

УДК 616.72–007.17–036.865:616.08.036

Динаміка інвалідності та реабілітаційний потенціал при остеоартрозі суглобів кінцівок

Д.О. Яременко, О.Г. Шевченко, І.В. Голубєва

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка АМН України», Харків

On the basis of the analysis of disability in 3,383 patients with their joint pathology and the detailed expert analysis of 88 cases of disability caused by osteoarthritis of the extremity joints, peculiarities were found in the disability dynamics for the above pathology, as well as the rehabilitative potential and rehabilitative prognosis were determined depending upon the kind and character of the provided medical rehabilitation and with consideration of disability criteria for patients with osteoarthritis of large joints at different age.

На основі аналізу інвалідності 3383 больних с суставной патологией и детального экспертного анализа 88 случаев инвалидности вследствие остеоартроза суставов конечностей выявлены особенности динамики инвалидности при указанной патологии, в том числе в зависимости от вида и характера проведенной медицинской реабилитации определены реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз с учетом критериев инвалидности для больных различного возраста с остеоартрозом крупных суставов.

Ключові слова: остеоартроз суглобів, інвалідність, реабілітаційний потенціал

Вступ

В останні роки проблеми інвалідності внаслідок захворювань великих суглобів набувають все більшої гостроти. Соціальна значущість цих захворювань для суспільства визначається поширеністю даної патології, значним обмеженням життєдіяльності хворих, а також високою тимчасовою та стійкою втратою працездатності, що призводить до значних економічних втрат. В Україні, як і в усьому світі, спостерігається щорічне зростання, майже вдвічі, кількості пацієнтів із захворюваннями великих суглобів [1–3]. Водночас відзначається тенденція до збільшення тяжкості інвалідності цього контингенту хворих [4–6]. Необхідними умовами успішної їх реабілітації є рання діагностика захворювання і своєчасне лікування пацієнтів [5–8].

Вибір тактики лікування хворих з дегенеративними ураженнями суглобів у кожному конкретному випадку здійснюється на основі результатів аналізу комплексу медико-соціальних факторів, серед яких основними є загальний соматичний стан хворого, наявність супутніх захворювань, вік, професія, форма дегенеративного ураження, стадія і фаза процесу, активність перебігу захворювання та його поширеність, кількість уражених суглобів, можливість найбільш ефективної реабілітації після проведеного лікування відповідно до соціального

і професійного статусу хворого [7]. Найбільш виражений ефект відновлювального лікування і медичної реабілітації досягається у хворих на артроз під час проведення етапного і комплексного лікування (госпітальний, амбулаторно-поліклінічний і санаторно-курортний етапи) [9, 10].

Аналіз залежності тяжкості інвалідності від тривалості захворювання на коксартроз виявив резерв зниження тяжкості інвалідності у хворих з тривалістю захворювання від одного до п'яти років за рахунок ранньої медичної реабілітації оперативними і реконструктивно-відновлювальними заходами, а у пацієнтів, які хворіли більше 10 років, за рахунок проведення ендопротезування кульшового суглоба і подальшого раціонального працевлаштування [6].

Основними показниками при плануванні етапів та обсягів комплексної реабілітації хворих та інвалідів є реабілітаційний потенціал і реабілітаційний прогноз. В доступній літературі нам вдалося знайти лише поодинокі роботи, присвячені питанням визначення реабілітаційного потенціалу та реабілітаційного прогнозу при патології суглобів [4]. Не вдалося знайти робіт, що висвітлюють питання динаміки інвалідності, реабілітаційного потенціалу та реабілітаційного

прогнозу у взаємозв'язку з критеріями та ступенем обмеження життєдіяльності пацієнтів при захворюваннях суглобів та характером заходів з медичної реабілітації.

З огляду на вищевикладене зазначаємо, що метою нашої роботи є аналіз динаміки інвалідності при остеоартрозі суглобів у залежності від виду та характеру проведених заходів з медичної реабілітації, визначення реабілітаційного потенціалу та реабілітаційного прогнозу з урахуванням критеріїв інвалідності для контингентів інвалідів з порушенням функції суглобів кінцівок внаслідок захворювання на остеоартроз.

