

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА И ИСХОДЫ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

¹Нехайчик Т.А., ¹Ларионов А.С., ¹Кудравец В.С., ²Пупкевич В.А.,
²Медвецкая Е.Н.

¹Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

²Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Асептический некроз (АН) относится к тяжелой инвалидизирующей патологии костной ткани с наиболее частой локализацией в головке бедренной кости (АНГБК). Точные патогенетические механизмы развития АН неизвестны, однако чаще всего в качестве причинных факторов обсуждаются артериальная ишемия или венозный застой и / или нарушение баланса между резорбцией костной ткани и ее образованием. В свою очередь формированию таких патологических состояний могут способствовать разнообразные факторы риска (ФР) и ассоциированные заболевания, с которыми связывают вторичные формы АН. В тоже время первичные (идиопатические) формы АН встречаются в 40% случаев.

Эпидемиологические данные противоречивы, однако в последние годы отмечается неуклонный рост этой патологии, что обоснованно связывают в том числе с эпидемией коронавирусной инфекции. Социальная значимость АНГБК обусловлена распространенностью у лиц молодого трудоспособного возраста.

Хирургические технологии лечения АН разработаны и успешно применяются, однако показания к хирургическому вмешательству формируются чаще всего на поздних стадиях. Кроме того, эндопротезирование при АНГБК имеет менее благоприятные исходы, чем при идиопатическом коксартрите – ревизии в течение 10 – 14 лет достигают 40%.

В связи с этим ранняя диагностика является важным прогностическим фактором. Трудности своевременной диагностики связаны с атипичным во многих случаях болевым синдромом, с которым пациенты в первую очередь обращаются к терапевтам, неврологам, ревматологам.

Военнослужащие относятся к группе риска с позиций АНГБК ввиду уязвимого возраста, больших статических нагрузок, а также нагрузок, связанных с прыжками и соударением. Кроме того, военная служба ассоциирована с повышенными травматическими рисками.

Таким образом, оценка значимости проблемы АН для военнослужащих с актуальной задачей современной военной медицины.

Цель. Провести анализ случаев асептического некроза (АН) у пациентов ГУ 432 Главный военный клинический медицинский центр (432 ГВКМЦ) для выявления проблемных направлений диагностики и лечения.

Материалы и методы. По электронной базе данных 432 ГВКМЦ проведена выборка медицинских карт пациентов по запросу «асептический некроз» за период 2018 – 2023 годы с последующим ретроспективным анализом. В проспективное исследование были включены пациенты с АН, поступавшие в 432 ГВКМЦ в течение 2023 года. Оценивались возраст, факторы риска АН, длительность заболевания, локализация, проводимое обследование, хирургическое и терапевтическое лечение (в сопоставлении с имеющимися клиническими рекомендациями), клинические исходы и итоги военно-врачебной экспертизы (ВВЭ). Статистическая обработка осуществлена на базе программы Microsoft Excel.

Результаты. В группу исследования были включены 41 пациент в возрасте от 19 до 66 лет, средний возраст – $41,4 \pm 13,3$ лет, мужчин $39,6 \pm 11,1$ лет и женщин $51,4 \pm 8,74$ лет. По литературным данным у мужчин АН диагностируют в 3 раза чаще, чем у женщин. Выраженное преобладание мужчин в группе анализа было обусловлено специфичностью группы выборки – 75% ($n=31$) военнослужащие, из них 63% ($n=26$) – действующие.

С учетом существенных отличий по времени дебюта, факторам риска первичных и вторичных форм АН, была выделена возрастная подгруппа до 45 лет, которая была представлена исключительно мужчинами и составила 54% ($n=22$) от общей группы.

Наиболее частой локализацией был АНГБК ($n=32$; 78,5%), другие локализации (мышцелок бедренной кости, плечевая, полулунная, таранная кости) встречались в 3,8 раза реже.

Диагноз АН устанавливался в среднем через 2 года от момента появления первой симптоматики с вариабельностью от 3 месяцев до 7 лет, вследствие чего у 80,5% ($n=33$) группы исследования заболевание было диагностировано на поздних стадиях.

