

© Коллектив авторов, 1996

*С.В. Сергеев, Е.А. Жмотова,
И.М. Киммельфельд, И.Д. Золотухина,
Т.А. Пирожкова*

ЭВОЛЮЦИЯ КОКСАРТРОЗА В СВЕТЕ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Центральная городская врачебно-трудовая экспертная комиссия, Москва

Среди больных, впервые обратившихся во ВТЭК для установления группы инвалидности в связи с патологией опорно-двигательного аппарата, пациенты с коксартрозом составили 35%. Проанализированы результаты клинического, рентгенологического, радионуклидного обследования, а также динамика медико-социальной реабилитации (по данным экспертизы трудоспособности) у 200 больных с посттравматическим, идиопатическим и диспластическим коксартрозом. Показано, что существующие методы консервативного и оперативного лечения обеспечивают эффективную медицинскую реабилитацию лишь в небольшом проценте случаев, а отсутствие четкой программы медико-социальной реабилитации рассматриваемого контингента больных усугубляет положение. Наихудшие результаты отмечены в группе больных, оперированных по поводу асептического некроза головки бедренной кости. Наиболее эффективным методом оперативного лечения при всех трех формах коксартроза является тотальное эндопротезирование.

Рентгеноанатомические изменения в тазобедренном суставе при коксартрозе зависят от его этиологии. Так, при посттравматическом поражении сустава преобладают остеосклеротические изменения в субхондральной области головки и вертлужной впадины, образование параартикулярных остеофитов, дисконгруэнтность суставных поверхностей, дефекты костной ткани шейки и головки бедра.

Асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК) как самостоятельное заболевание характеризуется кистозно-склеротическими изменениями, деформацией головки, выраженным сужением суставной щели, нарушением конгруэнтности суставных поверхностей вследствие вторичного смещения деформированной головки. Следует подчеркнуть, что при начальных стадиях АНГБК рентгенологические проявления весьма скудны, а нередко и вообще отсутствуют.

Дисплазия тазобедренного сустава манифестируется грубыми изменениями: определяются вальгусная деформация проксимального отдела бедренной кости, подвывих и деформа-

ция головки, отвесная вертлужная впадина, сужение суставной щели, остеопороз.

Однако рентгенологические изменения в области тазобедренного сустава при любой из приведенных форм заболевания, независимо от стадии его развития, не являются ведущими при установлении степени функциональных нарушений, равно как и при определении трудоспособности больного. Данные рентгенологического обследования служат для уточнения диагноза, прогнозирования течения дегенеративно-дистрофического процесса, планирования лечения — оперативного или консервативного.

В зависимости от клинико-функциональных проявлений коксартроза, субъективных жалоб больных, рентгеноанатомических изменений, а также с учетом социально-экономического положения пациентов и их трудовой ориентации мы выделили среди больных, проходивших освидетельствование во ВТЭК, следующие группы:

1-я группа — хорошее клинико-функциональное состояние тазобедренного сустава (периодические умеренные боли в нем, нередко иррадиирующие в область коленного сустава, возможность передвижения без дополнительных средств опоры или при помощи трости, контрактура I степени); рентгенологические изменения или не выявляются (чаще при АНГБК), или характерны для посттравматического либо диспластического коксартроза I стадии;

2-я группа — удовлетворительное клинико-функциональное состояние (постоянные, но умеренные боли в тазобедренном суставе, передвижение возможно только при помощи трости, укорочение конечности, не превышающее 1,5—2 см, контрактура II степени); рентгенологические изменения характерны для II стадии артроза;

3-я группа — неудовлетворительное клинико-функциональное состояние (постоянные выраженные боли в тазобедренном суставе, возможность передвижения только при помощи костылей, непереносимость длительного сидячего положения; укорочение конечности на 3 см и более, контрактура сустава III степени); рентгенологические изменения характерны для III стадии артроза.

К 3-й группе (неудовлетворительное клинико-функциональное состояние) мы относим также больных с двусторонним поражением тазобедренных суставов, преимущественно диспластической этиологии.

