

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТЕОАРТРОЗОМ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

М.Б. Негреева, В.А. Шендеров, И.Г. Клименко

(ГУ Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН, директор — член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Е.Г. Григорьев, г. Иркутск научно-клинический отдел нейрохирургии и ортопедии, зав. — д.м.н. В.А. Сороковиков)

Резюме. Представлены основные направления инновационного проекта «Внедрение комплексной ранней диагностики и индивидуальной коррекции нарушений тазобедренных и коленных суставов в медико-социальное обеспечение жителей Иркутской области», разработанного авторами статьи и экспонируемого на «Инновационном форуме 2008». При лечении больных с начальными стадиями остеоартроза наиболее эффективным является метод артроскопии, а при тяжелой суставной патологии инвалидов — эндопротезирование. Приоритет в своевременном выявлении и профилактике, как заболеваний суставов, так и дестабилизации эндопротезов после их имплантации, принадлежит биомеханическим исследованиям ходьбы.

Ключевые слова: тазобедренный и коленный суставы, остеоартроз, инновации, биомеханическая экспертиза, артроскопия, эндопротезирование, Иркутская область.

Профилактика заболеваний и высокотехнологичная медицинская помощь населению — основные направления развития отечественного здравоохранения — неразрывно связаны с повышением активности научной и инновационной деятельности [5].

Настоящая работа базируется на результатах многолетних научных исследований и практического опыта лечения больных остеоартрозом в Иркутском НИИ травматологии и ортопедии ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН.

Остеоартроз это заболевание, наиболее часто поражающее тазобедренные и коленные суставы, проявляется болью и уменьшением подвижности в них, постепенно приводит к нарушению ходьбы, отрицательно сказываясь на трудовой деятельности и качестве жизни больных, неизбежно пополняющих контингент инвалидов.

Значимость этой проблемы для экономики и социальной сферы Иркутской области обозначена тем, что у населения в структуре первичной инвалидности при патологии опорно-двигательной системы артрозы крупных суставов находятся на первом месте [12].

В настоящее время достаточно эффективных средств, для предупреждения остеоартроза, не установлено. Вместе с тем, доказано, что комплексный подход к лечению на начальных стадиях развития заболевания, способен существенно замедлить прогрессирование патологического процесса.

К сожалению, до сих пор в широкой клинической практике недостаточно оценены и используются существующие возможности ранней диагностики заболеваний суставов [1]. В связи с чем, в аспекте социальной значимости, фактически речь идет не о профилактике и своевременном консервативном или малоинвазивном оперативном лечении больных, а, главным образом, о радикальной хирургической реабилитации инвалидов.

На сегодня, по данным Департамента здравоохранения Иркутской области, около тысячи нуждающихся находятся в состоянии «фиксированной» очередности на высокотехнологичную хирургическую реабилитацию методом эндопротезирования тазобедренных и коленных суставов.

Цель работы — оптимизация оказания специализированной ортопедической помощи в Иркутской области путем создания лечебно-диагностического комплекса индивидуальной коррекции начальных нарушений суставов у больных остеоартрозом и тяжелой суставной патологии у инвалидов.

Основные составные части лечебно-диагностического комплекса:

Биомеханическая экспертиза функционального состояния опорно-двигательной системы практически здоровых людей, больных и инвалидов.

Коррекция нарушений суставов у больных и инвалидов:

— консервативное лечение,

— артроскопическая диагностика и лечение внутрисуставных повреждений,

— корригирующие околосуставные остеотомии.

Радикальная хирургическая реабилитация инвалидов методом эндопротезирования суставов:

— тотальное одно- и двустороннее эндопротезирование тазобедренных суставов,

— эндопротезирование коленных суставов,

— ревизионное эндопротезирование суставов.

Анестезиологическое обеспечение при эндопротезировании суставов.

Этапы реализации комплекса: амбулаторно-поликлинический, стационарный, санаторный.

