



Организационные аспекты комплексного стационарного лечения артрозов крупных суставов

А.А. Раззоков, Н.Ф. Салимов

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Проанализированы результаты комплексного стационарного лечения артрозов крупных суставов у 1353 больных, пролеченных с применением традиционных и предложенных подходов. Последние включали новые механизмы финансирования в виде сооплаты и оптимизированных методов лечения с включением новых схем медикаментозной терапии, терапии стволовыми клетками и современных технологий оперативного лечения (эндопротезирование суставов, артроскопическая санация).

Установлено, что при анализе результатов лечения с применением усовершенствованной объективизированной балльной системы они в группе IA (оптимизированная тактика и традиционное финансирование) составили $81,6 \pm 0,7$ балла, в группе IB (традиционная тактика и традиционное финансирование) – $78,3 \pm 0,3$, в группе IIA (оптимизированная тактика и сооплата) – $84,4 \pm 0,4$ и в группе IIB (традиционная тактика и сооплата) – $79,3 \pm 0,5$. Удельный вес неудовлетворительных результатов (суммарный удельный вес баллов ниже 75) в группе IA составил 17,6%, в группе IB – 32,4%, в группе IIA – 11,4% и в группе IIB – 21,7%.

Результаты до терапии: боль в покое по ВАШ от 7 до 15,2 мм; боль при движении по ВАШ – от 44,0 до 50,0 мм, по шкале WOMAC – от 70,7 до 81,3. После комплексной терапии выявлены следующие результаты: боль в покое по ВАШ от 1 до 3 мм, боль при движении по ВАШ – от 20 до 30 мм, по шкале WOMAC – от 40,7 до 50,2.

Ключевые слова: артрозы, хондропротекторы, артродез, эндопротезирование

Введение. Распространённость артрозов по данным эпидемиологических исследований в разных странах мира составляет от 2200,6 до 6500 на 100000 населения [1,2]. В комплексной терапии артрозов применяется широкий арсенал оперативных и консервативных методов, но тем не менее, в связи с отсутствием эффективных методов восстановления дегенеративно изменённого гиалинового хряща сустава, их результаты не удовлетворяют клиницистов [3,5]. Актуальность проблемы артрозов в Таджикистане обусловлена высокой их частотой из-за чрезмерной распространённости врождённого вывиха бедра и наследственных заболеваний, последствий внутрисуставных переломов, а также применением устаревших методов лечения внутрисуставных повреждений в предыдущие годы, выполнением внутрисуставных операций без артроскопической техники, малодоступностью хондропротекторов для большинства населения по экономическим причинам и другими факторами [4]. Всё вышеизложенное свидетельствует об актуальности настоящего исследования.

Цель исследования – улучшение результатов комплексного стационарного лечения артрозов с применением организационных мер и новых технологий.

Материал и методы. Работа основана на анализе клинического материала по диагностике и стационарного лечения артрозов в травматолого-ортопедических отделениях Национального медицинского центра Республики Таджикистан и Республиканского центра травматологии и ортопедии за 2006-2013 годы. За эти годы в структуре клинического материала (28555 больных) артрозы наблюдались у 1353 (4,7%) больных, из которых 661 (48,9%) составили лица мужского и 692 (51,1%) – женского пола (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АРТРОЗАМИ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ

Возраст в годах	Пол		Итого	
	Муж.	Жен.	Абс.	%
До 14	4	7	11	0,8
15-18	14	21	35	2,6
18-60	207	189	396	29,3
>60	436	475	911	67,3
Итого	Абс.	661	692	1353
	%	49,0	51,0	100,0%

ТАБЛИЦА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ГРУПП

Этап исследования	Характеристика группы	Название группы	Тактика лечения	Финансирование
I (2006-2009 гг.)	основная	IA	оптимизированная	традиционное
	контрольная	IB	традиционная	традиционное
II (2010-2013 гг.)	основная	IIA	оптимизированная	сооплата
	контрольная	IIB	традиционная	сооплата

При артрозах диагностика (помимо клинических данных) проводилась с помощью коленных суставов в прямой и боковой проекциях, также МРТ и ультразвукового исследования для выявления субклинического синовита, оценки состояния менисков и толщины хрящей. При изучении результатов лечения возникла необходимость в применении объективных и стандартизированных универсальных методик, учитывающих особенности различных по характеру патологических процессов. Исходя из этих предпосылок, в качестве прототипа для оценки результатов лечения брали универсальную балльную методику СОИ-1, которая была усовершенствована в работах сотрудников нашей клиники с учётом специфики рассматриваемой патологии. Для оценки интенсивности болевого синдрома в покое и при ходьбе, использовалась Визуальная аналоговая Шкала (ВАШ). Функциональный статус определялся с помощью индекса Лекена (The Lequesne Algofunctional Index). Работа предусматривала установление альгофункционального индекса WOMAC (The Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index).

