УДК 616-08; 616-001; 614

М. В. Попов, К. Н. Мовчан, А. Х. Алборов, Е. Б. Лапшинов, А. А. Хасанов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖИТЕЛЕЙ МАЛЫХ ГОРОДОВ И СЕЛЬСКИХ ПОСЕЛЕНИЙ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Результаты оказания медицинской помощи пациентам при травмах и заболеваниях системы опоры и движения нередко продолжают оставаться неудовлетворительными [1–6]. Одна из причин неудач лечения таких больных — гнойные осложнения, наиболее тяжелым из которых является остеомиелит (ОМ) [7–11]. Условия оказания медицинской помощи пациентам с ОМ, проживающим вне региональных административных центров, в муниципальных учреждениях здравоохранения (МУЗ), существенно отличаются от таковых в ЛПУ мегаполисов [12–14]. В целях изучения возможностей оптимизации результатов лечения ОМ у данной категории граждан проанализирована эффективность лечебных мероприятий у больных хроническим ОМ в одном из МУЗ Ленинградской области — Кировской центральной районной больнице (Кировская ЦРБ).

Материалы и методы исследования. Из 104 пациентов с хроническим ОМ, госпитализированных в МУЗ «Кировская ЦРБ» с 2000 по 2006 г. результаты лечения в ближайшие сроки (от 3-х месяцев до 1 года) прослежены в 100 % наблюдений, а в отдаленные (1 год и более) сроки — у 91 (87,5 %) больного. Изучение результатов лечения в ближайшие сроки проводилось с целью профилактики послеоперационных осложнений и ранних рецидивов, а в отдаленные сроки — для оценки эффективности выбранного способа лечения. Критериями полного выздоровления являлись: стойкое (без свищей) заживление раны при соответствующей рентгенологической картине (отсутствие секвестров) и контрольное время — пять лет, в течение которого не отмечались обострения гнойного процесса.

Результаты и их обсуждение. Из 104 пациентов с хроническим ОМ, проходивших лечение в Кировской ЦРБ, в 58 (55,8 %) клинических наблюдениях проводилась различного рода консервативная терапия, включающая в обязательном порядке антибактериальные, противовоспалительные и анальгетические препараты. С использованием хирургических методов лечение проводилось 46 (44,2 %) пациентам. Результаты оказания медицинской помощи больным ОМ консервативными и хирургическими технологиями прослежены в сравнении.

При устранении очага остеомиелита в МУЗ «Кировская ЦРБ» умер 1 пациент. Смерть наступила при явлениях острой коронарной недостаточности в раннем послеоперационном периоде после секвестрэктомии. Таким образом, послеоперационная летальность составила 2,2 %.

© М. В. Попов, К. Н. Мовчан, А. Х. Алборов и др., 2009

Таблица 1

Виды оперативных вмешательств, проводимых больным ОМ

Вид оперативного вмешательства	Число наблюдений, абс. (%)
Вскрытие, дренирование остеофлегмоны	17 (37)
Хирургическая обработка очага ОМ	10 (21,7)
Удаление внутренних фиксирующих конструкций	5 (10,9)
Демонтаж наружных фиксирующих устройств	2 (4,4)
Ампутация сегмента конечности	6 (13)
Иссечение, ревизия свища под наркозом	6 (13)
Всего оперативных вмешательств	46 (100)

Из данных, представленных в табл. 1, следует, что чаще всего осуществлялись паллиативные вмешательства, направленные на санацию осложнений ОМ, а не на ликвидацию самого патологического процесса. Поскольку одним из наиболее частых осложнений ОМ, обусловливающим необходимость госпитализации пациента, является флегмона — диагностирована у 22 (21,2 %) больных, самым распространенным оперативным вмешательством было ее вскрытие и дренирование — в 17 (37 %) клинических наблюдениях. Привлекает внимание и распространенность ампутаций конечностей — выполнены 17 (13 % всех оперативных вмешательств) пациентам. Частое применение инвалидизирующих оперативных вмешательств у жителей провинции связано с высокой частотой случаев ОМ, не подлежащих органосохраняющему лечению. Несомненно также, что у хирургов муниципальных медицинских учреждений отсутствует мотивация к проведению длительного, многоэтапного лечения больных с ОМ.

На рис. 1 видно, что частота рецидивирования ОМ при лечении больных в МУЗ «Кировская ЦРБ» высока (38,5 %).

Наименьшее число случаев рецидивов заболевания наблюдается при поражении гнойно-деструктивным процессом костей кисти (главным образом фаланг пальцев). Наихудшие результаты оказания медицинской помощи наблюдались при локализации очага ОМ в области бедренной кости — частота рецидивов заболевания составила 70,7 %, при преимущественном консервативном лечении ОМ данной локализации — у 27 (65,9 %) пациентов и паллиативном характере хирургического лечения (табл. 2).