Матеріал і методи

Проаналізовано результати переоглядів 3383 інвалідів з захворюваннями суглобів у 2005-2007 роках за даними Харківського обласного Центру медико-соціальної експертизи. З метою більш детального вивчення інвалідності при остеоартрозі суглобів кінцівок, ефективності медичної реабілітації та її впливу на динаміку інвалідності було проведено детальний ретроспективний аналіз 88 випадків інвалідності (40 чоловіків (45,5%), 48 жінок (54,5%)) при зазначеній патології. Відомості про них було одержано з медичних справ інвалідів, відібраних методом суцільного спостереження за матеріалами міжрайонних МСЕК м. Харкова. Критерії відбору — дані переогляду хворого МСЕК у 2005–2007 рр., встановлення групи інвалідності у зв'язку зі значним порушенням функції опори та руху внаслідок остеоартрозу суглобів, у тому числі безстроково. Максимальний термін нагляду інвалідів, медичні справи яких було відібрано, склав 24 роки. У зв'язку з тим, що первинно безстроково було встановлено групу інвалідності чотирьох хворим, динаміку інвалідності протягом одного року з дня встановлення групи інвалідності вивчено у 84 випадках. Протягом двох років вивчено динаміку інвалідності у 75 випадках, протягом трьох років і більше — у 64 випадках інвалідності. Для визначення реабілітаційного потенціалу та реабілітаційного прогнозу в кожному окремому випадку використано метод експертних оцінок. Результати експертного аналізу вносили до спеціально розробленої карти експертної оцінки випадку інвалідності внаслідок захворювання великих суглобів.

На час проведення експертної оцінки реабілітаційного потенціалу та реабілітаційного прогнозу пацієнтів до 39 років було 33 особи (37,5%), хворих передпенсійного віку (жінки від 40 до 55 років і чоловіки від 40 до 60 років включно) — 43 особи (48,9%), хворих пенсійного віку (жінки старіше

55 років і чоловіки старіше 60 років) — 12 осіб (13,6%).

Значне порушення функції опорно-рухової системи внаслідок коксартрозу спостерігалось в 67 осіб (50,4%), гонартрозу — у 9 осіб (6,8%), остеоартрозу інших суглобів, а також декількох локалізацій — у 12 осіб (9,0%). У 31 випадку (23,3%) був діагностований остеоартроз диспластичного генезу як наслідок патогенетичних процесів при уродженій патології кістково-м'язової системи (уроджений вивих стегна — 29 хворих, уроджена плоскостопість — двоє хворих) і в чотирьох випадках (3,0%) — як наслідок хвороби Пертеса. У 6 випадках (4,5%) остеоартроз діагностовано як наслідок перенесеної внутрішньосуглобової травми.

Консервативне лікування впродовж всього терміну спостереження одержували 77 осіб, оперативне — 11 осіб. Необхідно зауважити, що до групи осіб, визнаних інвалідами, що лікували з приводу коксартрозу тільки консервативно, було віднесено 20 хворих, яким у дитячому віці було проведено оперативні втручання на кульшовому суглобі з приводу уродженого вивиху стегна та хвороби Пертеса. При досягненні ними віку 16–18 років у залежності від ступеня обмеження життєдіяльності, клінічного та професійного прогнозу, з урахуванням необхідності продовження навчання з метою набуття професії цим хворим було встановлено в 10 випадках II групу і в 10 випадках — III групу інвалідності.

Ендопротезування кульшового суглоба було здійснено в 7 випадках. При асептичному некрозі головки стегнової кістки ендопротезування було проведено двом хворим до встановлення групи інвалідності (інвалідність їм встановлено через 1,5 і 3,5 місяця після операції) та одному хворому після його перебування на інвалідності протягом чотирьох років. При коксартрозі ендопротезування проведено в одному випадку — за п'ять місяців до встановлення інвалідності та в трьох випадках після встановлення групи інвалідності (через один-чотири роки).