Что касается социально-экономического положения пациентов и их трудовой ориентации, то здесь ведущее значение для экспертизы имеют вид труда — умственный или физический, уровень профессиональных навыков, возраст. Физический труд с низким уровнем профессиональных навыков, предпенсионный возраст служат отягчающими факторами при определении клинико-функционального состояния тазобедренного сустава (с учетом прогрессирующего течения заболевания).

К числу основных критериев при определении группы инвалидности относятся функциональное состояние тазобедренного сустава и опороспособность конечности. Мы выделяем три степени контрактуры пораженного тазобедренного сустава: I степень — разгибание 180° — сгибание 90° — отведение $10-15^\circ$ — ротация $85-120^\circ$; II степень — 180° — ($100-120^\circ$) — 10° — ($90-100^\circ$); III степень — ($175-170^\circ$) — более 120° — менее 5° — нет. Эти степени контрактуры характеризуют объем активных движений в суставе, обеспечивающих бытовую и профессиональную деятельность пациентов. Для оценки опороспособности конечности принята также трехступенчатая градация нарушений: I степень — свободное передвижение без дополнительных средств опоры, II — передвижение при помощи трости, III — передвижение при помощи костылей.

Причинами, приведшими к развитию коксартроза, у 100 из 200 включенных в анализ больных были травматические повреждения тазобедренного сустава, у 75 — АНГБК, у 25 — дисплазия тазобедренного сустава.

Посттравматический коксартроз

Развитию коксартроза у 35 больных предшествовали перелом вертлужной впадины и центральный вывих бедра, у 40 — латеральный вывих бедра (изолированный или в сочетании с переломом края вертлужной впадины), у 25 — медиальный перелом шейки бедренной кости. Возраст больных — преимущественно 40—55 лет, преобладали мужчины.

Переломы дна вертлужной впадины и центральные вывихи бедра лечатся в основном консервативно (скелетное вытяжение по оси и в подвертельной области). При тяжелых многооскольчатых переломах, а также при множественной

и сочетанной травме правильное соотношение суставных поверхностей достигается редко. Из 35 больных данной подгруппы 30 при первичном освидетельствовании были признаны инвалидами II группы. Через год частично восстановили трудоспособность 20 из них. Полная реабилитация практически равнялась нулю, более того, 1/3 частично реабилитированных пациентов вновь обратились во ВТЭК для усиления группы инвалидности. Тем не менее у 32 больных из 35 было отмечено хорошее и удовлетворительное клинико-функциональное состояние поврежденных суставов.

Изолированные вывихи бедра и вывихи, сочетающиеся с переломами края вертлужной впадины, также лечатся консервативно (вправление, скелетное вытяжение). В случаях, когда закрытое устранение вывиха невозможно, показаны оперативное вправление головки бедра и фиксация края вертлужной впадины. При первичном освидетельствовании данного контингента больных инвалидами II группы были признаны 12 человек, перенесших сочетанную травму или оперированных по поводу невравного вывиха. Инвалидами III группы признаны 20 человек. Реабилитированы через 1—2 года только 3 больных. Приступить к работе без ограничений в течение 6—8 мес смогли 8 человек, однако в связи с прогрессирующим коксартрозом 5 из них через 2—3 года были вынуждены обратиться во ВТЭК для установления III группы инвалидности. Клинико-функциональное состояние тазобедренных суставов было хорошим и удовлетворительным у 32 из 40 больных, неудовлетворительным — у 8.

