

© А.Р.Трубин

ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница №21»

г. Уфа, Россия

**СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

**Аннотация.** В статье представлены результаты обследования пациентов с травмами и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава в возрастной группе от 43 до 88 лет. Установлен высокий удельный вес соматических заболеваний, изменений костной ткани (дисгормональный остеопороз). В структуре психоэмоциональных нарушений ведущее место занимают расстройства адаптации с преобладанием астено-депрессивного и тревожно-депрессивного синдромов. Наиболее эффективным методом хирургического лечения является эндопротезирование, обеспечивающее социальную и психоэмоциональную реинтеграцию.

**Ключевые слова:** травма, дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава, остеопороз, психоэмоциональные нарушения, эндопротезирование.

© A. Trubin

City Clinical Hospital № 21

Ufa, Russia

**MODERN APPROACH TO THE ASSESSMENT OF THE CLINICAL AND FUNCTIONAL CONDITION, SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS SURGICALLY TREATED FOR HIP DISEASES AND INJURIES**

**Abstract.** The paper presents the results of the survey of patients aged 43-88 years with injuries and degenerative-dystrophic diseases of the hip. A high proportion of somatic diseases and changes in the bony tissue (dishormonal osteoporosis) was revealed. Adjustment disorders with prevalence of asthenic-depressive and anxiety-depressive syndromes take the leading position in the structure of psycho-emotional disorders. The most effective method of treatment is surgical joint replacement, ensuring social and emotional reintegration.

**Key words:** trauma, degenerative-dystrophic diseases of the hip, osteoporosis, psycho-emotional disorders, joint replacement.

**Введение.** Травмы и заболевания тазобедренного сустава представляют не только медицинскую, но и социальную проблему, как с экономических,

так и научно-практических позиций современного общества. Анатомические особенности данной области обуславливают большой процент осложнений при травмах и заболеваниях тазобедренного сустава. Дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава относят к числу наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата. По данным отечественных и зарубежных авторов [5] около 10–12 % всего населения имеют клинические симптомы дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава. Деформирующий коксартроз – является наиболее тяжелой и частой формой дегенеративно-дистрофических заболеваний и составляет 40–50 % среди всех его вариантов [3, 5]. В России частота коксартроза достигает 17,8 случаев на 10000 взрослых жителей [5].

Стойкая утрата трудоспособности в связи с патологией тазобедренного сустава в структуре общей инвалидности составляет 14,6–37,6 % [5]. Травмы тазобедренного сустава относятся к часто встречающейся патологии: от 3,9 до 18 % всех переломов трубчатых костей, а у лиц пожилого и старческого возраста достигает до 28,8 % [1]. Частота травм тазобедренного сустава растет с возрастом. За последние 30 лет в Европе удвоилось количество переломов шейки бедра. В США ежегодно регистрируется 98–99 переломов данной локализации на 100 000 населения [8]. В крупных промышленных городах, где высокоинтенсивный транспортный поток, количество повреждений тазобедренного сустава значительно выше, чем в провинции. В настоящее время имеются данные об увеличении распространенности травм тазобедренного сустава связанных с дисгормональным остеопорозом [4]. Риск переломов повышается и с увеличением возраста. У женщин травмы тазобедренного сустава встречаются чаще (до 70 %), чем у мужчин, что объясняется анатомо-физиологическими особенностями женского организма в разные возрастные периоды жизни: пре- и постменопауза, с ее

выраженными эндокринными колебаниями и выраженными изменениями костной системы (дисгормональный остеопороз) [9, 10].

