

сравнении с аналогическими показателями за такой же период в Украине. Численность населения Украины за 9 лет уменьшилась на 3253919 лиц, а в Полтавской области – на 164187 граждан. Это случилось за счет высокой смертности и отсутствия природного прироста населения. Заболеваемость населения Украины в расчете на 100 тыс. с 2001 по 2009 годы уменьшилась в среднем на 4175,9. Смертность за это время выросла на 16,4 – от 1521, 2 в 2001 до 1537, 6 – в 2009 годах. Заболеваемость и смертность граждан Полтавщины за период исследования увеличивались несколько меньшими темпами. С 2001 по 2009 года заболеваемость населения увеличилась на 524,4 случая на 100 тыс. населения – от 58371,9 до 58896,9. Смертность выросла на 21,9 – от 1761,0 до 1782,9 лиц на 100 тыс. населения. В Украине и на Полтавщине природного прироста населения за этот период не отмечалось. На современном этапе состояние здоровья населения Украины и Полтавской области недостаточный. Частично виноватая в этом устаревшая система здравоохранения.

**Ключевые слова:** здравоохранение, население, заболевания, смертность.

Стаття надійшла 28.07.2011 р.

analogical indicators for the same period in Ukraine was carried out. The population of Ukraine for 9 years, decreased by 3,253,919 persons, and in the Poltava region - by 164 187 citizens. This happened due to the high mortality and lack of natural population growth. Morbidity of Ukraine based on 100 thousand from 2001 to 2009 has decreased by an average of 4175.9. Mortality during this period increased by 16.4 - from 1521, 2 in 2001 to 1537, 6 - in 2009. Morbidity and mortality of citizens of Poltava region over the study period increased somewhat slower pace. From 2001 to 2009 the morbidity rate has increased to 524.4 cases per 100 thousand population - from 58371.9 to 58896.9 up. Mortality has rose to 21.9 - from 1761.0 to 1782.9 per 100 thousand population. Natural population growth during this period was not noted in Ukraine and Poltava region. At the present stage health of the population of Ukraine, Poltava region is insufficient. The old system of health is partly guilty of such situation.

**Key words:** health, population, disease, mortality.

УДК: 616.728.2-002-036.86:369.065



### ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ІНВАЛІДІВ З КОКСАРТРОЗОМ

В статті проаналізовано з 2004 по 2008 роки лікування та медико-соціальна експертиза 137 хворих інвалідів на коксартроз, жителів Вінницької області. Встановлено, що критерієм до призначення групи інвалідності є ступінь порушення стато-динамічної функції (незначний, помірний, виражений, значно виражений); а також характер перебігу процесу, який залежить від лікування та впливає на розвиток порушень стато-динамічної функції.

**Ключові слова:** медико-соціальна експертиза, коксартроз, порушення стато-динамічної функції, інваліди.

*Дослідження проведене на базі Вінницької обласної лікарні ім. М.І. Пирогова та науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів (РНЛК) Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова як ініціативна наукова тематика.*

Коксартроз – хронічне прогресуюче ураження кульшового суглоба, що протікає стадійно, з періодичними загостреннями та ремісіями, та в більшості випадків закінчується стійкою втратою працездатності [1, 2, 5, 10]. Інвалідність при коксартрозі втричі вища ніж при гонартрозі і у 7 разів вища ніж при остеоартрозі гомілково-ступневого суглоба і посідає першість серед патологій суглобів. У випадках двобічного коксартрозу інвалідність визначається у 80 % хворих, однібічного – у 64 % [1, 3, 7, 9].

Сучасною теоретичною основою медико-соціальної експертизи є концепція наслідків хвороб, яка розроблена експертами ВООЗ та представлена у вигляді «Міжнародної класифікації функціонування обмеження життєдіяльності та здоров'я» [9]. Згідно цієї концепції вплив хвороби на організм людини розглядається на 3-х рівнях:

- на органному – морфо-функціональні зміни з боку окремих органів та систем;
  - організменному рівні – обмеження життєдіяльності;
  - соціальному – соціальна недостатність або дезадаптація [8].
- Відповідно до сучасних уявлень в 2004 р. в Україні введена в дію нова інструкція про групи інвалідності (накази МОЗ №183 та №565 від 23.11.2004 р.). В інструкції критерії інвалідності містять три рівні. Таким чином, інвалідність складається з наявності хвороби, яка викликала стійке порушення функції організму, обмеження життєдіяльності, потреби соціальної допомоги [6].