При медиальных переломах шейки бедренной кости оперативное лечение заключалось в проведении разного вида остеосинтеза (трехлопастным гвоздем, спицами, компрессирующими винтами). Субстратом коксартроза вследствие перелома шейки бедренной кости является асептический некроз головки и шейки, развивающийся одновременно. Некроз шейки наступает быстро — в течение 3—6 мес и является причиной формирования ложного сустава с вторичными изменениями тазобедренного сустава (его структуры и функции). Асептический некроз головки бедра — гораздо более позднее осложнение, развивающееся даже при зажившем переломе шейки, в среднем через 8—12 мес. Причины асептического некроза шейки и головки бедренной кости при медиальных переломах шейки кроются в на-



рушении местного кровообращения, позднем оперативном лечении, заживлении перелома в положении избыточного вальгусного отклонения оси шейки и головки. Относительно небольшая численность данного контингента больных объясняется невысоким процентом медиальных переломов шейки бедренной кости, происходящих на лиц молодого и среднего возраста, по сравнению с переломами вывихами тазобедренного сустава.

В отличие от предыдущих подгрупп больных с посттравматическим коксартрозом, у лиц с переломами шейки бедренной кости первичное освидетельствование во ВТЭК основывается на рентгеноанатомической картине: учитываются изменение шеечно-диафизарного угла, положение отломков шейки и головки, расположение фиксаторов, степень остеопороза, деформация головки, наличие или отсутствие дефекта шейки. Поскольку заживление медиальных переломов шейки бедренной кости протекает без образования периостальной костной мозоли, привычная ориентировка на этот рентгенологический феномен исключена.

Все наблюдаемые нами больные в первые 4—6 мес после травмы и операции получили право на продление больничного листа. Через 8—10 мес 10 пациентов были вновь направлены во ВТЭК из-за нарушения опорной функции вследствие образования ложного сустава шейки бедра и необходимости повторной операции. Им была установлена II группа инвалидности. Шесть больных признаны инвалидами III группы через 8 мес после травмы и 5 — через 2—3 года, т.е. тогда, когда сформировались клиничко-функциональные изменения, характерные для коксартроза.

Хорошее и удовлетворительное функциональное состояние опорно-двигательного аппарата отмечено у 14 больных с последствиями медиальных переломов шейки бедренной кости, неудовлетворительное — у 11.

С целью изучения местного кровообращения в области поврежденного тазобедренного сустава в дополнение к клиничскому и рентгенологическому обследованию нами было проведено радионуклидное исследование методом гаммасцинтиграфии с использованием ^{99m}Tc -пирфотека. Коэффициент относительного накопления радиофармпрепарата (КОН) определяли по соотношению числа зарегистрированных импульсов в головке бедра и подвертельной области поврежденного тазобедренного

сустава и в симметричной зоне здорового контралатерального сустава. За норму принимали КОН, равный 1,1—1,2.

У больных с хорошим и удовлетворительным клиничко-функциональным состоянием КОН приближался к норме (1,2—1,3). Исключение составляли больные с последствиями переломов шейки бедра, у которых КОН был повышен (1,4—1,5), что свидетельствовало о недостаточном кровоснабжении.

При неудовлетворительном функциональном состоянии сустава и грубых рентгеноанатомических изменениях КОН значительно возрастал (1,6—1,8). При ложных суставах шейки бедра, наоборот, отмечалось его снижение, отражавшее наличие дефекта костной ткани и резкое нарушение кровообращения. Увеличение КОН при грубых анатомических изменениях вследствие посттравматического некроза без дефекта костной ткани объясняется компенсаторным расширением микрососудистой сети в окружающих сустав тканях, мозаичным чередованием участков некроза и репарации.

Сопоставление результатов клиничского, рентгенологического, радионуклидного исследований, а также социологических данных позволяет выявить следующие особенности в группе больных с посттравматическим коксартрозом: клиничко-функциональное состояние в большинстве случаев соответствует рентгеноанатомическим изменениям, но не равнозначно факту инвалидности; изменения местного кровообращения, выявляемые с помощью сцинтиграфии, совпадают со степенью рентгеноанатомических изменений. Несовпадение функционального состояния тазобедренного сустава и степени трудовой активности объясняется тем, что в большинстве случаев установление группы инвалидности является следствием пассивной социально-трудовой реабилитации и ограниченного использования трудовых навыков инвалидов. Среди больных с посттравматическим коксартрозом преобладают лица трудоспособного возраста, и активное вовлечение их в трудовую деятельность должно осуществляться с учетом клиничко-функционального состояния поврежденного сустава и реальных перспектив восстановительного лечения. При начальных стадиях коксартроза и удовлетворительном



