

УДК 616-08-059: 615.83: 617.582.5 (575.2) (04)

**ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ
С АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

М.М. Капаров – соискатель
К.Т. Абылкасымов – соискатель
К.К. Медербеков – соискатель
А.А. Койчубеков – соискатель

Problems of postoperative rehabilitation treatment in patients with osteo-hondritis deformans juvenilis of hip have been studied and described in the article.

Вопросы этиопатогенеза, эпидемиологии и методов лечения больных с асептическим некрозом головки бедренной кости остаются до сих пор актуальными. По мере накопления клинического опыта данное заболевание стали рассматривать с других позиций. Кроме этого, нет эпидемиологических данных по СНГ и России [1–4].

Исследованиями, проведенными в Кыргызском научно-исследовательском институте курортологии и восстановительного лечения за период с 1999 по 2004 г. выявлено 235 больных (296 суставов) с асептическим некрозом головки бедренной кости. Причем отмечается тенденция к увеличению количества обращений в последние годы. При обследовании 65 больных с начальными явлениями асептического некроза головки бедренной кости выявлено: соотношение мужчин и женщин 8:1, 48 пациентов (74,6%) в возрасте от 20 до 40 лет.

Анализ факторов, приведших к данному заболеванию, показал, что была комбинация таких процессов, как остеопороз, механическое давление, лекарства, воспаление и боли. Вышеперечисленные факторы, естественно, привели к субхондральному трабекулярному

перелому, последующему разрушению и дегенеративному артриту тазобедренного сустава. Почти у всех больных были резко выраженные нарушения функции передвижения, обусловленные болевым синдромом, ограничением движений в суставе, гипотрофией и нарушением функции мышц.

Тщательное изучение динамики клинкорентгенологического и анатомо-функционального состояния суставов является основой оценки отдаленных результатов лечения. В таблице указаны критерии оценки отдаленных результатов лечения.

Согласно критериям оценки отдаленных результатов лечения, из 65 прооперированных больных с болезнью Пертеса (асептический некроз головки бедренной кости у детей), наилучшие показатели отмечались у 55,7% пациентов, удовлетворительные – у 33,8%, неудовлетворительные – у 10,7%.

Лечение больных с асептическим некрозом головки бедренной кости было комплексное и дифференцированное в зависимости от стадии и клинического проявления заболевания. Для этого мы проводили следующую схему комплексной медицинской реабилитации

Критерии оценки отдаленных результатов лечения

ОРТОПЕДИЯ

Признак	Результат		
	Наилучший	Удовлетворительный	Неудовлетворит.
Боли	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует, но слабopоложительный симптом Тренделенбурга
Хромота	Отсутствует	Отсутствует	Легкое прихрамывание
Движение в ТБС и коленном суставе	В полном объеме	В ТБС 90% В коленном суставе в полном объеме	В ТБС 80%
Контрольная рентгенограмма ТБС в двух проекциях	Отсутствуют признаки дисплазии, форма головки бедренной кости сферическая	Форма головки бедренной кости округлая	Форма головки бедренной кости овоидная

при асептическом некрозе головки бедренной кости.

- соблюдение оптимального ортопедического режима
- медикаментозная терапия
- декомпрессия зоны метаэпифиза хирургическим методом
- внутрисуставная инъекционная терапия
- физиотерапия:
- электростимуляция
- КВЧ-терапия
- лазеротерапия
- магнитотерапия

Особое значение имеет соблюдение ортопедического режима. Остается спорным мнение некоторых авторов, предлагающих режим максимальной разгрузки сустава на длительный период (костыли) и соблюдение постельного режима в начальный период.

Наш опыт работы свидетельствует о том, что ходьба на костылях более 2-3 месяцев приводит к прогрессирующей гипотрофии и нарушению двигательного стереотипа. Это отягощает ортопедический статус больных и приводит к тяжелым нарушениям функции нижних конечностей, что в свою очередь утяжеляет течение асептического некроза головки бедренной кости, провоцирует развитие патологического процесса в контралатеральном суставе, вызывает проблемы в смежных суставах и позвоночнике.

