

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

О Р Т О П Е Д И Я

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.