клинико-функциональном состоянии социально-трудовая реабилитация, переобучение и рациональное трудоустройство вполне возможны. Поскольку для посттравматического коксартроза «агрессивное» течение не характерно, умеренные нарушения местного кровообращения и в основном хорошее и удовлетворительное функциональное состояние позволяют в большинстве случаев говорить о благоприятном медицинском прогнозе (исключение — переломы шейки бедренной кости).

Лечение посттравматического коксартроза зависит от стадии дегенеративно-дистрофического процесса. При хорошем и удовлетворительном состоянии, т.е. в I—II стадии, лечение в основном консервативное, с преимущественным использованием санаторно-курортных методов, ограничением физической нагрузки. В III стадии, характеризующейся неудовлетворительным функциональным состоянием тазобедренного сустава, требуется оперативное лечение. Применяются операции, имеющие целью изменение биомеханической оси сустава (корректирующая под- и межвертельная остеотомия), улучшение конгруэнтности суставных поверхностей (артропластика), улучшение местного кровообращения (костная аутопластика), обездвижение сустава (артродез), замещение суставных поверхностей (эндопротезирование).

Анализ наших наблюдений на протяжении от 2 до 6 лет за больными, оперированными в разные сроки после травмы (2—3 года), позволяет сделать следующие выводы:

1. Внутрисуставные операции, как известно, сопровождаются дополнительным нарушением местного кровообращения, что ведет к усугублению деструктивных процессов. Корректирующие остеотомии приводят к укорочению конечности. В результате достигается лишь временный лечебный эффект, обусловленный уменьшением болей за счет снижения внутрисуставного давления. Прогрессирование болезни сустава, снижение трудовой направленности приводят к тому, что больные вынуждены обращаться во ВТЭК для усиления группы инвалидности. Полная реабилитация практически невозможна ввиду быстрого срыва механизмов компенсации функции опорно-двигательного аппарата: вследствие функциональной перегрузки возникает коксартроз контралатерального тазобедренного сустава, в процесс декомпенсации вовлекаются отдаленные

сегменты опорно-двигательного аппарата — развивается остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с болевым синдромом различной степени выраженности, одно- или двустороннее дегенеративно-дистрофическое поражение коленных суставов. Таким образом, срыв механизмов компенсации функции опорно-двигательного аппарата является показанием к установлению II группы инвалидности вне зависимости от характера работы больного. Только в исключительных случаях может быть рекомендован труд на дому или в специально созданных условиях.

2. Выполняемый в ранние сроки артродез следует считать операцией выбора у лиц среднего возраста без сопутствующих повреждений других суставов. Такие больные, являясь инвалидами III группы бессрочно, способны свободно передвигаться и длительно находиться на ногах, что позволяет им рационально трудоустроиться.

3. Эндопротезирование тазобедренного сустава у молодых людей возможно, но при этом надо учитывать ограниченность срока «жизни» эндопротеза и необходимость в последующем ревизионных операций. Нужно также иметь в виду значительный риск нагноения, нестабильности эндопротеза, что нередко приводит к тяжелым последствиям, в частности к образованию дефекта проксимального отдела бедра после вынужденного удаления искусственного сустава. Все наблюдаемые нами больные этой категории были инвалидами II группы без тенденции к реабилитации.

На сегодняшний день патогенетически обоснованными операциями следует считать такие, после которых улучшается местное кровообращение (костная аутопластика свободными или васкуляризованными трансплантами), улучшается биомеханика сустава и ликвидируется укорочение (корректирующая остеотомия с одновременным удлинением по Илизарову), эндопротезирование (преимущественно у лиц средней и старшей возрастных групп).