Наблюдаемые нами пациенты не ограничивали ходьбу, достаточно было лишь исключить инерционные нагрузки на сустав (бег,

прыжки, подъем тяжести), использовали трость лишь в первые 3–4 недели.

В послеоперационном периоде восстановительные мероприятия направлены на стимуляцию репаративного процесса в очаге некроза (формирование костной ткани и рассасывание некротических масс в эпифизе) и консолидации костных фрагментов на уровне остеотомии, а также разработку движений в тазобедренном и коленном суставах. Они включают лечебную физкультуру, тонизирующий массаж параартикулярных мышц, физиотерапевтические процедуры и медикаментозную терапию.

Большое значение придавали лечебно-физкультурному комплексу с целью укрепления мышц, разгибающих и отводящих бедро, мышц брюшного пресса и разгибателей спины. Широко применяли методику электромиостимуляции, в том числе многоканальную ЭМС в ходьбе с целью укрепления мышц и восстановления стереотипа ходьбы.

При наличии рентгенологических признаков начавшейся консолидации костных фрагментов в области остеотомии назначали лечебную физкультуру в виде пассивных и активных движений в тазобедренном суставе (сгибание, отведение и внутренняя ротация), в коленном суставе – сгибание. При этом ЛФК проводят в течение последующего года ежедневно (утром и вечером) и продолжают даже после достижения полной амплитуды движений.

Физиотерапевтическое лечение заключилось не только в электростимуляции ягодичных мышц и мышц бедра, но и в различных

видах электрофореза, местным применением виброакустического прибора, тепловых процедур на коленный сустав.

Физиотерапевтическое лечение и массаж проводят через каждые 3 месяца курсами.

Из медикаментозной терапии применяют регуляторы кальциевого обмена (препараты этидроновой кислоты – ксидифон, фосамакс и др.), которые способствуют ремоделированию нормальной костной ткани в сочетании с препаратами кальция. Хондропротекторы – препараты, восстанавливающие метаболизм суставного хряща (румалон, артепатон, стекловидное тело, мукартин и другие) в сочетании с витаминами группы В (В6, В12), применяются в возрастных дозировках и курсами.

Результаты лечения оценивались с учётом тяжелого нарушения функции нижних конечностей, которые в конечном итоге определялись возможностью и способом передвижения, необходимостью в дополнительной опоре, возможностью самообслуживания, пользования общественным транспортом, выполнения бытовых функций и профессиональных обязанностей.

Нами была разработана и внедрена методика по разгрузке оперированной конечности на восстановительный период. Данная методика используется в нашем учреждении как рациональное предложение «Способ иммобилизации конечности в послеоперационном пе-

риоде у детей при болезни Пертеса» (01.10.2003 №950). Больной ставится на костыли, оперированной конечности придается положение легкого сгибания в тазобедренном суставе и сгибание в коленном суставе под углом 60–90. В таком положении конечность подвешивается посредством специальных ремней за верхний плечевой пояс. Больной имеет возможность передвигаться на костылях, при этом полностью исключается осевая нагрузка на прооперированную конечность.

Таким образом, комплексное и дифференцированное лечение больных с асептическим некрозом головки бедренной кости включает не только хирургическую и медикаментозную терапию, но и восстановительное лечение с соблюдением ортопедического режима.

Литература

1. *Саляме Г.* Асептический некроз головки бедренной кости. – 1991. – С. 45.
2. *Перепелкин А.* Асептический некроз бедренной кости у детей // Медицинская газета. – 2004. – №12. – С. 12.
3. *Угнивенко В.И.* Асептический некроз головки бедренной кости // Русский медицинский сервер. – Ортопедия. – С. 1–17.
4. *Wang I.S. et all* // Russian medical server. – 1998. – P. 1–12.