

В.А. Корьяк <sup>1</sup>, А.И. Сидоров <sup>1</sup>, О.М. Черникова <sup>2</sup>

## КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С КОКСАРТРОЗОМ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

<sup>1</sup> Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

<sup>2</sup> ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН (Иркутск)

*Коксартроз — дегенеративно-дистрофическое заболевание, поражающее все слои населения с увеличением заболеваемости в зрелом возрасте. Коксартроз является неуклонно прогрессирующим заболеванием, приводящим к инвалидности с утратой способности больными к самообслуживанию. Необходимо более пристальное внимание медицинских работников всех звеньев в деле диагностики и оказания всех видов помощи, доступной для этой категории пациентов: не только квалифицированной медицинской помощи, но и помощи в социальной адаптации.*

**Ключевые слова:** коксартроз, инвалидность, лечение

## COMPLEX CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH COXARTHROSIS IN IRKUTSK REGION

V.A. Koryak <sup>1</sup>, A.I. Sidorov <sup>1</sup>, O.M. Chernikova <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Irkutsk State Medical University, Irkutsk

<sup>2</sup> Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery SB RAMS, Irkutsk

*Coxarthrosis is a degenerative-dystrophic disorder affecting all layers of population with increasing sickness rate among adult people. Coxarthrosis is characterized by steadily progressive course leading patients to disability without ability of self-service. Closer attention of all kinds of medical workers is necessary in diagnostics and rendering of all kinds of assistance available for this category of patients: not only qualified medical attention, but also help in social rehabilitation.*

**Key words:** coxarthrosis, disability, treatment

### ВВЕДЕНИЕ

Коксартроз является одной из самых значимых форм остеоартроза. Он имеет большой удельный вес среди всех видов остеоартроза — от 7 до 20 % по данным разных источников [3, 4, 5, 10].

Возрастной порог данного заболевания продолжает существенно снижаться [8, 11].

Коксартроз не имеет высокого уровня смертности, но, имея всегда хроническое прогрессирующее течение, занимает одно из первых мест среди причин инвалидности населения.

Резкое снижение качества жизни инвалидов при этом связано с болевым синдромом, потерей функциональной активности, способности к самообслуживанию [2, 4, 5, 6].

Наиболее эффективным методом лечения является эндопротезирование, которое позволяет в короткие сроки достигнуть высокого реабилитационного эффекта и существенно повысить качество жизни пациента.

Анализируя материалы исследований, можно отметить, что Иркутская область имеет негативные приоритеты по данной проблеме (рост заболеваемости костно-мышечной системы, утяжеление инвалидности при данной проблеме, отрицательная динамика показателей частичной и полной реабилитации [7]).

Все вышеизложенное послужило причиной настоящего исследования.

**Цель** исследования: на основании клинико-эпидемиологического анализа предложить

комплекс мер, обеспечивающих профилактику коксартроза.

### МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее исследование включены 2 группы больных. I группа пациентов — 1926 пациентов поликлиник с коксартрозом г.г. Иркутска, Шелехов, п. Усть-Ордынский. II группа больных набрана из числа пациентов, находившихся на стационарном лечении в клинике ИТО НЦРВХ СО РАМН. Применялся метод сплошной выборки, все данные о каждом пациенте заносились на специально разработанную карту. Количество карт по стационару составило 1307 шт. Материал набирался за период 2005 — 2009 гг.

Методы исследования: статистический, клинико-рентгенологический, контент-анализ нормативной документации, эпидемиологический.

Клинический метод: проводился общепринятый ортопедический осмотр (по О.В. Марксу). Для оценки болевого синдрома использовали визуальную аналоговую шкалу боли (ВАШ). Тяжесть остеоартрозов определяли по альго-функциональному индексу Лекена. Применялся усовершенствованный протокол ведения больных согласно приказу МЗ и СР РФ № 516 от 11.08.2005 г.