Коксартроз вследствие асептического некроза головки бедренной кости

По нашим наблюдениям, это в основном удел молодых, трудоспособных людей, которые до определенного времени и не подозревают о развивающемся у них тяжелом заболевании. Средний возраст пациентов составлял 35—45 лет, преобладали мужчины (соотношение мужчин и женщин 5:1).

В анамнезе у больных были незначительные травмы области тазобедренного сустава, большая профессиональная физическая нагрузка, профессиональные вредности (переохлаждение, вибрации), неспецифические инфекционные заболевания, алкоголизм.

Ранняя диагностика АНГБК как патоморфологического субстрата идиопатического коксартроза трудна и потому часто несвоевременна. «Мозаичные» жалобы больных связывают с радикулитом, гонартрозом, переутомлением, растяжением связок, но никак не с заболеванием головки бедренной кости. Средний срок выявления АНГБК после появления у больного первых жалоб равен 1—1,5 годам. В начальных стадиях АНГБК довольно трудно обнаружить рентгенологические изменения, которые могли бы быть соотнесены с клинико-функциональными проявлениями. Тем не менее клинические симптомы «гонартроза», «пояснично-крестцового остеохондроза» при отсутствии веских рентгенологических доказательств и убедительной объективной симптоматики следует рассматривать как ирритативные симптомы АНГБК и начальной стадии идиопатического коксартроза.

Ранняя диагностика АНГБК — в стадии фрагментации, когда процессы распада костной ткани превалируют над процессом репаративной регенерации, позволяет вовремя разгрузить пораженную конечность, поставив больного на костыли, и провести адекватное лечение. Целесообразно направить больного во ВТЭК для решения вопроса об установлении II группы инвалидности, так как вне зависимости от характера выполняемой работы эти больные нетрудоспособны в течение 1,5—2 лет.

Если представить развитие идиопатического коксартроза схематически, можно выявить определенные закономерности: начальное проявление (1—2-й год) — клинико-рентгенологическое подтверждение болезни; II стадия одностороннего поражения — снижение трудоспособности, периодическое консервативное лечение (2—3-й год); первичное освидетельствование во ВТЭК (долечивание — III группа инвалидности) — прогрессирование заболевания, оперативное лечение — II группа инвалидности; поражение второго сустава — II группа инвалидности без тенденции к трудовой реабилитации (4—5-й год).

При первичном освидетельствовании во ВТЭК инвалидами были признаны все 75 боль-

ных (III группа — 60 человек, II группа — 15). Основанием для установления III группы инвалидности являлись односторонние поражения тазобедренного сустава, контрактура I—II степени, длительное (более 4 мес) лечение по больничному листу, возможность выполнения прежней работы в полном объеме или при исключении противопоказанных факторов.

Инвалидность II группы устанавливалась тем больным, которые уже были оперированы и нуждались в длительном послеоперационном лечении, а также в случаях двустороннего поражения тазобедренных суставов с выраженным нарушением функции передвижения и вовлечением в патологический процесс по мере нарастания функциональной декомпенсации отдаленных сегментов опорно-двигательного аппарата (гонартроз, сакроилеит, остеохондроз).

Динамика инвалидности в последующем отрицательная: больные с первично установленной III группой либо остаются инвалидами пожизненно, либо в связи с поражением контралатерального тазобедренного сустава становятся инвалидами II группы.

Клинико-функциональное состояние у больных с идиопатическим коксартрозом было различным и не всегда соответствовало группе инвалидности.

Хорошее состояние отмечено у 16 больных с односторонним поражением: контрактура сустава I степени, укорочение конечности не более 1—1,5 см. Рентгенологическая картина соответствовала коксартрозу II стадии: сужение суставной щели, неравномерность хрящевого покрытия, субхондральный склероз, деформация и кистовидная перестройка головки бедренной кости.

Необходимость установления этим больным группы инвалидности обуславливалась характером их работы (тяжелый физический труд) и показаниями к ограничению объема трудовой деятельности (все 16 больных — инвалиды III группы).