Биомеханическая экспертиза. С нарушениями ходьбы повседневно приходится сталкиваться разным специалистам практического здравоохранения, медико-социальной экспертизы и страховых компаний, которые вынуждены оценивать ее, главным образом, визуально. Такая субъективная оценка данной функции не только разноречива, но и не сопоставима в динамике при лечении и реабилитации инвалидов, и что особенно важно, при осуществлении диспансеризации больных и профосмотров отдельных контингентов населения.

Вместе с этим, в медицине уже нашли свою нишу биомеханические исследования ходьбы, позволяющие дать объективную оценку функционального состояния опорно-двигательной и других систем организма. Так, биомеханические исследования методом подографии показали, что бытующее по-

нятие хромоты, как проявление патологии опорно-двигательной системы, может быть объективно зарегистрировано на доклинической и ранней стадии заболевания суставов, еще до констатации клинкорентгенологических нарушений.

Задачи биомеханической экспертизы:

- раннее выявление и коррекция функциональных отклонений ходьбы у считающихся здоровыми детей, подростков и взрослых;
- дифференцированная диагностика функциональных нарушений у больных с патологией опорно-двигательной системы;
- определение функциональных резервов у инвалидов с нарушениями функции ходьбы для медико-социальной экспертизы (МСЭ) и последующей хирургической реабилитации;
- контроль качества консервативной и оперативной медицинской помощи больным, а также реабилитации инвалидов методом эндопротезирования суставов;
- диспансерное наблюдение больных после консервативного лечения и инвалидов после эндопротезирования суставов.

Для исследования ходьбы предложена оригинальная функционально-нагрузочная технология ихно— и подографии на замкнутом стенде, включающем горизонтальный, наклонный и лестничный участки передвижения, а также устройстве, позволяющем выравнивать и/или создавать разницу длины ног [а.с. № 820803, патенты № 1802698, 2219837 РФ].

Данный комплекс с использованием рельефа, темпа, расстояния и времени позволяет создавать различные режимы двигательной нагрузки для выявления индивидуальных особенностей ходьбы и функциональных резервов обследуемых [7,11,15]. Стационарный статус комплекса обеспечивает идентичность условий и сопоставимость результатов исследований ходьбы у одних и тех же пациентов в динамике при диспансеризации.

Биомеханическая экспертиза на доклинической и ранней стадии заболевания суставов позволяет количественно оценить опороспособность нижних конечностей, функцию переката стопы и степень хромоты до и после коррекции.

Коррекция нарушений суставов. Основная задача консервативного лечения в доклинической и ранней стадии заболевания суставов замедлить развитие остеоартроза, а при хирургической коррекции оптимизировать результаты оперативного вмешательства.

Консервативное лечение включает медикаментозное воздействие общесоматическое и локальное, в том числе внутрисуставное, а также немедикаментозные корригирующие технологии, среди которых:

- ортопедическая коррекция распределения нагрузки в суставах с помощью ортопедических изделий (средств дополнительной опоры, супинаторов, индивидуальных стелек для стопы, брейсов и др.),
- коррекция отклонений ходьбы больных в специально созданных условиях передвижения под контролем биомеханических исследований, которая может быть применена как при начальных стадиях остеоартроза, так и после хирургического лечения.

Артроскопическая диагностика и лечение

суставов. Наряду с консервативным лечением ранних стадий остеоартроза существуют малоинвазивные методы хирургической коррекции суставных нарушений, позволяющие проводить диагностические манипуляции и оперативные вмешательства малотравматично, с максимальной эффективностью и безопасностью для пациента.

Усовершенствована артроскопическая диагностика и коррекция нарушений суставов [патенты № 2242946, 2269285, 2264185, 2301034 РФ] для:

- выявления, дифференцированной диагностики и объективной оценки внутрисуставных повреждений;
- определения показаний и выбора способа лечения;
- обоснования медикаментозной имплантации, включая хондропротекторы и искусственную суставную жидкость;
- адекватного органосберегающего лечения;
- раннего восстановления функции сустава и активизации пациента;
- динамического контроля и прогнозирования развития заболевания.