В Україні використовується адаптована класифікація ВООЗ порушення основних функцій організму людини:

- порушення психічних функцій;
- порушення сенсорних функцій;
- порушення стато-динамічних функцій;
- порушення функцій кровообігу, дихання, травлення, обміну речовин, внутрішньої секреції;
- порушення, які викликані спотворенням.

До інвалідності призводять порушення здоров'я з помірними, вираженими та значно вираженими стійкими порушеннями функції організму [4]. Обмеження життєдіяльності розрізняють за видом та ступенем вираженості [1, 6]. Виділяють обмеження здатності здійснювати: самообслуговування, пересування, орієнтацію, спілкування, контроль за поведінкою, навчання, трудову діяльність. Обмеження життєдіяльності за ступенем вираженості поділяють на легку (0 ст.), помірну (1 ст.), виражену (2 ст.), значно виражену (3 ст.). До інвалідності призводять 1, 2, 3 ступені обмеження життєдіяльності [6, 8, 11]. Результатом перерахованого є соціальна недостатність через обмеження фізичної незалежності, обмеження мобільності, обмеження здатності до отримання освіти, обмеження здатності до професійної діяльності, обмеження економічної самостійності [1, 5, 6].

Медико-соціальна експертиза здійснюється виходячи з комплексної оцінки стану здоров'я та ступеню обмеження життєдіяльності на підставі аналізу клініко-функціональних, соціально-побутових, професійно-трудова, психологічних даних особи, що освідчується [1-3, 10].

**Метою роботи була розробка принципів медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів з коксартрозом на основі сучасної міжнародної класифікації функціонування обмеження життєдіяльності та здоров'я.**

**Матеріал та методи дослідження.** Проведено аналіз лікування та медико-соціальної експертизи 137 хворих з остеоартрозом кульшового суглоба (ОАКС), мешканців Вінницької області, яким були призначені групи інвалідності на протязі 2004-2008 р. (рис. 1-3). На основі міжнародної класифікації функціонування обмеження життєдіяльності та здоров'я, інструкції про групи інвалідності (2004 р.), спостереження, лікування й медико-соціальної експертизи 137 хворих з ОАКС нами розроблені основні принципи МСЕ.

Найважливішими чинниками медико-соціальної експертизи при ОАКС є: характер перебігу процесу (1 – неускладнений-повільно прогресуючий, 2 – ускладнений-швидко прогресуючий, 3 – змішаний):

- частота загострень ОАКС (рідкісні, часті);
- тривалість загострень (короткочасні, тривалі);
- локалізація максимально змінених суглобів (ураження кульшових суглобів – викликає найбільші обмеження функції кінцівок);
- стадія рентгенологічних змін (у IV стадії, з підвивихами суглобів істотно порушена статика, пересування хворих);
- ускладнення ОАКС і їх вираженість (реактивні синовііти, періартрити, корінцевий синдром);
- супутні інвалідизуючі захворювання;
- ефективність і стійкість реабілітаційних заходів;
- освіта, професія, спеціальність, кваліфікація;
- вид, характер і умови праці, можливості працевлаштування і перенавчання;
- психологічні особливості, трудова спрямованість хворих.

Для характеристики порушення функцій суглобів уточнюються обмеження амплітуди руху, тип та ступінь вираженості контрактур (легка, помірна, виражена, значно виражена), опорне укорочення кінцівки, гіпотрофія м'язів стегна, рентгенологічна стадія процесу (I, II, III, IV ст.). Ураження кульшових суглобів призводить до порушення стато-динамічної функції, яка включає оцінку функції ураженого суглобу, стан компенсаторних процесів.