Результаты и их обсуждение. В возрастном аспекте среди артрозов преобладали лица старше 60 лет (67,3%) и 18-60 лет (29,3%). Развитие артрозов у детей и подростков было обусловлено последствиями внутрисуставных переломов и внутрисуставных оперативных вмешательств. В зависимости от этиологии

артрозов в 961 (71,0%) наблюдении встречались возрастные артрозы, посттравматические артрозы наблюдались у 291 (21,5%) и артрозы на фоне других заболеваний – у 101 (7,5%) пациента (рис.1).

В комплексном лечении артрозов консервативное лечение предпринято у 923 (68,2%), оперативное лечение – у 430 (31,8%) больных (табл. 3).

Среди больных, подвергнутых консервативному лечению (n=923), традиционная терапия предпринята у 469 (50,8%) больных, оптимизированная тактика консервативного лечения – у 454 (49,2%) пациентов.

Консервативное лечение у больных из контрольных групп заключалось в применении доступных и малоэффективных хондропротекторов, либо без этого компонента терапии, по причине недоступности более эффективных хондропротекторов по экономическим причинам. В то же время, большинство больных из этой группы прибегали к санаторно-курортному лечению с использованием местных источников целебных вод и грязелечения. Другие компоненты комплексной терапии не отличались от рекомендуемых в литературе.

Тактика консервативного лечения в основной группе коренным образом отличалась от таковой в контрольной группе.

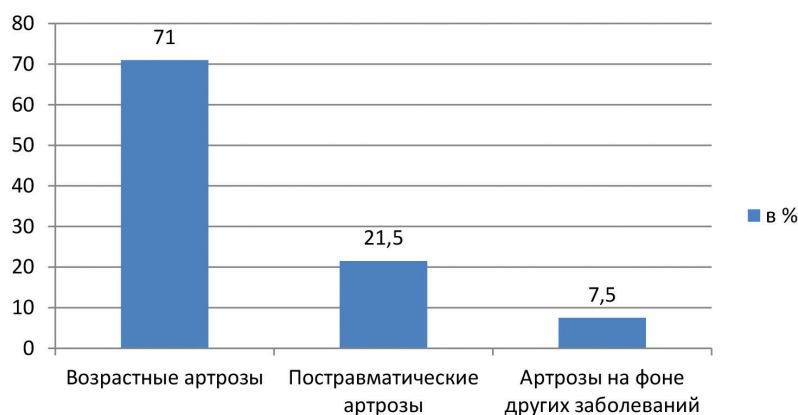


РИС. 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ЭТИОЛОГИИ АРТРОЗОВ



ТАБЛИЦА 3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АРТРОЗОВ В ГРУППАХ

Тактика лечения	Группы				Итого	
	IA	IB	IIA	IIБ	Абс.	%
Консервативное лечение	219	278	235	191	923	68,2
Остеотомии	3	41	49	32	125	9,2
Артродез	11	37	41	19	108	8,0
Эндопротезирование	25	-	127	-	152	11,3
Артроскопическая санация	-	-	45	-	45	3,3
Итого:	Абс.	258	356	497	242	1353
	%	19,1	26,3	36,7	17,9	100,0%

Во-первых, у 25 больных на втором этапе исследования в комплексном лечении артрозов применили внутрисуставное введение стволовых клеток. Исследование проводилось совместно с сотрудниками Центральной научно-исследовательской лаборатории ТГМУ им. Абуали ибни Сино при консультативной помощи профессора Миршохи из медицинского университета Париж-6 (Франция). Лечение проводилось в форме стационара одного дня у больных с артрозами коленных суставов II стадии. Кровь для выделения стволовых клеток брали из грудины или из крыла подвздошной кости в количестве 5 мл, при двусторонних артрозах – 10 мл. Последнюю помещали в специальных пробирках с консервантами и отправляли в лабораторию. После сепарации, спустя 6 часов, стволовые клетки вводились в коленный сустав. Применение стволовых клеток не явилось противопоказанием для проведения других компонентов комплексного лечения.

