

2. Котенко В.В., Ланшаков В.А. Посттравматическая дистрофия руки. – М.: Медицина, 1987. – 128 с.
3. Amadio P.C., Mackinnon S., Merrit W.H., Brody G.S., Terzis J.K. Reflex sympathetic dystrophy syndrome: Consensus report of an ad hoc committee of the American Association forand Surgery on the definition of reflex sympathetic dystrophy syndrome // *Plast. Reconst. Surg.* – 1991. – Vol. 87. – № 2. – P. 371-375.
4. Field S., Warwick D., Bannister G. Features of algodystrophy after Colles' fracture // *J. Hand Surg.* – 1992. – Vol. 17B. – № 3. – P. 318-320.
5. Geertzen J.H.B., Bruijij H., Bruijn-Kofman A.T., Arendzen J.H. Reflex sympathetic dystrophy: early treatment and psychological aspects // *Arch. Phys. Med. Rehab.* – 1994. – Vol. 75. – № 4. – P. 442-447.
6. Kline S.C., Holder L.E. Segmental reflex sympathetic dystrophy: clinical and scintigraphic criteria // *J. Hand Surg.* – 1993. – Vol. 18A. – № 5. – P. 853-859.
7. Kozin F. et al. The reflex sympathetic dystrophy syndrome. I. Clinical and histological studies; Evidence for bilaterality, response to corticosteroids and articular involvement // *Am. J. Med.* – 1976. – Vol. 60. – P. 321-330.
8. Pollock F.E., Koman L.A., Smith B.P., Poehling G.G. Patterns of microvascular response associated with reflex sympathetic dystrophy of the hand and wrist // *J. Hand Surg.* – 1993. – Vol. 18A. – № 5. – P. 847-852.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ, ОПЕРИРОВАННЫХ В ФГУ «ПОМЦ ФМБА РОССИИ»

**© Романов С.В.* , Семизоров А.Н.* ,
Доронина М.Н.* , Борисова В.И.***

Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России,
г. Нижний Новгород

Изучение медико-социальная характеристика пациентов с эндопротезированием крупных суставов нижней конечности показало, что большая часть пациентов должна приезжать до и после оперативного вмешательства на осмотр ортопеда из других регионов, что требует от пациентов затрат средств и времени. Среди пациентов преобладали люди пенсионного возраста, с наличием сопутствующих заболеваний, по поводу которых необходимо дополнительное обследование и лече-

* Директор, кандидат медицинских наук, доцент.

* Заместитель заведующего Организационно-методическим отделом, доктор медицинских наук, профессор.

* Заместитель директора.

* Заведующий отделом Экспертизы и контроля качества.

ние. Авторы предполагают использование телемедицинских технологий для предоперационного обследования больных и наблюдения после эндопротезирования в динамике.

Социальная и экономическая значимость проблемы эндопротезирования крупных суставов обусловлена целым рядом факторов. Такой операции подвергаются пациенты с тяжелым поражением суставов различного происхождения [1, 2]. Эти поражения приводят как к снижению качества жизни, так и инвалидности, в том числе трудоспособных людей молодого возраста. Само оперативное вмешательство относится к высокотехнологичным, является сложным.

Для таких вмешательств характерна высокая стоимость лечения и значительное количество разнообразных осложнений (авторы).

Эндопротезирование выполняется пациентам разного возраста, при этом следует учитывать, что до 70 % пациентов старше 50 лет, и они имеют сопутствующие заболевания, требующие своей коррекции.

Целью работы было изучение медико-социальной характеристики пациентов, подвергшихся эндопротезированию тазобедренного и коленного суставов, для дальнейшего совершенствования организации медицинской помощи больным этой категории.

Для этого подверглись анализу статистические данные больных, оперированных в ФГУ «Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России» в 2008-2010 гг.

В общей сложности за этот период времени 510 пациентам с патологией тазобедренного и коленного суставов было выполнено 530 эндопротезирований. Оперативное вмешательство на коленном суставе выполнено 13 пациентам с дегенеративно-дистрофическим поражением (деформирующим артрозам 3 стадии). У 497 больных оперирован тазобедренный сустав, причем у 20 из них эндопротезированию подверглись оба сустава с разницей по времени около 4 месяцев.

В целом в структуре выделенных квот ПОМЦ на оказание высокотехнологичной помощи приписному населению по факту реализации эндопротезирование в 2009 г. составило 17,2 %, а в 2010 г. 13,4 %. Количество оперированных по годам распределялось следующим образом: в 2008 г. было 123 пациента, в 2009 г. – 176, а 2010 г. – 211 чел.

Количество оперированных больных в 2008 г. составили 123. Из них 32 (26,0 %) были жителями Нижнего Новгорода, Нижегородской области – 54 (43,9 %), других регионов – 37 (30,1 %).

Распределение пациентов по месту жительства в 2009 г. несколько изменилось. Из 176 оперированных в Нижнем Новгороде проживали 53 чел. (30,1 %), жителями Нижегородской области были 100 чел. (56,8 %), жителями других регионов были 23 пациента (13,1 %). При общем абсолютном увеличении количества эндопротезирований имелось относительное уве-

лечения пациентов из Нижнего Новгорода и области при одновременном уменьшении количества пациентов из других регионов.

Годом позднее эта тенденция сохранилась. В 2010 г. эндопротезирование выполнено 211 больным. Жителями Нижнего Новгорода были 71 чел. (33,7 %), жителями Нижегородской области были 118 (55,9 %), из других регионов оперированы 22 пациента (10,4 %).