Механізми компенсації при ураженні кульшових суглобів спрямовані на усунення вкорочення кінцівки, покращення її опорності, що пов'язано з наявністю контрактур різного ступеню вираженості, анатомічним або функціональним укороченням кінцівки. Клінічними показниками стану компенсації є перекис та нахил тазу, стан поперекового відділу хребта, збільшення амплітуди рухливості в контралатеральному суглобі та сусідніх суглобах ураженої кінцівки, перенесення навантаження на здорову кінцівку, гіпотрофія м'язів стегна. Рентгенологічними показниками компенсації є: склероз кісткової тканини, збільшення площі опорної поверхні, остеопороз, наявність дегенеративно-дистрофічних уражень сусідніх суглобів, поперекового відділу хребта.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При дегенеративно-дистрофічних ураженнях суглоба виділяють 4 ступеня порушення стато-динамічної функції. Незначне порушення статико-динамічної функції супроводжується незначним порушенням функції ураженого суглоба (амплітуда рухів у суглобі зменшена не більше ніж на 10 % від норми). Болі ниючого характеру в області ураженого суглоба з'являються після тривалої ходьби (3-5 км) або значного станового навантаження, зникають після короткочасного відпочинку, темп ходьби більше 90 крок/хв. Рентгенологічно визначається I стадія процесу. Зриву компенсаторних механізмів локомоторного апарата немає.

Помірне порушення характеризується скаргами на ниючі болі в області ураженого суглоба, що з'являються при ходьбі на відстань до 2 км і минають після відпочинку, кульгавість при ходьбі. Хворі періодично користуються при ходьбі додатковою опорою-тростиною. Кількість кроків не перевищує 150 при 100-метровій функціональній пробі, темп ходьби 70-90 крок/хв. Визначаються помірні артрогенні контрактири,

опорне вкорочення кінцівки не більше 4 см; гіпотрофія м'язів стегна зі зменшенням довжини його окружності на 2 см; зниження м'язової сили на 40 %. Рентгенологічно виявляється I або II стадія деформуючого артрозу ураженого суглоба. Компенсаторні механізми функції опори й руху відповідають стадії відносної компенсації.

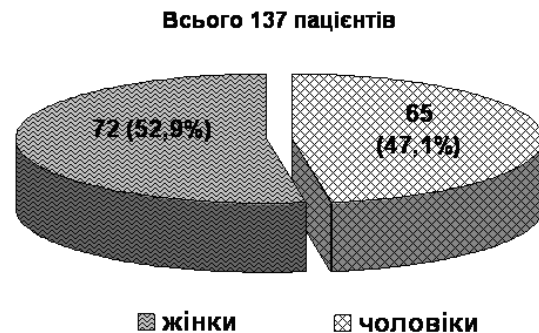
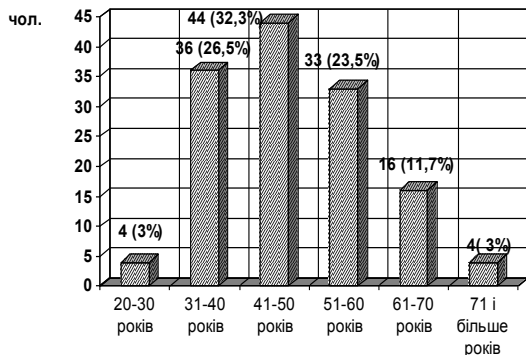


Рис. 1. Розподіл хворих інвалідів за віком.

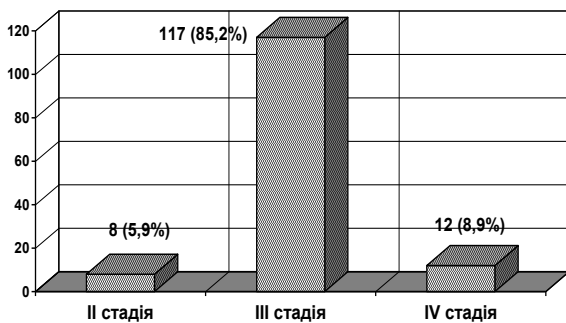


Рис. 2. Розподіл хворих інвалідів за статтю.

Рис. 3. Розподіл хворих інвалідів за стадіями коксартрозу.