Во-вторых, по данным нашей клиники, в силу чрезмерной распространённости факторов риска развития остеопороза, наблюдается сочетание артроза с остеопорозом. К факторам риска развития остеопороза следует отнести однообразное питание, чрезмерное употребление минеральных напитков, высокую частоту йоддефицитных заболеваний, ревматизма и болезней мочеполовой системы, а также многодетность с сокращением оптимальных сроков деторождения. В литературе сообщается об отсутствии остеопороза у больных с деформирующими артрозами, т.к. в основе первого лежит резорбция и второго – пролиферативные процессы в костях. Результаты нашего исследования опровергают эту гипотезу. В связи с выраженными проявлениями остеопороза на практике нередко имеет место сочетание этих двух процессов, что диктует внесение коррекций в тактику комплексного лечения. Учитывая эти обстоятельства, в комплексном лечении больных из основных групп нами включена базисная терапия остеопороза остеопоротическими препаратами и артроза хондропротекторами.

В комплексном лечении артрозов применили тактику лечения, состоящую из 3 этапов. Первый этап включал устранение механических факторов (ношение ортопедической обуви, корсета, использования трости), снижение массы тела, разгрузку поражённого сустава, физиотерапию (тепловые процедуры, водолечение), лечебную физкультуру (уменьшить нагрузку на сустав и укрепление мышц), коррекцию осанки и длину нижних конечностей, локальные анальгетики и НПВП (мазь, гель, крем), парацетамол. На втором этапе применили пероральные и ректальные НПВП (мовалис, ациклофенак (азртал), хондропротекторы (терафлекс, артра, дона), лаваш сустава, импланты синовиальной жидкости (остенил, ферматрон, гиалган, дьюралан). При стойком синовите назначали внутрисуставное введение глюкокортикоидов.

На третьем этапе, при неэффективности консервативного лечения, прибегали к оперативному лечению. Остеотомии выполнены у 125 (9,2%) больных в комплексном лечении артрозов I и II степени тазобедренного (111), коленного (5) и голеностопного (9) суставов. В связи с внедрением в клиническую практику эндопротезирования эти операции выполняются без изменения оси поражённой кости.

Артродез (n=108) выполнен у больных с артрозами III стадии. Несмотря на внедрение эндопротезирования, частота выполнения этой операции в Таджикистане не имеет тенденции к снижению. Этот феномен объясняется недоступностью эндопротезирования для основной части населения. Хотя со стороны государства предпринимаются меры для бесплатного или с частичной оплатой выполнения операции, сохраняется диспропорция между нуждающимися и реально выполненными операциями по экономическим причинам.

Распределение больных по локализации артродеза представлено на рисунке 2.

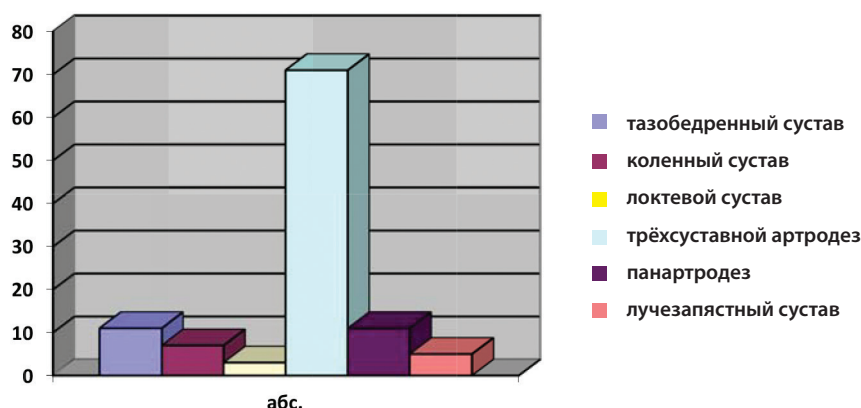


РИС. 2. ЧАСТОТА АРТРОДЕЗА В РАЗЛИЧНЫХ СУСТАВАХ

Отличительной особенностью артродеза у больных из основных групп ($n=52$) явилось выполнение операции с применением металлоконструкций для стабильного остеосинтеза (15) и компрессионно-дистракционного остеосинтеза с преимущественным применением гибридных аппаратов (27).

Эндопротезирование в комплексном лечении артрозов крупных суставов выполнено у 152 (11,2%) больных с тенденцией к увеличению удельного веса на втором этапе исследования по сравнению с первым этапом (соответственно 17,2% и 4,1%). Среди них эндопротезирование тазобедренных суставов выполнено у 141 и коленных у 11 больных. У 37 пациентов операция выполнена с обеих сторон. В клинику также внедрена одномоментная методика эндопротезирования обоих тазобедренных суставов из переднего малотравматичного доступа (9).