Артроскопия как метод диагностики незаменима при ранних стадиях заболеваний и свежих повреждениях коленного сустава, сложность строения которого затрудняет определение внутрисуставных повреждений с помощью традиционных методов исследования [2,3,4,]. Доказано, что раннее выявление внутрисуставных повреждений и их своевременное оперативное лечение позволяет замедлить развитие заболевания.

Применение артроскопической диагностики и коррекции у пациентов с ранними стадиями остеоартроза позволяет отодвинуть и/или отсрочить эндопротезирование суставов.

Корригирующие околосуставные остеотомии. Известна хирургическая коррекция суставных нарушений с помощью рассечения бедренной или большеберцовой кости и перемещения точек прикрепления окружающих связок и мышц в области коленного сустава для исправления оси конечности и нагрузки на хрящевую поверхность.

В начальных стадиях заболевания коленного сустава это позволяет разгрузить наружный или внутренний компартмент (сочленяющиеся поверхности соответствующего мыщелка бедра и противостоящей части тибияльного плато), сбалансировать натяжение связочного аппарата и других мягкотканых структур и устранить или предупредить развитие вальгусной или варусной деформации. Оптимизация оси нагрузки и кинематики сустава приводит к стойкому многолетнему улучшению его функции, позволяющему отсрочить эндопротезирование, что особенно важно для пациентов молодого возраста.

В случае значительных деформаций, вызванных развитием дегенеративного процесса или посттравматическими изменениями, остеотомия, предшествующая эндопротезированию, приводит или приближает анатомию сустава к норме. В последующем при появлении необходимости эндопротезирования сустава уже не требуется аутопластика, применение металлических спейсеров, или массивной цементной прослойки. Скорректированные анатомические условия способствуют хорошей и продолжительной функции эндопротезированного сустава.

Эндопротезирование суставов.

Эндопротезирование — операция замены пораженного сустава искусственным — является ведущим и наиболее эффективным методом хирургического лечения и реабилитации при тяжелой суставной патологии [13]. Избавляя от боли, устраняя неравенство длины ног, восстанавливая подвижность в суставах, обеспечивая опороспособность и ходьбу, эндопротезирование возвращает инвалида в активную социальную жизнь.

В Иркутском НИИТО хирургическая реабилитация инвалидов методом эндопротезирования суставов проводится с 1975 г. Особую сложность представляет лечение и реабилитация инвалидов с тяжелой двусторонней патологией тазобедренных суставов с функциональной декомпенсацией опорно-двигательной системы в целом.

С 1997 г. предпринят новый подход к осуществлению эндопротезирования обоих тазобедренных суставов одноэтапно в один операционный день и, по индивидуальным показаниям, последовательно через 2-3 недели в одну госпитализацию [9,14].

С 1999 г. радикальная хирургическая реабилитация инвалидов пополнена новым в Иркутской области высокотехнологичным методом одно- и двустороннего эндопротезирования коленных суставов.

Наряду с первичным эндопротезированием, в регионе становится все актуальнее сложная проблема ревизионной замены имплантированных суставов. Ее индивидуальное решение обеспечивается с учетом возраста, соматического статуса и тщательным подбором соответствующих конструкций эндопротезов.

В свете этой проблемы возрастает значимость диспансерного наблюдения за пациентами с искусственными суставами [8,10]. Включение в него биомеханических исследований позволяет своев-

ременно выявить функциональные отклонения ходьбы, связанные с нарушениями как природного, так и искусственного суставов.

Анестезиологическое обеспечение при эндопротезировании суставов. Анестезиологическое обеспечение является важным фактором успешного хирургического лечения больных с тяжелой суставной патологией. Пациенты, которым показано эндопротезирование тазобедренного сустава, представляют группу повышенного риска не только по возрастному критерию и сопутствующей патологией органов и систем жизнедеятельности, но и в связи с травматичностью самой операции.

Усовершенствованная система анестезиологического обеспечения, включающая эффективное обезболивание на всех этапах хирургического вмешательства, адекватную программу восполнения кровопотери и профилактики осложнений (жировой гиперглобулемии), позволяющая повысить безопасность пациентов и улучшить результаты эндопротезирования суставов, а также расширить показания к хирургическому лечению у пациентов старших возрастных групп [6].