Удовлетворительное клинико-функциональное состояние выявлено у 40 больных. Несмотря на двустороннее поражение тазобедренных суставов, лишь 1/3 пациентов пользовались двумя костылями, остальные могли передвигаться



при помощи трости. Ходьба без дополнительных средств опоры ограничивалась пределами квартиры, походка была изменена по типу «утиной». На стороне с большей длительностью патологического процесса имелись проявления коксартроза II—III стадии: укорочение конечности на 2—3 см, контрактура II степени, рентгенологические изменения в виде деструкции головки бедра, резкого ее уплощения, выраженного субхондрального склероза вертлужной впадины на фоне кистовидного перерождения. Клинико-рентгенологические изменения второго сустава соответствовали коксартрозу I стадии. Помимо изменений в тазобедренных суставах, имелись клинико-функциональные и рентгенологические изменения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, характерные для остеохондроза I—II степени (боли при длительном стоянии или сидении, ограничение активных движений в данном отделе позвоночника, непостоянный радикулярный синдром). Среди этих больных преобладали инвалиды II группы (31 человек), III группа инвалидности была установлена немногим рационально трудоустроенным больным.

Плохое клинико-функциональное состояние констатировано у 19 больных с двусторонним заболеванием, у которых отмечались выраженное нарушение походки из-за сгибательно-приводящей контрактуры в одном или обоих тазобедренных суставах (пользовались двумя костылями), контрактура II—III степени, укорочение конечности на 3 см и более. Рентгенологически определялись «обезображивание» сустава в результате деструкции головки и ее подвывиха, грубых параартикулярных разрастаний костно-фиброзной ткани, сочетание очагов остеосклероза и остеопороза, т.е. имела место картина коксартроза III стадии. Клинико-рентгенологические изменения в противоположном суставе соответствовали II стадии заболевания. В пояснично-крестцовом отделе позвоночника выявлялись сужение межпозвоноковых пространств, спондилез, вторичный сколиоз. Все эти больные были инвалидами II группы, из них 2/3 перенесли операцию на одном из суставов. У ряда больных с двусторонним идиопатическим коксартрозом III стадии с резко выраженными сгибательно-приводящими контрактурами развился симптом «связанных» ног, затрудняющий физиологические отправления организма, вследствие чего они нуждались в постоянном постороннем

уходе. Им при повторном освидетельствовании была установлена I группа инвалидности.

Сцинтиграфические показатели состояния местного кровообращения при АНГБК идиопатического генеза характеризовались значительным повышением КОИ (последний в данном случае мы рассчитывали по соотношению накопления радиофармпрепарата в головке бедра и в одноименной подвертельной области, поскольку даже при рентгенонегативной I стадии коксартроза имеются сцинтиграфические изменения в головке и вертлужной впадине обоих суставов).

Сцинтиграфия тазобедренных суставов в I стадии коксартроза, когда рентгенологические изменения еще отсутствуют, но уже есть клинические проявления функциональной недостаточности, может иметь дифференциально-диагностическое значение. Полученные нами данные свидетельствуют о высоком уровне накопления радиофармпрепарата в зонах асептического некроза — КОИ равняется 1,8—2,0, тогда как при внесуставных поражениях проксимального отдела бедра и пояснично-крестцовом остеохондрозе он остается в пределах нормы. Нарушение микроциркуляции при I стадии коксартроза носит мозаичный характер, поскольку участки асептического некроза чередуются с очагами компенсаторной репарации.

Во II—III стадии коксартроза, при выраженных анатомических изменениях участки некроза и уже имеющихся рубцово-склеротических изменений превалируют над зонами репарации, и КОИ снижается (1,6—1,7). Однако по сравнению с показателями при посттравматическом коксартрозе он остается повышенным. Объясняется этот факт более пролонгированным течением идиопатического коксартроза и более развитой микрососудистой сетью, не подвергшейся первичному повреждению, как это было у больных, перенесших травму.