Наконец, артростопическая санация коленного сустава при деформирующих артрозах коленного сустава выполнена у 45 (3,3%) больных из основной группы на втором этапе исследования. В последние годы удельный вес больных, которым выполняются операции и консервативное лечение с применением современных технологий и адекватная медикаментозная терапия, имеет тенденцию к увеличению в геометрической прогрессии.

При анализе результатов лечения с применением усовершенствованной объективизированной балльной системы в группе IA установлено $81,6 \pm 0,7$ балла, в группе IB – $78,3 \pm 0,3$, в группе IIA – $84,4 \pm 0,4$ и в группе IIB – $79,3 \pm 0,5$. Удельный вес неудовлетворительных результатов (суммарный удельный вес баллов ниже 75) в группе IA составил 17,6%, в группе IB – 32,4%, в группе IIA – 11,4% и в группе IIB – 21,7%. Результаты до терапии: боль в покое по ВАШ от 7 до 15,2 мм; боль при движении по ВАШ – от 44,0 до 50,0 мм, по шкале WOMAC – от 70,7 до 81,3. После комплексной терапии выявлены следующие результаты: боль в покое по ВАШ от 1 до 3 мм, боль при движении по ВАШ – от 20 до 30 мм, пол шкале WOMAC – от 40,7 до 50,2.

ВЫВОДЫ:

1. В структуре артрозов в Таджикистане в 71,0% встречаются возрастные артрозы, в 21,5% – посттравматические артрозы и в 7,5% – артрозы на фоне других заболеваний.
2. Внедрение новых механизмов финансирования и оптимизированной тактики лечения с внедрением современных технологий способствовали значительному улучшению результатов лечения, что было установлено с применением объективизированных статистических методов исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурянов О.А. Остеоартроз / О.А.Бурянов, Т.М.Омельченко. - Киев, Ленвит. - 2009. - 203 с.
2. Коноваленко В.Н. Остеоартроз: практическое руководство / В.Н.Коноваленко, О.П.Борткевич. - Морион. - 2003. - 447с.
3. Миронов С.П. Ортопедия: национальное руководство / С.П.Миронов, Г.П.Котельников. - М. - 2008.
4. Раззоков А.А. Состояние и перспективы развития травматолого- ортопедической помощи в Таджикистане /А.А.Раззоков [и др.]// Актуальные вопросы клинической медицины: сбор. статей. - Душанбе. -2009. - С.266-272.
5. Herbage D. Biomaterials and cell therapy in cartilage disorder/ D.Herbage, H.ChaJra, L.Galois [et al.] // Bull. Acad. Natl. Ved. -2006. - Vol. 190. - № 7. - P. 1399-1408.



Summary

Organizational aspects of integrated inpatient treatment of arthrosis of large joints

A.A. Razzokov, N.F. Salimov

Chair of traumatology, orthopedics and military surgery Avicenna TSMU

The results of a comprehensive in-patient treatment of arthrosis of large joints in 1,353 patients treated with the use of traditional and proposed approaches are analyzed. These included new funding mechanisms in the form of co-payments and optimized treatment with inclusion of new schemes of drug therapy, stem cell therapy and modern technologies of surgical treatment (endoprosthesis replacement, arthroscopic sanitation).

Analysis of the treatment results by improved objectified scoring system shown in group IA (optimized tactics and traditional financing) $81,6 \pm 0,7$ points, in group IB (traditional tactics and traditional financing) – $78,3 \pm 0,3$, in group IIA (optimized tactics and co-payments) – $84,4 \pm 0,4$ and in group IIB (traditional tactics and co-payments) – $79,3 \pm 0,5$ points. The gravity of poor results (total gravity less than 75 points) in Group IA was 17,6%, in group IB – 32,4%, in the group IIA – 11,4% and in group IIB – 21,7%.

Results prior to therapy: rest pain by VAS from 7 to 15.2 mm; pain in motion by VAS - from 44,0 to 50,0 mm, on a WOMAC scale – from 70,7 to 81,3. After the combined therapy the following results revealed: rest pain by VAS of 1 to 3 mm, pain by VAS motion – between 20 and 30 mm, by WOMAC scale – from 40,7 to 50,2.

Key words: arthrosis, cartilage protector, arthrodesis, arthroplasty

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Раззоков Абдували Абдухамитович –
заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Федина, М.4, дом. 5, кв. 92
E-mail: rfiruz@mail.ru