У чотирьох хворих на гонартроз з вивченого контингенту було застосовано оперативне лікування до встановлення групи інвалідності. У двох випадках хворим віком 34 і 47 років при варусній деформації колінних суглобів було застосовано операцію коригувальної остеотомії великогомілкової кістки, а через 4 і 7 місяців їх було визнано інвалідами II і III групи відповідно. В одному випадку хворій віком 28 років на обох колінних суглобах проведено розсічення бічних зв'язок з обробкою ураженої ділянки суглобового

хряща, медіалізацією і низведенням горбистості великогомілкової кістки; через шість місяців після оперативного втручання їй встановлено II групу інвалідності. У другому випадку, хворій віком 50 років після травми проведено менісбектомію, а через сім років після оперативного втручання їй встановлено III групу інвалідності.

Результати та їх обговорення

Динаміка інвалідності внаслідок захворювань суглобів характеризується незначною інтенсивністю позитивних змін і супроводжується низькими показниками ефективності реабілітації інвалідів. Аналіз результатів переогляду інвалідів МСЕК з різними захворюваннями суглобів визначив, що щорічний показник часткової реабілітації інвалідів з захворюваннями суглобів складає в середньому $4,4 \pm 0,8\%$ інвалідів, у $84,4 \pm 1,2\%$ інвалідів група інвалідності підтверджується, у $9,1 \pm 0,8\%$ випадків спостерігається погіршення стану здоров'я хворих, що зумовлює необхідність встановлення в цих випадках більш тяжкої групи інвалідності при черговому переогляді. При цьому із загальної кількості випадків визначення інвалідності за результатами переогляду більше, ніж в 20% випадків групу інвалідності встановлюють безстроково.

Середньорічний показник кількості інвалідів з захворюваннями суглобів, яким знято групу інвалідності, складає $2,1 \pm 0,4\%$. На жаль, при детальному аналізі випадків інвалідності було виявлено, що поодинокі випадки позбавлення групи інвалідності, що спостерігаються при захворюванні на остеоартроз суглобів, не підтверджуються даними, які б свідчили про наявність позитивної динаміки стану здоров'я хворого чи відповідних змін його соціального статусу, а отже, фактично не є показником повної реабілітації інваліда. Здебільше випадки позбавлення групи інвалідності були пов'язані з тим, що хворий не з'явився на черговий переогляд до МСЕК. Як правило, через рік чи два таких хворих знов направляли до переогляду МСЕК, де їм знов встановлювали групу інвалідності. Отже, кількість nereабілітованих інвалідів внаслідок остеоартрозу суглобів з часом поступово зростає, що сприяє збільшенню так званої «накопиченої», або загальної інвалідності.

При аналізі відібраних для детального вивчення 88 справ інвалідів з остеоартрозом суглобів встановлено, що серед 77 осіб, які одержували тільки консервативне лікування, вже первинно 3,8% хворим було встановлено I групу інвалідності, у тому числі в 1,2% випадків — безстроково. Кількість

інвалідів, яким було встановлено первинно II і III групи інвалідності, була рівною — по 48,1%, та у 8,1% випадків II групу інвалідності вже під час первинного переогляду було встановлено безстроково. Аналізуючи наведені дані, робимо висновок, що високі показники встановлення первинної I та II груп інвалідності говорять про значні недоліки в ранньому виявленні хворих на остеоартроз суглобів, своєчасному проведенні раннього оздоровчого комплексу та диспансерного нагляду за цією групою хворих.

Динаміка інвалідності серед пацієнтів з остеоартрозом суглобів, що одержували тільки консервативне лікування, характеризувалася у перші два роки їх перебування на інвалідності відносно стабільністю відсотків II і III груп інвалідності, а також повільним зростанням частки I групи.