Определенную роль в возникновении травм тазобедренного сустава у женщин играют такие факторы как выполнение репродуктивной функции, а так же такие моменты как выполнение семейных обязанностей. Это объясняется преобладанием женщин в старших возрастных группах, большей занятостью в хозяйстве, а так же более выраженными изменениями гормонального профиля в процессе старения. У женщин причиной постменопаузального остеопороза является повышенная резорбция костной ткани, превышающая ее образование. Гормональная недостаточность яичников у женщин в постменопаузальном периоде является одной из причин развития дисгормонального остеопороза. Риск травм тазобедренного сустава в старшей возрастной группе связан так же с высоким удельным весом соматических заболеваний (от 5–6 и более у одного пациента). Большой интерес к остеопорозу в настоящее время вызван, прежде всего, высокой распространенностью, как самого заболевания, так и его последствий – переломов (конечностей и позвоночника). Это приводит к развитию стойкой нетрудоспособности, инвалидности и ограничению способности к движению, потере возможности самообслуживания и в целом резкому снижению качества жизни. При этом экономические затраты самого больного, его семьи и общества в целом огромны. Неблагоприятные последствия травм тазобедренного сустава (некроз головки бедренной кости, ложные суставы, укорочение, порочное положение конечности) делают конечность неопороспособной, больных немощными, требующими постоянного ухода, что крайне неблагоприятно отражается на психоэмоциональном состоянии пациентов и их близких родственников [2].

При развитии артрозоартрита тазобедренного сустава происходят существенные нарушения статики и локомоции, выраженность которых

зависит от давности и тяжести заболевания. Резко снижаются сила мышц тазобедренного сустава, особенно отводящих. Вследствие длительности заболевания в этот процесс вовлекаются и другие звенья опорно-двигательной системы с формированием сложных адаптационно-компенсаторных перестроек не только функций, но и анатомических взаимоотношений. Наступившие изменения влекут за собой ограничения повседневной жизни на 36 %, профессиональной деятельности – на 67 %, социальных функций – на 25 %.

Лечение больных с заболеваниями и травмами тазобедренного сустава является проблемой большой важности, как с экономических, так и с научно-практических позиций [6, 7]. Традиционные методики ортопедических операций не во всех случаях позволяют решить весь спектр проблем существующих у таких пациентов. В настоящее время эндопротезирование тазобедренного сустава является одним из динамично развивающихся направлений. Эта операция при благоприятном исходе позволяет пациенту быстро восстановить функцию сустава, стать физически активным, вернуться к профессиональной деятельности и адаптироваться социально. В то же время, ситуация осложняется тем, что эндопротезы в основной своей массе создаются не индивидуально, а как серийное изделие. Отсюда следует, что реабилитация больного, перенесшего операцию эндопротезирования тазобедренного сустава, требует дальнейшего научной разработки. Все изложенное свидетельствует об актуальности исследования.

**Цель исследования.** Дать оценку медико-социального статуса, клинико-функционального состояния и степени тяжести психоэмоциональных нарушений у пациентов при хирургическом лечении травм и дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава.

**Задачи.** 1. Дать медико-социальную характеристику пациентов с травмами и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава.

2. Изучить состояние соматического здоровья, изменений костной системы при травмах и дегенеративно-дистрофических заболеваниях тазобедренного сустава.

3. Определить степень тяжести психоэмоциональных нарушений у пациентов с травмами и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава.

**Материалы и методы исследования.** Проведено комплексное обследование 52 больных с травмами и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава. Применялись современные информативные методы исследования. Обращалось внимание на углубленное изучение анамнеза болезни, социального и семейного положения, жилищные и бытовые условия, вредные привычки (табакокурение, употребление алкоголя и наркотических средств), психологическую реакцию на патологию и хирургическое лечение тазобедренного сустава.

Комплексное обследование по органам и системам проводилось соответственно имеющимся государственным стандартам. Важная роль отводилась пальпации. С ее помощью определяется деформация сустава, болевые точки, патологическая подвижность, длина нижней конечности. Дополнительно использовались рентгенодиагностика, ультразвуковое сканирование, по показаниям магнитно-резонансная томография. Применялись лабораторные методы: клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи. Для диагностики остеопороза использовалась денситометрия. Обработка данных проведена с использованием методов описательной статистики.

**Результаты и их обсуждение.** Наибольшее число (70 %) составили женщины. Возрастной состав пациентов колебался от 43 до 88 лет. Наибольшее число (42–80,8 %) составили пациенты в возрасте от 55 до 65 лет, то есть группа, где имели место наиболее выраженные иволютивные процессы. Работающие составили 75 %, пенсионеры – 25 %. Среди работающих – 50 % были пенсионерами. По социальному положению большинство пациентов (72 %) представлено служащими. Семейное положение: женатых мужчин было 10, холостых – 3, замужних женщин – 22, вдов – 15. Считают свои жилищные условия хорошими – 32 пациента, удовлетворительными – 10, плохими (живут в неблагоустроенной коммунальной квартире) – 10. Десять женщин и три мужчины являются одиночками, в силу возраста и наличия инвалидности в быту обслуживаются социальными работниками. Имеют вредные привычки (табакокурение, периодически употребляют алкогольные напитки) 13 мужчин и 15 женщин.

