

пам 76,9 %, 83,4 % и 81,4 %) или D-дефицит (< 20 нг/мл, соответственно 7,7 %, 3,8 % и 2 %), но различия между группами недостоверны. У 17,5 % — 19,3 % пациентов выделенных групп уровень ПТГ был повышен, различия между группами по уровню ПТГ недостоверны, но отмечена тенденция связи его повышенных значений с низким уровнем 25(OH)D (точный критерий Фишера = 0,062)

Заключение. Гетерогенный характер отклонений маркеров ремоделирования при ИОП у мужчин может быть отражением различий патогенеза формирования дефицита массы кости. Согласно полученным данным дефицит МПК при ИОП независимо от возраста чаще формируется на фоне низкой интенсивности ремоделирования (low bone turnover), что проявляется либо снижением, либо сохранением (за счет вторичного гиперпаратиреоза) уровня маркеров ремоделирования в пределах референсных значений нормы. Однако у лиц до 25 лет на фоне low bone turnover возможно одновременное повышение уровня ДПД и ОК или только уровня ОК вследствие сохранения «памяти» ремоделирования, направленного на достижение набора пиковой массы кости, которое однако не завершается увеличением МПК.

У незначительной части лиц старше 25 лет повышенный уровень ДПД и ОК (при исключении онкологии и гиперпаратиреоза) может быть отражением высокооборотного остеопороза, причина которого остается неясной.

Некоторые вопросы оценки эффективности эндопротезирования коленного сустава

Some questions on evaluation of effectiveness of endoprosthetics of knee joint

Д. Р. Рузибоев¹, Т. Б. Минасов², Г. К. Нуримов¹

D. R. Ruziboev¹, T. B. Minasov², G. K. Nurimov¹

¹Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью (г. Ташкент, Узбекистан);

¹National center of rehabilitation and prosthesis of persons with disabilities Tashkent, Uzbekistan;

²Башкирский государственный медицинский университет;

²Bashkir State Medical University

Актуальность. Артрозо-артрит занимает ведущее место по распространенности среди дегенеративно-дистрофических заболеваний и является самой частой причиной нетрудоспособности у лиц среднего возраста. Заболевание также ведет к снижению качества жизни среди больных и инвалидов в пожилом возрасте, которым постоянно требуется высококвалифицированная медицинская помощь.

Эндопротезирование коленных суставов достигло значительных успехов в связи с прогрессом науки и техники. И тем не менее этот вид медицинской реабилитации до сих пор вызывает бурные споры среди травматологов-ортопедов, к ним нет единого мнения по поводу эффективности эндопротезирования.

Цель исследования. Определить эффективность эндопротезирования коленных суставов у больных, страдающих дегенеративно-дистрофической патологией коленных суставов.

Задачи исследования. 1. Разработать алгоритм реабилитационных мероприятий после тотального эндопротезирования коленного сустава у больных с артрозо-артритом.

2. Изучить экономическую выгоду после эндопротезирования коленного сустава с учетом снижения группы инвалидности и возвращения к труду.

Материалы и методы. Проанализированы 93 пациента с заболеваниями коленного сустава. Среди пациентов, включенных в исследование, инвалидов 1 группы было 12 человек, инвалидов 2 группы — 58, инвалидов 3 группы — 23 пациента. Из 93 инвалидов, вошедших в исследование, были и имеющие дегенеративно-дистрофический процесс суставов (ДДП) и посттравматический гонартроз. ДДП наблюдалось у 67 больных, посттравматическим гонартрозом страдали 9 пациентов, 16 больных страдали суставной формой ревматического артрита. Для объективизации оценки функциональной недостаточности пораженного коленного сустава мы использовали разработанную нами программу № DGU20200606 «Программа для определения качества жизни и эффективности эндопротезирования больных после тотального эндопротезирования коленного сустава».