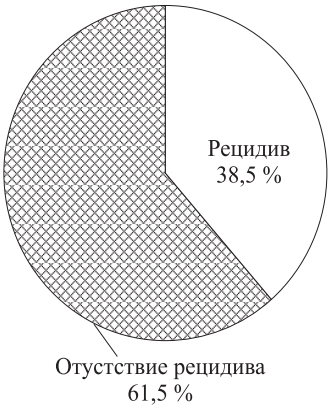

Рис. 1. Удельный вес рецидивов остеомиелита среди пациентов, прошедших лечение в МУЗ «Кировская ЦРБ» в 2000–2006 гг.

Данные в табл. 3 иллюстрируют тот факт, что при консервативном методе лечения больных хроническим ОМ в МУЗ «Кировская ЦРБ» частота рецидивов заболевания оказалась несколько выше — 24 (41,4 %) клинических наблюдения, чем при хирургическом — 16 (34,8 %) случаев. Обращает на себя внимание преобладание ранних (в течение 6 месяцев после проведенного лечения) рецидивов — у 25 (24 %) пациентов, в то время как поздние — у 16 (15,4 %) больных.

Распределение случаев рецидивов ОМ с учетом времени их возникновения и вида проводившегося лечения показано в табл. 4.

Таблица 2

Частота рецидивов ОМ с учетом локализации очага костной деструкции

Локализация очага	Число наблюдений	Число рецидивов, абс. (%)
Плечо	3	–
Предплечье	5	1 (20)
Кисть	7	–
Бедро	41	29 (70,7)
Большеберцовая кость	20	3 (15)
Стопа и голеностопный сустав	26	7 (26,9)
Другая локализация	2	–
Всего	104	40 (38,5)

Таблица 3

Результаты лечения больных с ОМ

Вид лечения	Число наблюдений, абс. (%)			Всего
	Стойкая ремиссия	Поздний (спустя 6 месяцев и более) рецидив	Ранний (в течение 6 месяцев) рецидив	
Оперативное	29 (27,9)	10 (9,6)	7 (6,7)	46 (44,2)
Консервативное	34 (32,7)	6 (5,8)	18 (17,3)	58 (55,8)
Всего	63 (60,6)	16 (15,4)	25 (24)	104 (100)

Таблица 4

Частота рецидивов ОМ с учетом времени возникновения и вида лечения

Сроки развития рецидива ОМ	Число рецидивов ОМ (%) при лечении		
	консервативном	оперативном	всего
До 6 месяцев	18 (45)	7 (17,5)	25 (62,5)
От 6 месяцев до 1 года	2 (5)	5 (12,5)	7 (17,5)
От 1 до 2 лет	3 (7,5)	2 (5)	5 (12,5)
От 2 до 5 лет	1 (2,5)	2 (5)	3 (7,5)
Всего	24 (60)	16 (40)	40 (100)

При анализе данных, представленных в табл. 4, становится очевидно, что в 62,5 % случаев (25 человек) рецидивы хронического ОМ наблюдались в срок до 6 месяцев после выписки из стационара. При этом в большинстве наблюдений (18 человек — 31 %) эти больные проходили консервативное лечение.

Наилучшие результаты лечения пациентов с ОМ достигались при сроках, не превышающих 6 месяцев (частота рецидивов — 25 %). При длительности заболевания более 2 лет результат лечения, как правило, оказывался неудовлетворительным — частота рецидивов составляла 48 % (табл. 5). В основном (58,7 %) в этих случаях пациенты проходили консервативное лечение.

Таблица 5

Частота рецидивов ОМ с учетом длительности заболевания

Длительность наличия симптомов ОМ	Число рецидивов, абс. (%)
До 6 месяцев	7 (25)
От 6 месяцев до 1 года	4 (30,8)
От 1 до 2 лет	2 (28,6)
Более 2 лет	27 (48)
Всего	40 (100)

Сведения о частоте возникновения случаев рецидивов ОМ в зависимости от вида проведенного оперативного лечения показаны в табл. 6.

Таблица 6

Частота рецидивов ОМ с учетом вида хирургического вмешательства

Хирургическое вмешательство	Число случаев рецидивов (%)	Всего
Вскрытие, дренирование остеофлегмоны	11 (64,7)	17
Хирургическая обработка очага остеофлегмоны	2 (20)	10
Удаление внутренних фиксирующих конструкций	2 (40)	5
Демонтаж наружных фиксирующих устройств	–	2
Ампутация сегмента конечности	–	6
Иссечение, ревизия свища под наркозом	1 (16,7)	6

Как следует из данных табл. 6, наибольшая частота рецидивов (64,7 %) наблюдалась при вскрытии и дренировании остеофлегмоны. Наименьшее число рецидивов имело место после ампутации сегмента конечности и демонтаже наружных фиксирующих устройств.

Рис. 2. Удельный вес рецидивов остеомиелита среди пациентов, прооперированных в МУЗ «Кировская ЦРБ» в 2000–2006 гг. (n = 46)

Суммарные сведения о частоте рецидивов хронического ОМ у больных, получивших лечение с использованием хирургических методов в МУЗ «Кировская ЦРБ», представлены на рис. 2, на котором видно, что неудовлетворительные результаты хирургического лечения ОМ в МУЗ «Кировская ЦРБ» наблюдаются у каждого третьего больного, оперированного по поводу данной патологии.