Виражене порушення функції характеризується скаргами на постійні болі в ураженому суглобі, виражену кульгавість при русі, стартові болі. Без відпочинку хворий може пройти відстань до 1 км, постійно користуючись додатковою опорою – тростиною. Кількість кроків при 100-метровій функціональній пробі не перевищує 180, темп ходьби – 45-55 крок/хв. Виявляються виражена артрогенна контрактура, опорне вкорочення – 4-6 см; гіпотрофія м'язів стегна зі зменшенням його об'єму на 3-5 см, гомілки – на 1-2 см; зниження м'язової сили від 40 до 70 %. Рентгенологічно виявляють II або III стадію процесу. Мають місце анатомо-функціональні зміни у великих суглобах нижніх кінцівок і поперекового відділу хребта без вторинних неврологічних розладів. Компенсаторні механізми функції опори й руху відповідають фазі субкомпенсації.

Значно виражене порушення характеризується постійними інтенсивними болями не тільки в ураженому суглобі, але й в області контралатерального суглоба й поперекового відділу хребта. Виявляється виражена кульгавість при ходьбі на відстань не більше 0,5 км без відпочинку. При ходьбі постійно користуються додатковою опорою – тростиною + милиця або дві милиці. Кількість кроків при 100-метровій функціональній пробі перевищує 200, темп ходьби становить 25-35 крок/хв. Артрогенна контрактура виражена значно, опорне вкорочення становить 7 см і більше, гіпотрофія м'язів стегна зі зменшенням його об'єму і на 6 см і більше, гомілки – на 3 см і більше; зниження м'язової сили більше 70 %. Рентгенологічно виявляється III, IV стадія деформуючого артрозу ураженого суглоба, виражене дегенеративно-дистрофічне ураження великих суглобів і хребта із вторинним стійким болючим і корінцевим синдромом. Компенсаторні механізми функції опори й руху відповідають стадії декомпенсації.

Критерії груп інвалідності. Працездатними визнають хворих з коксартрозом з незначним або помірним порушенням статико-динамічної функції при відносно сприятливому перебігу захворювання (повільно прогресуюче), зайнятих у професіях розумової або фізичної праці, пов'язаних з легкою або помірною фізичною напругою. Інвалідами III групи варто визнати хворих з помірним порушенням статико-динамічної функції, що виконують роботу, зв'язану зі значною фізичною напругою, постійним перебуванням на ногах; хворих з вираженим порушенням статико-динамічної функції, робота яких пов'язана з помірною або значною фізичною напругою, тривалим перебуванням на ногах. Інвалідами II групи варто визнати хворих зі значно вираженим порушенням статико-динамічної функції в стадії декомпенсації; хворих з несприятливим типом перебігу захворювання (швидко прогресуючий тип із частими, нетривалими або тривалими загостреннями). Можливі рекомендації робіт у спеціально створених умовах з легкою фізичною напругою, при якому енергозатрати не перевищують 9,24 кДж/хв (1-а категорія праці), час знаходження в одній позі не більше 25 % робочого часу, ходьба – не більше 10 % робочого часу. Інвалідність I групи визначають хворим з деформуючим артрозом при ОЖД III ступеня.

**Висновки**

1. Медико-соціальна експертиза при коксартрозі повинна враховувати порушення основних функцій організму, обмеження життєдіяльності, характер перебігу процесу, частоту загострень, тривалість, рентгенологічну

стадію, ускладнення, супутні інвалідизуючі захворювання, освіту, професію, спеціальність, кваліфікацію, вид, характер і умови праці, можливість працевлаштування і перенавчання.

2. Одним з найважливіших показників при проведенні медико-соціальної експертизи хворим з коксартрозом є ступінь порушення стато-динамічної функції (незначний, помірний, виражений, значно виражений).

3. При доброму відновленні стато-динамічної функції особи інтелектуальної праці вважаються працездатними, а особи легкої і помірної праці – обмежено працездатними з визначенням III групи інвалідності на період працевлаштування.

4. До II групи інвалідності приводить помірне порушення стато-динамічної функції, яке в основному обумовлено дегенеративно-дистрофічними змінами контрлатерального, колінного суглобів та поперекового відділу хребта. До I групи інвалідності призводять виражені порушення стато-динамічної функції з втратою трудових можливостей.