Для уточнения диагноза, выработке показаний к оперативному вмешательству, оценке исходов операции помимо клинического применялся рентгенологический метод. Анализировались следующие признаки: высота суставной щели,

субхондральный склероз, конгруэнтность сустава, остеофиты, остеопороз, деформации, кисты. Каждый признак оценивался от 0 до 3 баллов. На контрольных рентгенограммах (в послеоперационном раннем и отдаленном периодах) анализировались стабильность эндопротеза, наличие протрузии вертлужного компонента, соблюдение технологии установки эндопротеза. Рентгенографию тазобедренных суставов выполняли в стандартной переднезадней проекции. Тяжесть заболевания подтверждалась достоверной рентгенологической картиной коксартроза III – IV степени по Kellgren – Lawrence.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

При оценке по области в динамике отмечается стабилизация общей заболеваемости КМС (111,7 – 113,4 ‰/0000). Сохраняется высокая первичная заболеваемость КМС – 46,1 ‰/0000 (РФ – 33,5 ‰/0000). В области отсутствуют ортопедическое отделение для взрослых, реабилитационный центр для больных с ортопедической патологией. Не проводятся профилактические осмотры и диспансеризация данной категории пациентов.

Средний возраст пациентов, наблюдающихся в поликлинике, составляет 62,8 ± 16,5 года, пациентов стационара – 54,8 ± 13,2 года. Среди пациентов поликлиник преобладают женщины – 75,5 %, мужчины составляют 24,5 %. В стационаре мужчин 43 %, женщин – 57 %.

При оценке распределения пациентов по возрастным группам отмечается преобладание среди пациентов поликлиник больных в возрасте 70 лет и старше (43,5 %). Вторую по величине группу составили пациенты в возрасте 60 – 69 лет (19,7 %), третью группу составили пациенты в возрасте 50 – 59 лет (17,8 %). При применении метода стандартов подтвердилось, что наибольший вклад в заболеваемость вносят больные в возрасте 70 лет и старше, вторая по численности группа – лица в возрасте 50 – 59 лет, третья группа пациентов по численности – люди 60-69-летнего возраста (табл. 1).

При анализе возрастной характеристики пациентов клиники ИТО НЦРВХ СО РАМН выявилось, что наибольший удельный вес пациентов стационарного лечения составила возрастная группа 50 – 59 лет (32,1 %), вторую по величине группу составили больные в возрасте 60 – 69 лет (23,4 %) и третьими в этой градации оказались люди в возрасте 40 – 49 лет (17,8 %). При расчете по возрастного распределения с применением метода стандартов оказалось, что на оперативное лечение попадают чаще пациенты в возрастной группе 50 – 59 лет, вторая по величине группа – пациенты 60 – 69 лет, третья по численности группа – люди в возрасте старше 70 лет (табл. 2).

При объединении двух групп больных общее число пациентов – 3233. В совместной группе больных наибольший удельный вес имеют пациенты в возрасте 70 лет и старше (31,1 %), далее следуют

Таблица 1

Распределение пациентов поликлиник по возрастно-половым группам

Возраст, лет	Мужчины	% от числа мужчин	Женщины	% от числа женщин	Оба пола	% от общего числа больных	Стандартизованный показатель
< 20	2	0,4	4	0,3	6	0,3	0,04
20–29	54	11,4	66	4,5	120	6,2	0,4
30–39	44	9,4	62	4,3	106	5,5	12,76
40–49	53	11,3	82	5,6	135	7	25,69
50–59	90	19,2	252	17,3	342	17,8	135,5
60–69	85	18,1	295	20,3	380	19,7	135,1
≥ 70	142	30,2	695	47,7	837	43,5	437,6
Итого:	470	100	1456	100	1926	100	747,09?