Таким образом, медицинская помощь пациентам с хроническим ОМ разной локализации, проживающим в малых городах и сельских поселениях, в учреждениях здравоохранения муниципального ранга часто оказывается не на должном уровне по причине высокой частоты рецидивов остеомиелитического процесса, которые констатируются не менее чем у каждого третьего больного. Причины подобных результатов — в недостаточной эффективности лечебных мероприятий, среди которых преобладают методики консервативного лечения.

При хирургической коррекции патологии в МУЗ превалируют паллиативные методики. Патогенетически обоснованные виды лечения ОМ в МУЗ практически не осуществляются. По данным специалистов крупных клиник, процент излечения ОМ без применения современных методов реконструктивно-пластической хирургии невысок [4, 8, 10, 15]. Нельзя не учитывать и некоторый консерватизм во взглядах хирургов МУЗ и менталитет сельского населения, обращающегося за медицинской помощью при далеко зашедшем процессе хронического ОМ. Остаются открытыми и вопросы доступности высокотехнологичных видов медицинской помощи жителям малых городов и сельских поселений при ОМ.

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости поиска путей оптимизации оказания медицинской помощи при ОМ жителям малых городов и сельских поселений. Опыт показывает важность как технологического, так и организационно-методического совершенствования медицинской помощи больным ОМ в провинциальных МУЗ с индивидуальным подходом к пациентам на всех уровнях медицинского обеспечения.

Литература

1. *Гринев М. В*., *Громов М. И*., *Комраков В. Е*. Хирургический сепсис. СПб., 2001. 315 с.
2. *Корнилов Н. В.* Актуальные вопросы организации травматологической помощи // Травмат. и амбулат. хирургия. 2004. № 1(2). С. 3–5.
3. *Оноприенко Г. А*., *Буагидзе О. М*., *Есмин А. В. и др*. Хирургическое лечение больных с хроническим гнойным поражением костей и крупных суставов конечностей // Хирургия. 2005. № 8. С. 29–35.
4. *Рак А. В*., *Никитин Г. Д*., *Линник С. А. и др*. Хронический остеомиелит и его лечение // Тез. докл. VII съезда травматологов-ортопедов России. 2002. Т. 1. С. 355–356.
5. *Ромашов П. Г*., *Ермаков Е. А*. Патология костно-мышечной системы как массовая геохимическая эндемия // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии: VIII обл. науч.-практ. конф. травматологов-ортопедов и хирургов Ленингр. обл. СПб., 2002. С. 50–51.
6. *Шевцов В. И*. Современные проблемы травматологии и ортопедии: Матер. конф., посвящ. 80-летию ЦИТО им. Н. Н. Приорова. М., 2001. С. 62–69.
7. *Амирасланов Ю. А*., *Светухин А. М*., *Борисов И. В*. Современные принципы хирургического лечения хронического остеомиелита // Инфекции в хирургии. 2004. № 2. С. 8–13.
8. *Гринев М. В*. Остеомиелит. Л., 1977. 152 с.
9. *Ефименко Н. А*., *Шаповалов В. М*., *Овденко А. Г*. Хирургическая инфекция при боевых повреждениях опорно-двигательного аппарата // Воен.-мед. журн. 2007. № 5. С. 25–36.
10. *Рак А. В.*, *Никитин Г. Д*., *Линник С. А. и др*. Остеомиелит таза, остеоартрит тазобедренного сустава и их ортопедические последствия: Хирургическое лечение. СПб., 2007. 503 с.
11. *Khatod M*., *Botte M. J*., *Hayt D. B. e. a.* Outcomes in open tibia fractures; relationship between delay in treatment and infection // J. Trauma. 2003. № 55 (5). P. 949–954.
12. *Лапшинов Е. Б*., *Мовчан К. Н*., *Линник С. А. и др*. Организационно-методические подходы к улучшению результатов лечения жителей провинции при остеомиелите // Высокотехнологичные виды медицинской помощи в травматологии и ортопедии. СПб., 2005. С. 119–120.
13. *Линник С. А.*, *Мовчан К. Н*., *Ткаченко А. Н. и др*. Роль организации в улучшении результатов лечения больных остеомиелитом, проживающих в малых городах и сельских поселениях // Травматология и ортопедия России. 2008. № 3 (49). Приложение. С. 53.
14. *Ткаченко А. Н*. Научное обоснование системы травматолого-ортопедической помощи участникам боевых действий, проживающим в малых городах и сельских поселениях: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. СПб., 2008. 39 с.
15. *Никитин Г. Д.*, *Рак А. В*., *Линник С. А. и др*. Хирургическое лечение остеомиелита. СПб., 2000. 288 с.

Статья принята к печати 18 июня 2009 г.