Итак, для коксартроза вследствие АНГБК характерно несоответствие клинико-функционального состояния и групп инвалидности, а также рентгеноанатомических изменений в I стадии заболевания. Постепенное вовлечение в патологический процесс второго тазобедренного сустава усугубляет функциональную недостаточность и инвалидность, но при рациональном трудоустройстве группа инвалидности может не соответствовать функциональным нарушениям (III группа при III стадии коксар-

троза). Сочетание II—III стадии коксартроза с дегенеративными поражениями пояснично-крестцового отдела позвоночника значительно осложняет течение основного заболевания и делает невозможным рациональное трудоустройство инвалидов II и III группы. Выявляемые с помощью сцинтиграфии изменения местного кровообращения не совпадают с рентгенологическими данными в I стадии коксартроза и могут служить дифференциально-диагностическим критерием при ирритативном синдроме.

Лечение коксартроза вследствие АНГБК эффективно на ранних стадиях заболевания. Консервативный метод, включающий медикаментозную терапию, санаторно-курортное лечение, функциональную разгрузку тазобедренного сустава, позволяет улучшить местное кровообращение и тем самым сдержать прогрессирование заболевания.

Оперативное лечение, к сожалению, проводится при II—III стадии коксартроза, когда изменения уже носят выраженный характер, имеются укорочение конечности, явления пояснично-крестцового остеохондроза. Цель хирургических вмешательств — изменение биомеханики и структуры сустава (межвертельная и подвертельная остеотомия, аутопластическое замещение участков головки бедренной кости), тотальное замещение сустава (эндопротезирование), снижение внутрисуставного давления (фенестрация, туннелизация), улучшение местного кровообращения (костная аутопластика свободными и васкуляризированными трансплантатами).

У наблюдаемых нами больных худшие результаты были после корригирующих остеотомий и костно-пластического замещения участков головки бедренной кости (увеличение нагрузки на другую ногу при длительном пользовании костылями, прогрессирование укорочения конечности, усугубление нарушений местного кровообращения при вывихивании головки во время резекции и замещения трансплантатом). 16 оперированных этими методами пациентов были первично признаны инвалидами II группы или стали ими через 2—3 года.

Наилучшими следует признать результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, преимущественно при двустороннем процессе: достигается полное восстановление опороспособности конечности, не прогрес-

сируют дегенеративные изменения в области позвоночника, приостанавливается процесс в противоположном суставе. Таких больных, равно как и леченных методом костной аутопластики (особенно с использованием трансплантатов на питающей ножке), немного в силу ограниченного применения этих операций.

Фенестрация и туннелизация головки бедренной кости с последующим замещением дефекта костным аутопротезом довольно эффективны при I и II стадиях коксартроза. Улучшая местное кровообращение и уменьшая болевой синдром, эти операции являются щадящими по отношению к суставу, не сопряжены с необходимостью длительно пользоваться костылями и с повышенной нагрузкой на контралатеральную конечность, могут выполняться в любой травматологической клинике. Основное показание к фенестрации и туннелизации — односторонний процесс, раннее лечение которого позволит больному сохранить ограниченную трудоспособность (оставаться инвалидом III группы).

Диспластический коксартроз

Развитие клинко-функциональной недостаточности тазобедренных суставов в результате диспластического коксартроза приходится, как правило, на активный период жизни больных. Средний возраст наблюдаемых нами пациентов — 30—40 лет, преобладают женщины. Следует отметить, что к моменту обращения во ВТЭК большинство из них успели приобрести высококвалифицированную профессию и лишь тяжелые социально-бытовые условия заставили их претендовать на группу инвалидности.

Диспластический коксартроз в I стадии проявлялся умеренными болями при длительной нагрузке, хромотой в результате укорочения конечности на 1,5—2 см, контрактурой тазобедренного сустава I степени, гипотрофией мышц бедра, снижением тонуса ягодичных мышц, положительным симптомом Тренделенбурга. На рентгенограммах определялись значительные изменения структуры тазобедренного сустава: уплощение вертлужной впадины и уменьшение степени покрытия головки бедра, эксцентричное расположение головки и ее грибовидная деформация, истончение кортикального покрова. Пять боль-



ных с односторонним поражением при первичном освидетельствовании не были признаны инвалидами с учетом их рационального трудоустройства, что является положительным фактором для медико-социального прогноза.