При переогляді 65 із зазначених хворих, через два роки перебування на інвалідності, встановлено I групу інвалідності в 6,1% випадків, II групу інвалідності — в 49,2%, у тому числі в 5,9% випадків безстроково; III групу встановлено в 44,6%, у тому числі у 2,9% випадків — безстроково. Через три і більше роки відсотки I та III груп збільшилися, досягнувши відповідно 7,1% і 58,9%. У 33,9% випадків було встановлено II групу інвалідності. При цьому 26,8% хворих групу інвалідності встановлено безстроково: I групу — у 3,6%, II групу — у 8,9%, III групу — у 14,3% осіб. У цілому, із 77 хворих, яких лікували тільки консервативно, групу інвалідності безстроково у ті чи інші строки встановлено в 31,2%, у тому числі I групу — у 3,9%, II групу — у 14,3%, III групу — у 13,0% хворих (рис. 1). Глибина спостереження зазначених хворих становила від 3 до 24 років. Необхідність встановлення більш тяжкої групи інвалідності та групи інвалідності безстроково, як правило, була зумовлена тяжкістю набутого

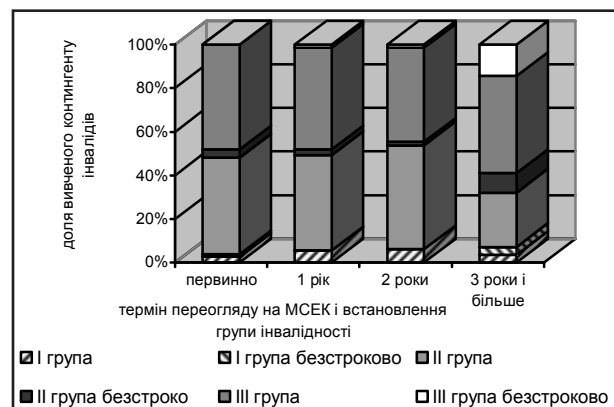


Рис. 1. Діаграма динаміки інвалідності серед хворих на остеоартроз суглобів, які одержували тільки консервативне лікування

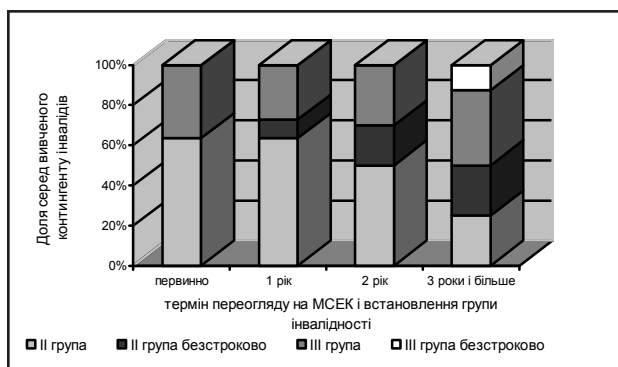


Рис. 2. Діаграма динаміки інвалідності серед хворих на остеоартроз суглобів, яким було проведено оперативне лікування

комплексу патології в осіб похилого віку з вираженим функціональним порушенням опорно-рухової системи, що значно обмежувало життєдіяльність хворого.

Динаміка інвалідності серед хворих, яким було проведено оперативні втручання (11 осіб), у перші два роки після визначення їх інвалідами характеризувалася збільшенням відсотка II групи інвалідності (з 63,6% до 72,7%). Через три і більше роки кількість осіб, яким встановлювали II і III групи інвалідності, становила 50,0%. Це зумовлено тим, що незначний відсоток інвалідів все ж таки вдається частково реабілітувати, як правило, за

умов наполегливого лікування та працевлаштування (рис. 2).

Аналіз динаміки інвалідності в залежності від нозологічних форм показав, що найбільш несприятливі тенденції з погляду на обтяження групи інвалідності та встановлення групи інвалідності безстроково спостерігаються при первинному коксартрозі та поліостеоартрозі.

Під час первинного огляду МСЕК 17 хворих на первинний коксартроз у 47,1% випадків встановлено II групу інвалідності, у тому числі в 1,2 випадку безстроково, і в 52,9% — III групи інвалідності. У цілому, через три і більше роки із 17 хворих на первинний коксартроз групи інвалідності безстроково встановлено 41,2% хворих, у тому числі I групу — 11,8%, II групу — 17,6%, III групу — 11,8%.