Из ФР в общей группе чаще всего встречались ожирение и избыточный вес ($n=28$; 68,3%). Второе место ($n=14$; 35%) разделили курение и неинфекционная патология печени. Дислипидемия определена у 9 пациентов (22%), у 7 (17,1%) развитию остеонекроза предшествовали травмы разной степени тяжести. В 14,6% ($n=6$) случаев отмечен дебют болевого синдрома после коронавирусной инфекции. В таком же проценте случаев имел место сахарный диабет 2 типа.

В группе военнослужащих нарушения жирового обмена также имели лидирующие позиции ($n=15$; 58%). Конкурирующими по значимости были курение (50%; $n=13$) и алиментарно-токсическая патология печени (42%; $n=11$). В 23% случаев ($n=9$) констатирована дислипидемия. У двух молодых военнослужащих вторичный АН развился на фоне сочетанной эндокринной патологии (гипогонадизм, аутоиммунный тиреоидит).

С позиций инструментальной диагностики всем пациентам выполнялось рентгенологическое исследование, в том числе в динамике. Из прочих методов визуализации наиболее часто использовали компьютерную томографию суставов ($n=19$; 46%), которая, как и рентгенологическое исследование, информативны лишь на поздних стадиях АС. Магнитно-резонансная томография

(МРТ), которая является методом выбора в постановке диагноза АН на ранних стадиях, была выполнена лишь у 7 пациентов, что составило 17%. Следует отметить достаточно большой процент охвата сцинтиграфией скелета, что может быть связано как с проблемами дифференциального диагноза, так и с относительной доступностью этого метода в условиях 432 ГВКМЦ.

Хирургическому вмешательству подверглись 12 (29%) пациентов, 6 из них – действующие военнослужащие в возрасте до 30 лет. Им и еще 2 пациентам старше 30 лет были выполнены ограносохраняющие операции. Тотальное эндопротезирование проведено у 4 пациентов, средний возраст – $50,25 \pm 12,9$ лет.

Таким образом, хирургические подходы к ведению пациентов, соответствовали современным стратегиям – ограносохраняющие оперативные вмешательства у молодых и максимально отсроченное тотальное эндопротезирование. Вместе с тем, 2/3 пациентов получали консервативное лечение, от эффективности которого зависит прогноз пациентов с АН.

В соответствии с современными клиническими рекомендациями основные направления терапии АН включают длительную статическую разгрузку сустава в сочетании с приемом дезагрегантов, антикоагулянтов, статинов, структурно-модифицирующих препаратов, а также антирезорбтивную терапию в сочетании с приемом витамина Д и препаратами кальция. Однако анализ объема терапевтической помощи в группе обследования продемонстрировал, что в реальной клинической практике лечение ограничивается назначением «сосудистой» терапии (пентоксифиллин, эуфиллин), которую получали 73,2% (n=30) пациентов. В группе были пациенты, которые принимали антикоагулянты, дезагреганты, статины, но не по поводу АН, а в комплексной терапии сопутствующих заболеваний. Приемом структурно-модифицирующих препаратов, внутрисуставным введением гиалуронанов, PRP-терапией были охвачены порядка 37% пациентов, чаще с вторичным остеоартрозом. Половина пациентов группы исследования получали физиотерапевтическое лечение. В единичных случаях были назначены сеансы гипербарической оксигенации. У 4 пациентов внутрисуставно вводились глюкокортикоиды, прием которых сам по себе является ФР АН.

Из 26 военнослужащих 70% (n=18) были уволены из вооруженных сил в связи с прогрессированием заболевания: 2 – с исключением с воинского учета, 12 – с негодностью к военной службе в военной время, 4 – с годностью к службе вне строя.

Выводы. АНГБК – наиболее распространенный вариант АН у мужчин молодого трудоспособного возраста, в том числе военнослужащих, у которых заболевание приводит к преждевременному увольнению из ВС по болезни в 70% случаев. В 80% случаев АН диагностируется на поздних стадиях. Основные факторы риска АНГБК у военнослужащих соответствуют общепопуляционным и относятся к потенциально корректируемым. Объем терапевтических мероприятий, которые используются в настоящее время, не соответствует современным рекомендациям по лечению этой патологии. В целях оптимизации ранней диагностики необходима широкая осведомленность врачей различных специальностей о проблеме АН с ранним назначением МРТ суставов в подозрительных клинических ситуациях.