Таблица 2

Распределение пациентов клиники ИТО НЦРВХ СО РАМН по возрастным группам

Возраст, лет	Мужчины	% от числа мужчин	Женщины	% от числа женщин	Оба пола	% от общего числа больных	Стандартизованный показатель
< 20	3	0,5	5	0,7	8	0,6	0,8
20–29	21	3,8	26	3,4	47	3,6	9,6
30–39	70	12,7	56	7,4	126	9,6	22,3
40–49	113	20,5	119	15,8	232	17,8	65,3
50–59	181	32,8	238	31,5	419	32,1	244,3
60–69	112	20,3	194	25,7	306	23,4	160,5
≥70	52	9,4	117	15,5	169	12,9	129,8
Итого	552	100	755	100	1307	100	632,6?

Распределение всех пациентов с коксартрозом по возрастным группам

Возраст, лет	Мужчины, чел.	Женщины, чел.	Оба пола, чел.	% от общего числа больных
< 20	5	9	14	0,4
20–29	75	92	167	5,2
30–39	114	118	232	7,2
40–49	166	201	367	11,4
50–59	271	490	761	23,5
60–69	197	489	686	21,2
≥70	194	812	1006	31,1
Итого	1022	2211	3233	100

больные в возрасте 50–59 лет (23,5%), третья по численности группа пациентов в возрасте 60–69 лет.

В структуре госпитализированных больных с деструкцией тазобедренного сустава на первом месте пациенты с дегенеративно-дистрофическим коксартрозом (57,2%), на втором – с диспластическим коксартрозом (57,2%), на третьем – с асептическим некрозом головки бедренной кости (10,2%).

В целом при эндопротезировании тазобедренного сустава в 2,5 раза чаще применялись отечественные конструкции эндопротезов (ЭСИ), чем импортные (Spotorno, Zimmer, Zweimüller).

Несмотря на постоянное совершенствование конструкций эндопротеза и техники оперативного вмешательства функциональные исходы эндопротезирования не всегда удовлетворяют пациента и хирурга. Вследствие длительности заболевания в дегенеративно-дистрофический процесс, поражающий тазобедренный сустав, вовлекаются и другие звенья опорно-двигательной системы с формированием сложных адаптационно-компенсаторных перестроек не только функций, но и анатомических взаимоотношений. К моменту операции у больного имеется длительно существующий комплекс костно-мышечной патологии. Только своевременно начатая и настойчиво проводимая восстановительная терапия позволяет закрепить результаты операции, которая является лишь этапом длительного процесса лечения.

В Иркутской области при анализе динамики инвалидности при коксартрозе оказалось, что после эндопротезирования большая часть инвалидов стабильно сохранили II или III группу (72,3%). Частичная реабилитация (перевод на III группу, лишение группы инвалидности) наступила лишь в 19,7% случаев. Утяжеление группы инвалидности произошло у 8,0% больных.

В целях создания условий для развития доступной среды для инвалидов, социальной адаптации, реабилитации и интеграции инвалидов в Иркутской области утверждена и заработала долгосрочная программа «Доступная среда для инвалидов» на 2011–2015 гг. Согласно программе, планируется приобрести технические средства реабилитации на сумму 208 млн. рублей, устроить 15 пандусов и 5

лифтов в областных госучреждениях социального обслуживания и здравоохранения.

В рамках VII Байкальского экономического форума (сентябрь 2011 г., Иркутск) прошло заседание стран ШОС. Было решено строить реабилитационные центры в странах ШОС. В первую очередь будет использоваться богатый опыт нетрадиционной китайской медицины. В клинике НЦ РВХ разработана и внедрена комплексная программа профилактики интра- и послеоперационных осложнений (вторичная профилактика коксартроза).

В санатории «Ангара» осуществляется лечение больных с остеоартрозами крупных суставов. Ежегодно увеличивается объем работы с больными, страдающими остеоартрозами в Иркутском филиале реабилитационного центра В.И. Дидуля.

Тем не менее, в стране отсутствуют преемственность и информированность о возможностях региональных учреждений реабилитационного плана, необходимости упреждающих действий (мер первичной и вторичной профилактики) при коксартрозе. Традиционные программы реформирования травматолого-ортопедической службы не адаптированы к региональным условиям [1, 2, 5, 12–14].