При первинному огляді з 8 обстежених хворих на поліостеоартроз інвалідами II групи визнано 62,5%, у тому числі у 12,5% випадків — безстроково, інвалідами III групи визнано 37,5% хворих. Через три і більше роки серед осіб, яким групи інвалідності встановлювали безстроково, переважували інваліди II групи (табл. 1).

Такий характер динаміки інвалідності при первинному коксартрозі та поліостеоартрозі, на наш погляд, у значній мірі пояснюється тим, що саме в цих групах хворих спостерігався найбільший

Таблиця 1. Динаміка інвалідності серед хворих на остеоартроз суглобів кінцівок, яким було проведено тільки консервативне лікування в залежності від нозології

Діагноз	Встановлена група інвалідності (абс. к-сть осіб)											
	первинно (n=77)			через один рік перебування на інвалідності (n=73)			через два роки перебування на інвалідності (n=65)			через три роки перебування на інвалідності (n=56)		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Диспластичний коксартроз	—	12	18	—	14	16 (в т.ч. 1-б/с)	—	14	15 (в т.ч. 1-б/с)	—	7 (в т.ч. 1-б/с)	15 (в т.ч. 2-б/с)
Післятравматичний коксартроз	2 (в т.ч. 1-б/с)	4	-	1	3	1	1	4	—	—	4	1 (б/с)
Первинний коксартроз	—	8 (в т.ч. 2-б/с)	9	1	6	8	1	6	4	3(в т.ч. 2-б/с)	2 (в т.ч. 1-б/с)	6 (в т.ч. 2-б/с)
Наслідки хвороби Пертеса	—	1	3	-	1	3	—	1 (б/с)	3	-	-	3
Асептичний некроз головки стегнової кістки	1	2	—	2	1	—	2	1	—	1	1	—
Гонартроз	—	3	2	—	3	2	—	2	2	—	1 (б/с)	2
Поліостеоартроз	—	5 (в т.ч. 1-б/с)	3	—	4	3	—	4	3	—	4 (в т.ч. 2-б/с)	3 (в т.ч. 1-б/с)
Інше	—	2	2	—	2 (в т.ч. 1-б/с)	2	—	—	3	—	—	3 (в т.ч. 2-б/с)
Всього	3 (в т.ч. 1-б/с)	37 (в т.ч. 3-б/с)	37	4	34 (в т.ч. 2-б/с)	35 (в т.ч. 1-б/с)	4	32 (в т.ч. 1-б/с)	29 (в т.ч. 1-б/с)	4(в т.ч. 2-б/с)	19 (в т.ч. 5-б/с)	33 (в т.ч. 8-б/с)

Таблиця 2. Розподіл інвалідів, хворих на остеоартроз суглобів кінцівок, за віком на час проведення експертної оцінки та визначення реабілітаційного потенціалу

Діагноз	Показники кількості осіб	Загальна кількість осіб	У тому числі за віком		
			до 39 років	40–55 років (жінки) 40–60 років (чол.)	жінки 55 років і старіші чоловіки 60 років і старіші
Диспластичний коксартроз	Абс. к-сть	31	21	10	—
	%	100,0	67,7	32,3	—
Післятравматичний коксартроз	Абс. к-сть	6	2	3	1
	%	100,0	33,3	50,0	16,7
Первинний коксартроз	Абс. к-сть	20	2	12	6
	%	100,0	10,0	60,0	30,0
Наслідки хвороби Пертеса	Абс. к-сть	4	2	2	—
	%	100,0	50,0	50,0	—
Асептичний некроз головки стегнової кістки	Абс. к-сть	6	1	4	1
	%	100,0	16,7	66,6	16,7
Гонартроз	Абс. к-сть	9	2	6	1
	%	100,0	22,2	66,6	11,1
Поліостеоартроз	Абс. к-сть	8	1	5	2
	%	100,0	12,5	62,5	25,0
Інше	Абс. к-сть	4	2	1	1
	%	100,0	50,0	25,0	25,0
Всього	Абс. к-сть	88	33	43	12
	%	100,0	37,5	48,9	13,6

відсоток осіб перед- та післяпенсійного віку — жінки і чоловіки 40 років і старіші (табл. 2). У такому разі значно обмежується можливість проведення заходів професійно-трудової реабілітації, і за умов адекватного проведення заходів медичної реабілітації можливе лише часткове покращення життєдіяльності за рахунок відновлення здатності до пересування, самообслуговування і соціальної адаптації.

