



Отдаленный результат исследован через 10 мес. Систолическое давление на лучевой артерии слева 110 мм рт. ст., справа 130 мм рт. ст. Отмечается гипотрофия мышц левой верхней конечности. Амплитуда движений в левом плечевом суставе: сгибание

100°, разгибание 15°, отведение 100°. Амплитуда движений в левом локтевом суставе: сгибание 45°, разгибание 160°. Определяется нейрогенная когтеобразная деформация левой кисти с умеренным нарушением функций.

© Е.Е.ВОЛКОВ, В.Б.СИМОНЕНКО, 2009
УДК 616.718.41-001.512

Е.Е.Волков, В.Б.Симоненко — Диагностика и лечение асептического некроза головки бедренной кости.

Асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК) — тяжелое дегенеративно-дистрофическое заболевание тазобедренного сустава вследствие нарушения структуры костной ткани, микроциркуляции и жировой дистрофии костного мозга.

Изменение структуры костной ткани и соответствующие патологические процессы отмечаются при целом ряде заболеваний, которые возникают, по-видимому, в результате суммации ряда факторов — микротравм, приобретенных или врожденных деформаций, превышения предельных физических нагрузок, гормональных и метаболических расстройств, инфекционно-аллергических заболеваний, системной патологии, связанной с нарушениями иммунного гомеостаза, токсическими воздействиями, инфекциями, предшествующими ортопедическими процедурами (винты, эндопротезы) и др.

Патологические отклонения от нормальной последовательности образования тканевых генераций могут возникать в любой момент человеческой жизни.

Полученные положительные клинические и экспериментальные результаты применения препаратов антирезорбтивного действия (ибандроновая кислота — Bonviva) на ранних стадиях АНГБК (Родионова С.С., Шумский А.А., 2009) и стабилизаторов эндотелия сосудов (антагонистов рецепторов ангиотензина II — лозартана) при изучении модели остеопороза (Файтельсон А.В. и соавт., 2009) подчеркивают ведущее значение изменений структуры костной ткани головки бедренной кости в предотвращении компрессионной обструкции микрокапилляров и развития ишемии.

Клинические изменения структуры костной ткани при заболеваниях, имеющих в своей основе дегенеративно-дистрофические процессы, проявляются нарастающей деформацией эпифизов и апофизов костей, болями и нарушениями функций тазобедренных суставов, затруднениями в самообслуживании пациентов.

Проанализировав структурные и рентгенологические изменения, а также детально изучив существующие классификации АНГБК (Catterall А., 1971; Макушин В.Д.,

1967; Рейнберг С.А., 1964; Шевцов В.И. и соавт., 2001; KeQinHuang, 2006), мы пришли к выводу, что наиболее приемлемым является четырехстадийное деление патологического процесса.

I стадия. Микроскопические изменения структуры кости и подхрящевое остеонекроза. Поражается губчатое вещество головки бедренной кости при неизменном хряще, и зона структурных изменений составляет не более 10%.

II стадия. Импрессионный перелом. Поверхность головки бедренной кости имеет трещины типа «треснувшей скорлупы». В зоне нагрузки трабекулы имеют трещины неправильной формы или очаги микроколлапса. Зона структурных изменений составляет не более 10–30%.

III стадия. Фрагментация. Характеризуется неровностью контуров головки бедренной кости, легкой степенью коллапса, возникновением нескольких очагов уплотнения или кистозного перерождения. Изменяется межсуставное пространство (сужение или расширение). Зона структурных изменений составляет не более 30–50%.

IV стадия. Полное разрушение головки. Форма головки изменена, участки коллапса неправильной формы или коллапс всей головки. Структура трабекул травожена или уплотнена, полосы трещин неправильной формы. Внутренние или внешние края вертлужной впадины претерпевают эктопические изменения. Межсуставное пространство сужено или исчезло. Есть вывихи или подвывихи. Зона структурных изменений составляет 50–80%.

Длительность течения I стадии составляет 6 мес, II — 6 мес, III стадии — 3–6 мес, с последующим переходом в IV стадию.

Используя данные регулярных диспансеризаций и осмотров терапевтами и травматологами, нами был разработан алгоритм выявления АНГБК на ранней стадии.