Таким образом, научные разработки и новации позволяют усовершенствовать специализированную помощь больным остеоартрозом.

Проект адаптирован в научно-исследовательской работе и клинической практике НИИТО, его отдельные направления — в медицинских учреждениях практического здравоохранения города Иркутска, где оказывается ортопедическая помощь больным и инвалидам с суставной патологией.

Оптимальной формой реализации этого инновационного проекта для медико-социального обеспечения Иркутской области является образование регионального центра биомеханической экспертизы, ортопедии и эндопротезирования суставов.

PERFECTION OF SPECIALIZED MEDICAL AID TO PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS IN IRKUTSK REGION

M.B. Negreeva, V.A. Shenderov, I.G. Klimenko
(Scientific Center of Reconstructive Surgery SD ESSC of RAMS)

The paper presents the main directions of innovative project «Introduction of complex early diagnosis and individual correction of disorders of knee and hip joints into medical and social provision of Irkutsk region population» that was developed by the authors of the article and exhibited at «Innovation Forum 2008». Arthroscopy is the most effective method in treatment of patients with initial stages of osteoarthritis. At severe degree of joint pathology of the disabled we use endoprosthesis. Biomechanical study of walking has special significance for early diagnosis and prevention of diseases of joints and destabilization of endoprotheses after their implantation.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баитов В.С. Современные возможности диагностики и консервативного лечения остеоартроза коленного и тазобедренного суставов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 2007. — 23 с.
2. Клименко И.Г. Травматический синовит при повреждениях менисков коленного сустава: Дис. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 1996. — 130 с.
3. Клименко И.Г. Способ лечения деформирующего артроза коленного сустава (сообщение 1) // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2007. — № 8. — С. 71-73.
4. Клименко И.Г. Способ лечения деформирующего артроза коленного сустава (сообщение 2) // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2008. — № 1. — С. ...
5. Кутепов С.М. Интеграция медицинской науки и образования — инновационный путь развития отече-

- ственного здравоохранения // Сборник тезисов докладов VIII съезда травматологов-ортопедов России «Травматология и ортопедия XXI века» — Самара, 2006. — С. 87-88.
6. Мышков Г.А. Система анестезиологического обеспечения при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава: дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 2005. — 159 с.
7. Негреева М.Б. Закономерности и механизмы изменения шаговой локомоции у больных с патологией тазобедренного сустава: Дис. ... канд. биол. наук. — Иркутск, 1995. — 129 с.
8. Негреева М.Б., Шендеров В.А., Волюнец И.В. Некоторые аспекты реабилитации инвалидов с избыточным весом при эндопротезировании тазобедренных

суставов // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2005. — № 2. — С. 119.

9. Негреева М.Б., Шендеров В.А. Биомеханические особенности восстановления функции нижних конечностей после одноэтапного эндопротезирования тазобедренных суставов // II Международный конгресс «Восстановительная медицина и реабилитация 2005». — М., 2005. — С. 56–57.

10. Негреева М.Б., Шендеров В.А., Волюнец И.В. Биомеханические аспекты использования средств дополнительной опоры у больных при тотальном эндопротезировании тазобедренных суставов // Современные технологии в травматологии и ортопедии: Конференция с международным участием. — М., 2005. — С. 254–255.

11. Негреева М.Б., Шендеров В.А. Функциональные подходы в индивидуальной реабилитации больных с патологией опорно-двигательной системы // Материалы III международного конгресса «Восстановительная медицина и реабилитация 2006». — М., 2006. — С. 83–84.

12. Сидорова Г.В., Гаркуша Л.Г., Денисова З.Г. и др. Система реабилитации больных с последствия-

ми травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Современные технологии реконструктивно-восстановительной хирургии ОДС», г. Хабаровск. — Хабаровск, 2007. — С. 100 — 103.

13. Шендеров В.А. Тотальное сохранный-корректирующее эндопротезирование тазобедренного сустава: Дис. ... докт. мед. наук. — Иркутск, 1991. — 344 с.