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая негативную динамику ряда показателей, характеризующих КМС по Иркутской области, оптимальными представляются следующие меры профилактики и лечения:

- концентрация пациентов по профилю патологии тазобедренного сустава в одном учреждении (клиника НЦРВХ СО РАМН),
- открытие реабилитационного центра,
- повышение уровня медико-профилактической работы,
- проведение массовых профилактических осмотров, диспансеризация населения.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ангельский А.А., Грудачев В.А. Хирургическая тактика лечения гнойных осложнений эндопротезирования крупных суставов конечностей // Эндопротезирование крупных суставов:

симпозиум с международным участием. — М., 2000. — С. 6—7.

2. Ахтямов И.Ф., Кузьмин И.И. Ошибки и осложнения эндопротезирования тазобедренного сустава: руководство для врачей. — Казань: Центр оперативной печати, 2011. — 328 с.

3. Давыдов С.О. Комплексное консервативное лечение и тотальное эндопротезирование у больных деформирующим остеоартрозом тазобедренного сустава в Забайкалье: автореф. дис. ... д.м.н. — СПб., 2003. — 34 с.

4. Заболеваемость патологией крупных суставов и потребность взрослого населения в первичном эндопротезировании на примере г. Новосибирска: информационное письмо. — Новосибирск, 2003. — 22 с.

5. Загородный Н.В., Банецкий М.К., Емгин Д.В., Пантелеева А.С. и др. Аспекты реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава // Вестник Российского университета дружбы народов, сер. мед. — 2008. — № 1. — С. 81—90.

6. Казанцева Н.Ю., Калягин А.Н., Горяев Ю.А. Заболеваемость остеоартрозом в Иркутске: обсуждение факторов риска [Текст] // 12-й Российско-Японский медицинский симпозиум по обмену опытом: программа и рефераты. — Krasnoyarsk: Krasnoyarsk State Medical Academy, 2005. — С. 519—520.

7. Кожевников О.В., Кралина С.Э., Горохов В.Ю., Парев Е.В. Коксартроз у детей и подростков. Особенности эндопротезирования //

Вестник травматологии и ортопедии. — 2007. — № 1. — С. 48—55.

8. Петрачкова Т.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика заболеваний суставов в популяции города Иркутска: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 2006. — 24 с.

9. Плоткин Г.А., Домашенко А.А., Сабаев С.С. Деформирующий остеоартроз // Амбулаторная хирургия. — 2004. — № 1—2. — С. 44—46.

10. Подчалимова В.В., Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. и др. Эпидемиологические аспекты изучения остеоартроза в СССР Эпид. аспекты важнейших ревмат. болезней. труды НИИ эксперим. и клин. медицины мин-ва здрав-я Литовской АССР. — Вильнюс: Москлас, 1986. — С. 105—111.

11. Хутиев А.В. Особенности тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2000. — 23 с.

12. Alberton G.M., High W.A., Morrey B.F. Dislocation after revision total hip arthroplasty // J. Bone Joint Surg. — 2002. — Vol. 84A, N 10. — P. 1788—1792.

13. Davis M.A., Hauck W.W. Sex differences in osteoarthritis of the knee the roll of obesity // Amer. J. Epidemiol. — 1998. — Vol. 127. — P. 1019—1030.

14. Knong L.M. What is the best strategy for VTE Prevention after Orthopedic surgery // Second international Expert session on selective Factor Xa inhibition. — Prague, 2003. — 132 p.

#### Сведения об авторах

**Корьяк Валентина Александровна** — старший преподаватель кафедры патологии с курсом клинической иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (e-mail: koryakvalentina@list.ru)

**Сидоров Александр Иванович** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры функциональной и лучевой диагностики, ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ

**Черникова Ольга Михайловна** — главный врач клиники ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН (664003, г. Иркутск ул. Борцов Революции, 1; тел./факс: 8 (3952) 29-03-39; e-mail: scrrs.irk@gmail.com)