Результаты. Система оценки содержит 11 критериев. Максимальная балл 70,0. С учетом указанной оценочной системы высокую эффективность (при колебании суммарного показателя от 60,2 до 70 баллов) имели 62 пациента, хорошую эффективность (т. е. колебания суммарного показателя от 49,7 до 60,1 баллов) — 18 пациентов, среднюю — 10 инвалидов, при

колебании суммарного показателя от 39,2 до 49,6 баллов. Низкая эффективность выявлена у 3 инвалидов при колебании суммарного показателя ниже от 39,1 баллов.

Все отобранные пациенты были оперированы с использованием различных эндопротезов и прошли контрольное освидетельствование в сроки 3, 6 и 12 месяцев после операции.

Через 1 месяц после операции 80 больным было рекомендован переход с костылей на трость, остальные 13 больных использовали костыли до 3 месяца (этим больным было рекомендовано провести операцию на контралатеральном суставе).

В условиях реабилитационного центра пациенты прошли курс медицинской реабилитации, включающий электростимуляцию. Через 3 месяца после операции 80 (86,0 %) инвалидов передвигались без дополнительной опоры и только 13 больных использовали трость ввиду поражения контралатерального сустава. Через 12 месяцев после операции все инвалиды были переосвидетельствованы и прошли психологическую реабилитацию.

Анализ результатов исследования показал, что полную реабилитацию прошли 12 (12,9 %) пациентов, частичная реабилитация было достигнута у 64 (68,8 %) пациентов, а ухудшение состояния не произошло ни у кого. Стабильность групп инвалидности констатирована у 17 (18,3 %) пациентов.

Однако следует отметить, что изменилось качество жизни у оперированных инвалидов — из лиц, нуждающихся в бытовом и постоянном постороннем уходе, они превратились в людей, которые не были в тягость ни себе, ни окружающим. И это главный итог работы.

Выводы. 1. В большинстве случаев тотального эндопротезирования коленного сустава имеется благоприятный функциональный исход. Правильная лечебная и комплексная реабилитационная тактика позволяет значительному числу больных вернуться к полноценной жизни и показанным видам труда, что будет иметь большое медико-социальное значение.

2. Эндопротезирование коленного сустава в настоящее время не следует относить к такому расширенному термину как «выраженный анатомический дефект», так как после реконструктивно-восстановительных опера-

ций у больных значительно улучшается здоровье и восстанавливается их трудоспособность.

К вопросу изучения социально-трудовой реабилитации больных и инвалидов после эндопротезирования коленного сустава

On the study of social and occupational rehabilitation of patients and persons with disabilities after endoprosthesis of knee joints

Д. Р. Рузибоев¹, Т. Б. Минасов², Г. К. Нуримов¹

D. R. Ruziboev¹, T. B. Minasov², G. K. Nurimov¹

¹Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью (г. Ташкент, Узбекистан);

¹National center of rehabilitation and prosthesis of persons with disabilities Tashkent, Uzbekistan;

²Башкирский государственный медицинский университет;

²Bashkir State Medical University

Актуальность. Эндопротезирование (ЭП) коленного сустава при артрозо-артрите является оптимальным методом хирургического лечения. Широкое распространение эндопротезирования, в первую очередь, связано с быстрым избавлением пациента от болевого синдрома и восстановлением утраченной функции [Manrigue J., Gomes M. M., Parvisi J., 2015]. Для полноценной реабилитации пациентов после эндопротезирования коленного сустава необходимо учитывать патологию смежных суставов и наличие у больного остеопороза, вносить соответствующие коррективы в программу хирургического лечения. Активная реабилитация показана при стандартном эндопротезировании, но при расширенном доступе с повреждением медиального и латерального связочного аппарата стандартная активная реабилитация затруднена, наличие заболеваний смежных суставов и позвоночника также влияет на выбор тактики и время начала реабилитации [Keblish P. A., 2014].

Несмотря на накопленный опыт тотального ЭП коленного сустава недостаточно были изучены ранние, поздние и отдаленные результаты операции, связанные с ограниченными возможностями пациента. Недостаточно изучена динамика инвалидности после тотального ЭП коленного