При обследовании у всех пациентов диагностированы соматические заболевания: ИБС – 39 случаев, гипертоническая болезнь – 25, остеопороз – 42, катаракта – 19, гастрит – 18, гепатохолецистит – 15, сахарный диабет – 15, хронический пиелонефрит – 14, хронический бронхит – 12, дальнозоркость – 10, бронхиальная астма – 8, неполное выпадение матки – 8, миома матки – 7, атеросклероз – 8, железисто-кистозная мастопатия – 6, мочекаменная болезнь – 6, эндемический зоб – 5 случаев. Таким образом, на каждого пациента приходилось 5,3 соматических заболевания. Методом денситометрии установлен остеопороз у 42 больных. У женщин названный диагноз имеет непосредственную связь с эстрогенной недостаточностью постменопаузального периода.

При комплексном обследовании установлены следующие диагнозы: базальный перелом шейки бедра со смещением отломков (20 случаев), закрытый субкапитальный перелом шейки бедра (5 случаев), чрезвертельный

перелом тазобедренного сустава (10 случаев), коксартроз (12 случаев), некроз головки бедра (5 случаев). Применялись следующие методы лечения: DHS-фиксатор (10 случаев), двухполюсное эндопротезирование (42 случая). В раннем послеоперационном периоде были осложнения: образование гематом (2,4 %), тромбозы глубоких вен нижних конечностей (4,9 %).

Все пациенты с травмами и заболеваниями тазобедренного сустава и их близкие родственники имели негативную психологическую реакцию на заболевание. При изучении психического статуса применялись методы индивидуального собеседования с пациентами. Все методы исследования проводились после добровольного согласия пациента.

Оценку психоэмоционального состояния пациентов с травмами и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава проводили с применением теста Спилбергера-Ханина и шкалы Цунга. По результатам тестирования пациенты были разделены на 3 группы.

Первую группу с оценкой реактивной тревожности по Спилбергеру-Ханину от 18 до 30 баллов (низкая тревога) составили пациенты (19 человек), состоящие в браке, имеющие благоприятный семейный климат, хорошие жилищные условия. Уровень депрессии по Цунгу оценивался по сумме баллов в первой группе от 50 до 59 баллов – легкая депрессия ситуационного или невротического генеза. Состояние пациенток характеризовалось незначительно выраженной психоэмоциональной напряженностью, не резко выраженной стрессовой реакцией на заболевание и хирургическое лечение. Описанный статус укладывается в характеристику психоэмоциональных расстройств легкой степени.

Вторую группу с оценкой реактивной тревожности от 31 до 45 баллов по Спилбергеру-Ханину и депрессии по Цунгу от 60 до 69 баллов составили пациенты работающие и живущие со взрослыми детьми (18 человек). У данной группы преобладали психоэмоциональные расстройства средней

тяжести и легкая депрессия ситуационного характера, проявляющаяся в снижении настроения, пониженном интересе к собственной жизни и окружающему миру. Описанный статус укладывается в характеристику психоэмоциональных нарушений средней степени.

Третью группу (13 человек) с оценкой реактивной тревожности от 46 до 56 баллов по Спилбергеру-Ханину (высокая тревожность) и по Цунгу от 69 до 70 баллов (депрессия средней степени) составили одинокие пациенты, имеющие сухие, холодные отношения с детьми, обслуживаемые социальными работниками. У пациентов данной группы определялась внутренняя напряженность, озабоченность и беспокойство в связи с ощущением беспомощности и неопределенности. Высокая невротизация определялась в виде повышенной эмоциональной возбудимости (беспокойство, растерянность, раздражительность).

Согласно полученным данным преобладание больных с высоким и средним уровнем ситуационной тревожности и депрессией средней и тяжелой степени при заболевании тазобедренного сустава и хирургическом лечении свидетельствует о напряженности адаптационных механизмов. Ситуация осложняется страхом перед возможной инвалидностью.