Експертну оцінку реабілітаційного потенціалу та реабілітаційного прогнозу проводили з урахуванням характеру лікування та критеріїв інвалідності, які визначені Інструкцією про встановлення груп інвалідності [11, 12]. Виявлено, що найбільша частка інвалідів з низьким реабілітаційним потенціалом спостерігалася серед хворих з післятравматичним коксартрозом (66,7%), що було зумовлено тяжкістю анатомо-функціональних порушень, спричинених травмою, а також серед хворих на гонартроз (66,7%), що було зумовлено двобічним ураженням кінцівок.

У групі інвалідів внаслідок первинного коксартрозу також спостерігалася питома частка осіб з низьким реабілітаційним потенціалом — 60,0%, що в значній мірі було зумовлено соціально-економічними чинниками і прогнозованою неможливістю професійно-трудової реабілітації у зв'язку з передпенсійним і пенсійним віком. У зазначених випадках згідно з реабілітаційним прогнозом за наявності виражених ознак анатомо-функціональних порушень без перспективи їх покращення було можливе лише часткове по-

кращення життєдіяльності за рахунок здатності до пересування та самообслуговування за умов адекватного комплексного проведення заходів з медичної реабілітації або ж тільки за рахунок проведення соціальної та професійно-трудової реабілітації.

Більш оптимістичними були результати експертної оцінки реабілітаційного потенціалу в групі хворих на диспластичний коксартроз (31 хворий), в якій в 9,7% випадків реабілітаційний потенціал було оцінено як високий, у 74,2% випадків — як середній і лише в 16,1% випадків — як низький. З нашої точки зору, це пояснюється превалюванням у цій групі осіб найбільш молодого та працездатного віку, серед яких за умов адекватного комплексного та наполегливого проведення заходів з медичної реабілітації, а також необхідних заходів з професійно-трудової та соціальної реабілітації можливо досягти високих показників реабілітації та покращання якості життя інвалідів.

У групі інвалідів з гонартрозом (9 хворих) наявність високого реабілітаційного потенціалу у 22,2% хворих віком до 39 років була обґрунтована згідно з реабілітаційним прогнозом, можливістю покращання анатомо-функціональних показників та відновлення життєдіяльності за такими критеріями як здатність до пересування, навчання та професійної трудової діяльності за умов поглибленого обстеження з погляду визначення показань до проведення реконструктивно-відновлювального оперативного лікування та наполегливого комплексного адекватного консервативного лікування (табл. 3).

Таблиця 3. Реабілітаційний потенціал інвалідів, хворих на остеоартроз суглобів кінцівок, у залежності від виду захворювання за даними експертної оцінки

Діагноз	Показники кількості осіб	Загальна кількість осіб	Реабілітаційний потенціал		
			високий	середній	низький
Диспластичний коксартроз	Абс. к-сть	31	3	23	5
	%	100	9,7	74,2	16,1
Післятравматичний коксартроз	Абс. к-сть	6	—	2	4
	%	100	—	33,3	66,7
Первинний коксартроз	Абс. к-сть	20	—	8	12
	%	100	—	40	60
Наслідки хвороби Пертеса	Абс. к-сть	4	—	3	1
	%	100	—	75	25
Асептичний некроз головки стегнової кістки	Абс. к-сть	6	—	3	3
	%	100	—	50	50
Гонартроз	Абс. к-сть	9	2	1	6
	%	100	22,2	11,1	66,7
Поліостеоартроз	Абс. к-сть	8	—	3	5
	%	100	—	37,5	62,5
Інше	Абс. к-сть	4	—	2	2
	%	100	—	50	50
Всього	Абс. к-сть	88	5	45	38
	%	100	5,7	51,1	43,2