Таким образом, из 510 пациентов с эндопротезированием в ФГУ «ПОМЦ ФМБА России» за период 2008-2010 гг. в Нижнем Новгороде проживало 156 чел., что составило 30,6 % от всех оперированных, в Нижегородской области проживало 272 (53,3 %), в других регионах – 82 (16,1 %).

Среди пациентов с эндопротезированием в разные годы мужчины составляли от 29,9 % до 43,1 %, а целом – одну треть – 187 (36,7 %). Количество женщин было больше – от 56,9 % до 70,1 %.

Как мужчины, так и женщины были разделены на две группы. Одну группу составляли люди до пенсионного возраста, то есть до 60 лет мужчины и до 55 лет женщины, ко второй группе отнесены более старшие пациенты. Выяснено, что мужчины до пенсионного возраста составляли от 21,3 % до 30,9 % в разные годы, а в среднем 25,5 %. Количество оперированных мужчин старше 60 лет было значительно ниже – от 8,5 % до 12,2 %, средняя величина составила 11,2 %.

У женщин такое распределение было обратным. В возрасте до 55 лет количество женщин составило от 13,7 % до 18,7 % (в среднем 16,5 %), а в более старшем возрасте колебания было от 38,2 % до 56,4 %. Средняя величина была 46,8 %.

При обследовании пациентов до оперативного вмешательства у значительного количества их (38,5 %) выявлена сопутствующая патология: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, патология мочеполовой системы и желудочно-кишечного тракта, тромбозы и варикозное расширение вен и др. Как по нашим данным, так и по мнению других авторов, необходима своевременная диагностика и, при необходимости, медикаментозное лечение для предупреждения возможных послеоперационных осложнений. Осложнения, возникающие как во время оперативного вмешательства, так и в раннем послеоперационном периоде, требуют более длительного пребывания больных в стационаре и соответствующего лечения. Стоимость одного койко-дня при оказании высокотехнологичной медицинской помощи у травматолого-ортопедических больных в ПОМЦ составила в 2008 г. 12070 руб., в 2009 г. – 11730 руб., в 2010 г. – 13380 руб.

Любое оперативное вмешательство для имплантации эндопротеза заканчивается рентгенологическим исследованием. В последующем, после выписки больного из стационара, рентгенологическое исследование проводят через 4, 6 и 12 месяцев, а затем 1 раз в год. Такое исследование позволяет оценить состояние конструкции «кость-протез», а также возможные осложнения.

В целом следует сказать, что количество эндопротезирований коленных и тазобедренных суставов нарастает. Это преимущественно женщины пенсионного возраста. Мужчин было относительно меньше и преобладали пациенты трудоспособного возраста. Больные были оперированы в ФГУ «ПОМЦ ФМБА России», расположенном в г.Нижний Новгород, но среди жителей преобладали больные из Нижегородской области и других регионов. В Нижнем Новгороде проживает только одна треть. Для консультативной помощи пациентам как до эндопротезирования, так и после, необходимо приезжать к специалистам-ортопедам в ПОМЦ, что требует времени и экономических затрат.

Считаем целесообразным использовать телемедицинские технологии на этапе предварительного обследования больных, постановке на очередь в стационар для оперативного лечения. Публикации о применении телемедицинских технологий при эндопротезировании достаточно редки [3, 4].

Выписки из историй болезни, амбулаторных карт и оцифрованные рентгенограммы для консультаций достаточно легко переслать электронной почтой, имеющейся практически во всех учреждениях. Это позволит дать рекомендации по дополнительным методам обследования, сократить время обследования до оперативного вмешательства, сократит расходы самих пациентов. Внедрение в практику лечебных учреждений информационных технологий – одно из приоритетных задач Программы модернизации здравоохранения Российской Федерации на 2011-2012 гг.

Список литературы:

1. Ежов Ю.И. Лечение пациентов с переломами шейки бедренной кости / Ю.И. Ежов, О.П. Варварин // Эндопротезирование в России: всерос. монотематич. сб. науч. ст., посвящ. памяти К.М. Сиваша. – Казань; СПб., 2005. – Вып. 1. – С. 146-150.
2. Воронцова Т.Н. Социально-биологическая характеристика пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава (по материалам Федерального регистра эндопротезирования крупных суставов конечностей) / Т.Н. Воронцова // Эндопротезирование в России: всерос. монотематич. сб. науч. ст., посвящ. памяти К.М. Сиваша. – Казань; СПб., 2005. – Вып. 1. – С. 132-136.
3. Челноков А.Н. Оценка исходов эндопротезирования тазобедренного сустава – возможности Web-технологий / А.Н. Челноков, М.Н. Поляк, В.Н. Бабушкин, Е.В. Рейно // Эндопротезирование в России: всерос. монотематич. сб. науч. ст., посвящ. памяти К.М. Сиваша. – Казань; СПб., 2005. – Вып. 1. – С. 201-208.
4. Владимирский А.В. Опыт телеконсультирования при планировании эндопротезирования / А.В. Владимирский, А.И. Канзюба, А.Ю. Магомедов // Эндопротезирование в России: всерос. монотематич. сб. науч. ст., посвящ. памяти К.М. Сиваша. – Казань; СПб., 2005. – Вып. 1. – С. 18-22.