Таким образом, у всех пациентов при хирургическом лечении травм и дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава выявляются психологические нарушения, среди которых ведущее место занимают расстройства адаптации. В структуре нервно-психических нарушений у этой категории больных достоверно преобладает астено-депрессивный (51,9 %) и тревожно-депрессивный синдромы (27,2 %).

**Заключение.** Изучение результатов комплексного обследования пациентов с травмами и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава показало, что основным фактором для травм тазобедренного сустава является дисгормональный остеопороз, наиболее

ярко выраженный у женщин постменопаузального периода и связанный с резким снижением функции яичников (эстрогенная недостаточность).

При использовании экспериментально-психологических методов исследования у больных диагностированы депрессивные нарушения с различными сочетаниями тревожных, астенических, ипохондрических и апатических проявлений, в связи с чем, важным аспектом реабилитации больных при хирургическом лечении травм и заболеваний тазобедренного сустава являются вопросы оказания психотерапевтической помощи.

В настоящее время эндопротезирование является самым надежным и затратно эффективным методом из всего арсенала средств хирургического лечения травм и дегенеративно дистрофических заболеваний тазобедренного сустава.

Конечная цель хирургического лечения больных с травмами и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава – бытовая, социальная и психоэмоциональная адаптация пациентов, что во многом позволит улучшить качество их жизни.

### **Выводы**

1. При травмах и дегенеративно-дистрофических заболеваниях тазобедренного сустава в старшей возрастной группе (старше 55 лет) установлен высокий удельный вес соматических заболеваний (5,3 на одного пациента), изменений костной системы (дисгормональный остеопороз).

2. В структуре нарушений психоэмоционального статуса ведущее место занимают расстройства адаптации с преобладанием астено-депрессивного (51,9 %) и тревожно-депрессивного (27,2 %) синдромов.

3. Наиболее эффективным методом хирургического лечения травм и дистрофических заболеваний тазобедренного сустава является эндопротезирование, обеспечивающее социальную и психоэмоциональную реинтеграцию пациентов.

## Список литературы:

1. Айвазян В.П., Чарчан А.Г., Григорян А.С. Медицинская и социальная реабилитация больных пожилого и старческого возраста с переломами шейки бедренной кости // Актуальные вопросы клинической медицины. – Ереван, 1995. – С. 220–222.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М., 2000. – 469 с.
3. Астапенко Д.С., Свешников А.А. Реабилитация больных с остеопаретическими переломами проксимального отдела бедра // Остеопороз и остеоартроз – проблема XXI века. – М., 2009. – С. 35–37.
4. Воронцов С.А. Остеопороз и эндопротезирование тазобедренного сустава // Первый Российский симпозиум по остеопорозу. – М., 1995. – С. 75.
5. Ивачева П.В. Социальная работа в системе здравоохранения: теоретические и методологические аспекты // Госпитальный вестник. – 2005. – № 4. – С. 35–38.
6. Кавлерский В.Г., Мурылев В.Ю., Якимов Л.А. и др. Эндопротезирование тазобедренного сустава у пожилого и старческого возраста // Русский врач. – 2007. – № 5. – С. 60–63.
7. Лазарев А.Ф. Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава // Вестник травматологии и ортопедии. – М., 2003. – № 2. – С. 3–8.
8. Михайлов Е.Е. Эпидемиология переломов бедра в возрастных группах повышенного риска по остеохондрозу // Терапевтический архив. – 1995. – Т. 67, № 10. – С. 39–42.
9. Репина М.А. Период перименопаузы и перспективы помощи женщине. – СПб., 1996. – 26 с.
10. Stromsoe K. Fracture problems in osteoporosis injury. – 2004. – № 35 (2). – P. 107–113.

**Трубин Артур Равилевич** – врач отделения травматологии городского бюджетного учреждения здравоохранения ГKB № 21, г.Уфа, e-mail: [Arturio222@mail.ru](mailto:Arturio222@mail.ru)

Городское бюджетное учреждение здравоохранения ГKB № 21; 450000 г. Уфа, ул. Лесной проезд 3.