Из клинических проявлений настораживают и требуют всесторонней и динамической оценки боли в области тазобедренного сустава, боль в паховой области с иррадиацией в коленный сустав, ограничение движений в тазобедренном суставе, признаки мышечной



атрофии, немотивированные боли в коленном суставе. Особое внимание обращено на пациентов, находящихся в группах риска.

Наличие указанных клинических признаков является основанием для проведения специальных методов исследования:

- обзорной рентгенографии обоих тазобедренных суставов с использованием укладок по Лаунштейну;

- магнитно-резонансной томографии, позволяющей диагностировать АНГБК в 90–100% случаев уже на начальной стадии заболевания;

- статической и динамической сцинтиграфии головки бедренной кости и скелета для проведения диагностики и исключения специфических процессов;

- лабораторной оценки эндокринного статуса показателей минерального, углеводного и жирового обменов;

- рентгеновской двухэнергетической денситометрии головки бедренной кости;

- обработки рентгеновских снимков в программе Analiser+ для определения структуры головки бедренной кости, оценки состояния трабекул, выявления некротических зон и др.

Лечение АНГБК по нашей методике сочетало европейский подход к диагностике этого заболевания и методы китайской традиционной медицины, совмещающей в себе многокомпонентные лекарственные препараты и высокотехнологичное оборудование.

Безоперационное лечение асептического некроза головки бедренной кости органично сочетает знания различных областей современной медицинской науки и уникальные рецепты традиционной китайской медицины. Оно позволяет добиваться результатов без болезненных процедур. Применение данного метода приводит к восстановлению структуры кости, поддержанию формы головки бедренной кости и восстановлению функций тазобедренного сустава.

Так, уже после 1 мес лечения пациента перестает беспокоить болевой синдром. Учитывая, что лечение рассчитано на длительный срок (не менее одного года), пациент уже через короткое время меняет свое отношение к болезни и совместно с врачами включается в ежедневную работу по восстановлению собственного здоровья. При этом от пациента требуется только соблюдение установленного режима и выполнение прописанных рекомендаций. Человек при этом не выпадает из знакомой коммуникативной среды, от него не требуется кардинально менять устоявшийся ритм жизни, чаще всего госпитализация также не требуется — лечение можно проводить в домашних условиях.

В основе предпринимаемых нами лечебных манипуляций лежит закон Wolff'a — восстановление скелета определяется оказываемой на него внешней нагрузкой. Этот закон был дополнен следующим положением: нагрузка может активировать реакцию остеокитов, а специфический электрический сигнал — служить альтернативой внешней нагрузки. Основываясь на этой зависимости, был найден способ воздействия на рост кости. Электростимуляцию актуальных для пациента акупунктурных точек проводит лечебный комплекс НС-5. Электростимуляция осуществляется активным и пассивным электродами через аппликаторы из лекарственных трав. Это позволяет замкнуть цепь сигнала и активировать содержащиеся в лекарственных травах микроэлементы. Кроме того, осуществляется прием многокомпонентных фитосборов, обеспечивающих поступление микроэлементов (Ca, P, Mg, Zn), улучшающих микроциркуляцию и способствующих улучшению регенераторных процессов.

Применяемый метод позволил добиться положительного эффекта при консервативном лечении у большинства пациентов.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 616.149-008.341-06:616.36-036.12

В.В.Степаненко, В.Б.Гриневич, С.Н.Мехтиев — Современный взгляд на патогенез портальной гипертензии у больных хроническими заболеваниями печени.

Хронические гепатиты (ХГ) и циррозы печени (ЦП) занимают значительное место в структуре заболеваний органов пищеварения, оставаясь крайне актуальной социально-экономической и клинко-эпидемиологической проблемой здравоохранения всех стран мира. Это обусловлено широтой распространенности их основных этиологических факторов: персистированием в популяции гепатотропных вирусов (В, С, D), сочетающимся с ростом потребления алкоголя, а также высоким уровнем смертности от осложнений.

Одним из важнейших синдромов заболеваний печени является *портальная гипертензия (ПГ)*. Ее роль в формировании клинических проявлений ХГ и ЦП до настоящего времени остается дискуссионной. Частота выявления этого синдрома у больных ХГ в цирротической стадии достигает 90%, тогда как данные о встречаемости ПГ до формирования ЦП в литературе практически отсутствуют. Наши наблюдения больных ХГ показывают, что ПГ — это синдром, в той или иной степени выявляющийся уже на