*Перспективи подальших досліджень в даному напрямку. В подальшому оцінку ступеня порушення стато-динамічної функції потрібно враховувати при встановленні групи інвалідності у хворих із іншою патологією суглобів.*

#### Література

1. Визначення обмежень життєдіяльності та медична реабілітація хворих на коксартроз: Методичні рекомендації / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, О.Є. Лоскутов [та ін.]. – Дніпропетровськ, 2004. – 33 с.
2. Гайко Г.В. Сучасні підходи до профілактики та лікування остеоартрозу / Г.В. Гайко, А.Т. Бруско // Літопис травматології та ортопедії. – 2008. – С. 116-118.
3. Ефективність медичної, соціально-побутової та професійної реабілітації інвалідів, хворих на коксартроз / І.В. Бойко, С.Д. Дорогань, О.М. Бойко, Є.Л. Ліфаренко // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2004. – № 1 (40). – С. 81-84.
4. Інструкція про встановлення груп інвалідності. – Київ, 2004. – 17 с.
5. Коваленко В.Н. Остеоартроз: Практ. настанова / В.Н. Коваленко, О.П. Борткевич. – К: Морион, 2003. – 44 с.
6. Критерії МСЕ при кокс артрозах / В.І. Шевчук, Ю.О. Безсмертний, В.М. Майко, В.Г. Луцишин // Матеріали пленуму асоціації ортопедів-травматологів України. – Київ-Вінниця 23-24 вересня 2004. – С. 141-142.
7. Лоскутов О.Є. Удосконалення медико-соціальної експертизи хворих на коксартроз після ендопротезування кульшового суглоба / О.Є. Лоскутов, Є.Л. Ліфаренко // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2004. – №2 (41). – С. 53-58.
8. Особенности врачебно-трудовой экспертизы больных после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава / Е.Я. Гринштейн, Э.Н. Демина, Е.Б. Власова [и др.] // Ортопед., травматол. и протезир. – 1988. – № 6. – С. 22-25.
9. Руководство по оценке ограниченной жизнедеятельности при определении инвалидности / Под ред. В.Б. Смышка. – Минск, 2003. – 96 с.
10. Становлення та діяльність Республіканського центру ендопротезувань суглобів / Г.В. Гайко, С.І. Герасименко, М.В. Полулях, В.П. Торчинський // Матер. наук.-прак. конф. "Актуальні проблеми ендопротезування". – Вінниця, 2008. – С. 3.
11. Mac Kenzie J. Total hip replactmnt fo coxarthrosis stcondry to conge nital dysplasia and dislocation of tht hip, long-term results / J. Mac Kenzie, S. Kelley, R. Jobnson // J. Done Jt Surg. –1996. – Vol.78. – P. 55-61.

#### Резюме

#### ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ИНВАЛИДОВ С КОКСАРТРОЗОМ

Майко В.М.

В статье с 2004 по 2008 года проанализировано лечение и медико-социальная экспертиза 137 больных-инвалидов коксартрозом, жителей Винницкой области. Установлено, что критерием к назначению группы инвалидности была степень нарушения статико-динамической функции (незначительная, умеренная, выраженная, значительно выраженная); а также характер течения процесса, который зависит от лечения и влияет на развитие нарушений статико-динамической функции.

**Ключевые слова:** медико-социальная экспертиза, коксартроз, нарушения статико-динамической функции, инвалиды.

Стаття надійшла 4.08.2011 р.

#### FEATURES OF MEDICO-SOCIAL EXPERTISE OF DISABLED PERSONS WITH COXARTHROSIS

Maiko V.M.

In the article treatment and medico-social expertise of 137 disabled patients with coxarthrosis inhabitants of Vinnytsia region from 2004 to 2008 were analyzed. The criteria for the appointment of disability group were the stage of the statodynamic malfunction (unimportant, mild, moderate, far denominated) and the character of the process depended also on the treatment and influenced at the development of statodynamic malfunction.

**Key words:** medico-social expertise, coxarthrosis, statodynamic malfunction, disabled patients.