14. Шендеров В.А., Писклов С.С. К проблеме одноэтапного двустороннего тотального эндопротезирования тазобедренных суставов конструкцией // Материалы II Российского национального конгресса «Человек и его здоровье». — СПб., 1997. — С. 102–103.

15. Шендеров В.А., Негреева М.Б. Функционально-нагрузочная подография в системе комплексной реабилитации инвалидов методом тотального эндопротезирования тазобедренного сустава // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Современные технологии реконструктивно-восстановительной хирургии ОДС». — Хабаровск, 2007. — С. 330 — 332.

ОБРАЗ ЖИЗНИ. ЭКОЛОГИЯ

© АГЕЕВ В.А., БЕЛИНСКАЯ Е.И. — 2008

ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРЕДРАК И РАК ШЕЙКИ МАТКИ ПО МАТЕРИАЛАМ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №1 Г. ИРКУТСКА (1989-2001 ГОДЫ)

В.А. Агеев, Е.И. Белинская

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра патологии с курсом клинической иммунологии и аллергологии, зав. — д.м.н., проф. И.Ж. Семинский, МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл. врач — Л.А. Павлюк)

Резюме. На основе изучения собственного материала нами была отмечена тенденция в распространенности и структуре фоновых и предраковых заболеваний шейки матки в г. Иркутске в 1999-2001 гг. в сравнении с 1989-1991 гг. Представлен анализ заболеваемости раком шейки матки за последние 10 лет.

Ключевые слова: эндоцервикоз, лейкоплакия, дисплазия, инфекции передаваемые половым путем (ИППП), вирус папилломы человека (ВПЧ).

Адрес для переписки: 664046, Иркутск, ул. Байкальская, 118, доценту Агееву Владимиру Александровичу.

Рак шейки матки занимает 5 место в структуре онкологической заболеваемости в мире, 1 место среди всех злокачественных новообразований женских половых органов. [7, 9, 10]. В РФ ежегодная заболеваемость раком шейки матки составляет 15,99 на 100 000 женского населения [1, 8]. В 2006 году заболеваемость раком шейки матки в Иркутске составила 26,1 на 100 000 женщин. Пик инвазивного рака шейки матки приходится на 50 лет [1, 15, 16]. В последние годы отмечается рост частоты возникновения инвазивного рака шейки матки среди женщин молодого возраста. [1, 13, 15, 16].

С современных позиций патологические изменения на шейке матки принято разделять на фоновые процессы (истинные эрозии, эндоцервикозы, лейкоплакия, полипы), предраковые (дисплазии) и опухолевые процессы (рак на месте, микроинвазивный рак, инвазивный рак). Инвазивный рак не возникает одномоментно, в своем развитии он проходит ряд стадий: гиперплазия, 3 степени дисплазии, рак на месте, рак на месте с микроинвазиями и собственно инвазивный рак [3, 7, 10, 13, 14, 15, 16, 17]. По данным литературы [3, 5, 13] интервал между выявлением слабой дисплазии и раз-

вития рака на месте составляет 6 лет, умеренной 3 года, а тяжелой 1 год. Разница в среднем возрасте больных раком на месте и микроинвазивным и инвазивным раком шейки матки составляет 5,8 лет.

Актуальность раннего, своевременного выявления фоновых и предраковых заболеваний шейки матки не вызывает сомнений, тем более, что шейка матки доступна всестороннему обследованию [4], а рак шейки матки является единственной злокачественной опухолью, удовлетворяющей всем условиям скрининга, разработанным экспертами ВОЗ в 1968 г.

Кроме того, согласно приложению №1 к приказу № 270 МЗ РФ от 12.09.97 г. в РФ проводится обязательное взятие мазков с поверхности шейки матки и из цервикального канала на цитологическое исследование всем женщинам, обратившимся в смотровой кабинет.

На практике же скрининговые исследования проходят не более 60-65% женского населения [10, 11, 12]. Диагностика рака шейки матки на профосмотрах по литературным источникам составляет 17,4 % [10, 11, 12], в Иркутске в 2006 г. она составила 29,6% по данным Иркутского областного онкологического диспансера.