При аналізі результатів експертної оцінки реабілітаційного потенціалу серед інвалідів внаслідок остеоартрозу великих суглобів у залежності від віку та характеру проведеного лікування виявлено, що серед хворих до 39 років (33 особи) високий реабілітаційний потенціал був визначений у 15,1%, середній — у 66,6%, низький — у 36,3% випадків. Серед 43 інвалідів передпенсійного віку високий реабілітаційний потенціал не визначено в жодному випадку, середній — у 48,8%, низький — у 51,1% хворих. У цілому серед інвалідів працездатного віку (76 осіб) високий реабілітаційний потенціал і відповідний позитивний реабілітаційний прогноз спостерігались у 6,6%, середній реабілітаційний потенціал — у 57,9%, низький реабілітаційний

потенціал — у 35,5% випадків. Серед 12 інвалідів пенсійного віку високий потенціал також не визначено в жодному випадку, середній — лише у 8,3%, низький — у 91,7% хворих. Достовірність різниці одержаних даних для груп осіб працездатного та пенсійного віку є статистично значимою ($t=5,1$, $p=0,05$).

Серед осіб, які одержували лише консервативне лікування (77 осіб), високий реабілітаційний потенціал визначено лише в п'яти хворих віком до 39 років, що становило 6,5% від загальної кількості проаналізованих випадків. Середній реабілітаційний потенціал спостерігався в 50,6%, низький — у 42,9% випадків. Серед осіб, яким у процесі лікування було застосовано хірургічні втручання (11 осіб), високий реабілітаційний потенціал не визначено в жодному випадку, середній — у 54,5%, низький — у 45,5% випадків (табл. 4). Статистично значущої різниці між зазначеними групами не виявлено ($t=0,24$, $p=0,05$)

Таблиця 4. Реабілітаційний потенціал інвалідів, хворих на остеоартроз суглобів кінцівок, у залежності від віку та характеру лікування за даними експертної оцінки

Характер лікування	Реабілітаційний потенціал	Вік інвалідів, абс. к-сть осіб			Всього
		до 39 років	жінки 40-55 років чоловіки 40-60 років	жінки 55 років і старші чоловіки 60 років і старші	
Консервативне лікування	високий	5	-	-	5
	середній	21	17	1	39
	низький	5	21	7	33
Хірургічне лікування	високий	-	-	-	-
	середній	2	4	-	6
	низький	-	1	4	5
Загальна кількість інвалідів		33	43	12	88

Висновки

Враховуючи наявність тенденції до зростання частки I групи інвалідності серед хворих, яких лікували лише консервативно, робимо висновок, що динаміка інвалідності в групі зазначених хворих у порівнянні з групою хворих, що лікували з застосуванням хірургічних методів, характеризується більш вираженим ступенем тяжкості.

Найбільш несприятливі тенденції з погляду на обтяження групи інвалідності та встановлення групи інвалідності безстроково спостерігаються при первинному коксартрозі та поліостеоартрозі.

Найбільш важливими факторами, що визначають реабілітаційний потенціал і реабілітаційний прогноз у інвалідів внаслідок остеоартрозу суглобів є тяжкість та тривалість патологічного процесу, ступінь анатомо-функціональних порушень опорно-рухової системи, адекватність та комплексність заходів медичної реабілітації, а також соціальні та економічні чинники.

Серед інвалідів працездатного віку (жінки до 55 років, чоловіки до 60 років) відсотки осіб з високим і середнім реабілітаційним потенціалом та позитивним реабілітаційним прогнозом є достовірно більшими, ніж серед осіб пенсійного віку.

У середньому, серед інвалідів працездатного віку, хворих на остеоартроз суглобів кінцівок, високий реабілітаційний потенціал і можливість покращення життєдіяльності за такими критеріями як здатність до пересування, навчання та професійної трудової діяльності за умов адекватного комплексного лікування, встановлено у $6,6 \pm 2,6\%$ осіб; середній реабілітаційний потенціал і можливість покращення життєдіяльності за наявності стійких порушень анатомо-функціональних показників за всіма вищепереліченими критеріями у $57,9 \pm 5,2\%$ осіб; низький реабілітаційний потенціал і можливість часткового покращення життєдіяльності за рахунок проведення побутової, соціальної або трудової реабілітації у спеціальних умовах у $35,5 \pm 5,1\%$ осіб.

