа — у 33,5 %. Анализ динамики инвалидности показал что:

- полной реабилитации не удалось добиться ни у кого;
- произошло утяжеление группы инвалидности (число инвалидов увеличилось со II группой на 26,1 %, с I — на 23,8 % соответственно).

Наблюдается несоответствие между научно-доказанными благоприятными исходами ЭП и его социальным последствием — инвалидностью.

Прослежена четкая зависимость тяжести инвалидности от ряда медико-социальных факторов и наличия реабилитационных мероприятий.

Лица пред- и пенсионного возраста составили 61,4 %. Высокий удельный вес лиц, занимавшихся тяжелым физическим трудом (59,4 %), а также лиц, имеющих среднее и начальное образование (70,9 %). У таких больных конкурентноспособность на рынке труда невелика, имеются сложности с обучением и переобучением новой профессии. Определенное влияние оказала трудовая направленность самого больного — 72,1 % не хотели работать вообще. Каждый второй (48,2 %) до ЭП уже имел группу инвалидности по поводу патологии ОДС.

В бюро МСЭ врач-реабилитолог совместно с психологом и социологом определяет стратегию реабилитационного процесса, формулируя основные рекомендации с учетом индивидуальных особенностей и социально-бытовых условий. Разрабатываются индивидуальные программы реабилитации. Однако реальное финансирование реабилитационных мероприятий осуществляется через фонд социального страхования только в отношении пострадавших в результате трудового увечья. Прочие категории инвалидов лишены возможности получения полноценной реабилитации в связи с недостаточным финансированием из бюджет-

ных средств. Изучена зависимость результата от наличия или отсутствия реабилитационных мероприятий после эндопротезирования. Исход травмы в группе больных, прошедших полный курс реабилитационных мероприятий, был достоверно лучше, чем в группе больных, получавших лишь частичную реабилитацию или вовсе не получавших ее. По данным анкетирования лишь 38,8 % пациентам после ЭП реабилитационные мероприятия проведены полностью или частично. Среди причин, по которым больные не проходили реабилитацию, 17,7 % указали на то, что им не было рекомендовано, и они ничего не знали о подобной возможности. 18,9 % отказались проходить реабилитацию по различным причинам. 59,0 % указали на сложность и малодоступность реабилитации, и лишь 4,4 % отказались от реабилитации, так как не испытывали беспокойства со стороны тазобедренного сустава. После ЭП полный курс медицинской реабилитации (через 3, 6, 12 месяцев) инвалиды получали лишь в отделении ортопедии института травматологии и ортопедии. Курс включал электромиостимуляцию, баро- и иглорефлексотерапию, ЛФК, массаж, физиолечение. Через три месяца после операции все пациенты переведены с использования костылей на трость. Через шесть месяцев 34,7 % инвалидов передвигались без дополнительной опоры и лишь 25,1 % инвалидов использовали трость ввиду поражения контрлатерального тазобедренного сустава. При анализе материальных возможностей ЛПУ области оказалось, что лишь ряд учреждений Иркутска могут обеспечить полный комплекс реабилитационных мероприятий (НИИТО, курорт «Ангара», ГКБ № 1). Полный курс реабилитации (через 3, 6 и 12 месяцев) инвалиды получали лишь в институте травматологии и ортопедии.

Как известно, качество жизни — это физическое, психологическое, эмоциональное и социальное благополучие больного, основанное на его субъективном восприятии.

У пациентов с посттравматической патологией тазобедренного сустава страдает качество жизни. Появляются признаки эмоциональной лабильности, нарушается сон, повышается артериальное давление, усиливаются другие симптомы сопутствующих заболеваний (диабет, декомпенсированные сердечно-сосудистые состояния). Нарастают изменения в психоволевой сфере (утрачивается коммуникабельность, сужаются сферы общественных и бытовых интересов). Снижается двигательная активность, растет вес больного. Возникает порочный круг для пациента. Пациентами при анализе результатов лечения конечный результат был расценен как отличный в 4,2 % случаев, хороший — в 47,4 %, удовлетворительный — в 38,9 % и как неудовлетворительный — в 9,5 % случаев.

После ЭП больные с улучшением функции отмечали облегчение ходьбы, в том числе по лестнице и при пользовании общественным транспортом (81,3 %). Возможность выполнения домашней работы в необходимом объеме и улучшение бытово-

го самообслуживания пациенты отмечали в 89,1 % случаев. Пенсионеры, имеющие садово-огородные участки, в 75,4 % случаев могли осуществлять посевную и уборочную работу.

Отмечено, что у больных с благоприятным исходом операции улучшается психоэмоциональный статус за счет уравниваемости и адекватности поведения. У больных уменьшались симптомы гиподинамии. Эти явления мы связываем со снижением болевого синдрома и повышением функциональной активности. Больные отмечали уменьшение потребности в применении нестероидных противовоспалительных препаратов, что частично освобождало их от излишней траты денежных средств на эти цели. Устранение ночных болей, наблюдавшихся у больных с коксартрозом до лечения, приводило к увеличению продолжительности полноценного сна.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенные исследования показали, что тяжесть инвалидности зависит от ряда медико-социальных факторов и наличия реабилитационных мероприятий. Перестройка старых установленных со-

циально-адаптивных связей на новые происходит на основе достижения анальгезирующего эффекта и повышения физических возможностей, приобретенных в результате лечения. Главное изменение у оперированных инвалидов: улучшается качество жизни. Именно качество жизни служит более надежным критерием эффективности реабилитации больных после ЭП, чем показатели инвалидности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголюбов В.М. Техника и методики физиотерапевтических процедур (справочник) / В.М. Боголюбов. — М., 2002. — 125 с.
2. Буачидзе О.М. Переломовывихи в тазобедренном суставе / О.М. Буачидзе. — М., 1993. — 213 с.
3. Гурьев В.Н. Двусторонний коксартроз и его оперативное лечение / В.Н. Гурьев. — Таллин, 1975. — 202 с.
4. Медицинская реабилитация (руководство) / Под ред. В.М. Богомолова. — М.; Пермь, 1998. — Т. 2. — 175 с.
5. Ушаков А.А. Руководство по практической физиотерапии / А.А. Ушаков. — М., 1996.