Удовлетворительное клинико-функциональное состояние при коксартрозе II стадии выявлено у 12 человек, которые были признаны инвалидами III группы. У них имелись более выраженные боли в суставе, ограничения в передвижении, при ходьбе они были вынуждены пользоваться дополнительными средствами опоры, отмечались значительное изменение походки, укорочение конечности, достигавшее 3 см, контрактуры II степени. Рентгеноанатомические изменения также не соответствовали степени функциональных нарушений, значительно отличаясь в худшую сторону (выраженная деформация головки бедра, сужение суставной щели, кистозное изменение субхондральных зон). У 7 больных были поражены оба тазобедренных сустава, причем стадия развития процесса была разной (I и II).

Плохое клинико-функциональное состояние тазобедренных суставов выявлено при двустороннем поражении у 8 больных, которые имели II группу инвалидности. Эти пациенты передвигались при помощи костылей и могли выполнять только надомную работу. На обеих сторонах отмечались контрактуры сустава II—III степени, имелись проявления пояснично-крестцового остеохондроза и спондилоартроза. Рентгенологическая картина соответствовала функциональным нарушениям, но никогда не отражала анкилоза: суставная щель прослеживалась.

При скинтиграфическом исследовании отмечалось незначительное повышение КОИ — до 1,4—1,5 (зонами интереса при дисплазии тазобедренного сустава были головка бедра и вертлужная впадина, а сравнение проводилось с подвертельной областью). Данные скинтиграфии совпадали с клинико-функциональным состоянием тазобедренного сустава и в меньшей

степени — с рентгеноанатомическими изменениями.

Процент оперированных больных среди пациентов с дисплас-

тическим коксартрозом невелик — менее 30. Это объясняется высокими компенсаторными возможностями тазобедренного сустава и состоявшейся уже социально-трудовой устроенностью больных.

К сожалению, у той части больных, которые были оперированы, нельзя отметить значительного улучшения клинического состояния; что же касается трудовой реабилитации, то некоторые больные с III группой инвалидности перешли на II группу без тенденции к трудовой реабилитации.

Из применяемых операций при диспластическом коксартрозе наиболее эффективными оказались деротационно-вальгизирующая остеотомия, ацетабулопластика, эндопротезирование. Последнее особенно показано при двустороннем процессе III стадии.

В ы в о д ы

1. Посттравматический коксартроз отличается довольно значительной степенью медико-социальной реабилитации больных при условии их рационального трудоустройства.

2. Идиопатическому коксартрозу присуща отрицательная динамика как функционального состояния сустава, так и трудового прогноза.

3. Для диспластического коксартроза характерна относительная устойчивость функционального состояния и трудовой устроенности больных.

4. При всех трех видах коксартроза отсутствует выраженная тенденция к социально-трудовой реабилитации и отмечается невысокая эффективность оперативного лечения.

EVOLUTION OF COXARTHROSIS IN THE LIGHT OF WORKING ABILITY EXPERTISE

S.V. Sergeev, E.A. Zhmotova, I.M. Kimmel'fel'd, I.D. Zolotukhina, T.A. Pirozhkova

Among the patients who for the first time called on MLEC for the evaluation of disablement group due to locomotor system pathology the patients with coxarthrosis were 35%. The results of clinical, X-ray, radionuclide examination as well as dynamics of medical social rehabilitation (by the data of capacity for work expertise) were analyzed in 200 patients with posttraumatic, idiopathic and dysplastic coxarthrosis. It was shown that existent methods of conservative and operative treatment gave efficient medical rehabilitation only in low percentage of cases, but the absence of clear medical social rehabilitation programme for those patients aggravated the matter. The best results were noted in patients operated for aseptic necrosis of the femur head. In all three forms of coxarthrosis the most efficient method of surgery was total replacement.