Серед інвалідів пенсійного віку (жінки 55 років і старші, чоловіки 60 років і старші), хворих на остеоартроз, у $91,7 \pm 2,9\%$ осіб визначено низький реабілітаційний потенціал і можливість часткового покращення життєдіяльності за рахунок проведення побутової та соціальної реадaptaції за умов адекватного комплексного лікування; у $8,3 \pm 2,9\%$ осіб — середній реабілітаційний потенціал і можливість відновлення здатності до самообслуговування, самостійного пересування, соціальної та трудової реабілітації у спеціальних умовах за наявності стійких анатомо-функціональних порушень за умов адекватного комплексного лікування.

Література

1. Показники та аналіз надання травматолого-ортопедичної допомоги населенню України за 2001-2002 рр.: довідник / [під ред. Г.В. Гайка] — Київ, 2003. — 132 с.
2. Аналіз стану травматолого-ортопедичної допомоги населенню України в 2006 — 2007 рр.: довідник / [Г.В. Гайко, С.І. Герасименко, М.О. Корж, А.В. Калашников, В.П. Полішко]. — Київ, Видавнича компанія «Воля», 2008. — 134 с.
3. Лоскутов А.Е. Оценка функции тазобедренных суставов после эндопротезирования / А.Е. Лоскутов, Д.А. Синегулов, А.Е. Олейник, М.Л. Головаха // Ортопед., травматол. — 2004.- № 3. — С. 68–72.
4. Ліфаренко Є.Л. Медико-соціальна експертиза та медична реабілітація хворих на коксартроз: дис. ... канд. мед наук.: 14.01.21 / Є.Л. Ліфаренко. — Дніпропетровськ, 2004. — 179 с.
5. Тейтельбаум М.З. Трудовые исходы у оперированных больных с артрозами крупных суставов // Хирургическое лечение заболеваний и поврежденных крупных суставов: сб. науч. тр. / М.З. Тейтельбаум, А.А. Мухамадиев, Б.С. Юшина. — Саратов, 1990. — С. 30–34.
6. Визначення обмежень життєдіяльності та медична реабілітація хворих на коксартроз / [укл. А.В. Іпатов та інші.]. — Дніпропетровськ: Укр. держ. НДІМСП., 2004. — 36 с. — (Методичні рекомендації).
7. Диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических поражений суставов / [под ред. проф. И.В. Шумады]. — Киев: Здоровья, 1990. — 197 с.
8. Скляренко Є.Т. Обґрунтування тактики комплексного лікування дегенеративно-дистрофічних уражень суглобів / Є.Т. Скляренко // Ортопедія, травматологія та протезування: Республіканський міжвідомчий збірник. — Київ, Здоров'я, 1995. — С. 6–9.
9. Соков Л.П. Деформирующие артрозы крупных суставов. / Л.П. Соков, М.Ф. Романов — М., изд-во Университета дружбы народов, 1991. — 119 с.
10. Поливода А.Н. Этапное восстановительное лечение больных артрозом / А.Н. Поливода, В.А. Вишневский, Р.И. Вишняков // Вісник морської медицини. — 2006. — № 3. — С. 224–227.
11. Інструкція про встановлення груп інвалідності, затверджена Наказом МОЗ України 07.04.2004 р. № 183 / МОЗ України // Вісник Міністерства охорони здоров'я України: (додаток до газети "Ваше здоров'я"). — № 30 (63), липень 2004 р. — С. 8–9. — (Нормативний документ МОЗ України. Інструкція).
12. Наказ МОЗ України від 23.11.2004 № 565 «Про внесення змін до інструкції про встановлення груп інвалідності» / МОЗ України // Новости медицины и фармации: Всеукраинское специализированное медико-фармацевтическое издание. — 2004. — № 19–20 (159–160). — С. 7.