

# ИЗ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА



© Е.А. Назаров, 1994

*Е.А. Назаров*

## О КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ У ВЗРОСЛЫХ

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины  
Рязанского медицинского университета им. И.П. Павлова

Известно, что хирургические методы лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного и коленного суставов у взрослых обеспечивают более длительную ремиссию, а иногда и регресс патологического процесса. Вместе с тем всегда имеется группа больных, которым в силу тех или иных причин хирургическое лечение не показано.

Из 360 пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного и коленного суставов, прошедших за пятилетие (1984—1988 гг.) через ортопедическую клинику, 175 (48,6%) получили консервативное лечение. Почти у половины больных отмечены поздние стадии патологического процесса согласно классификациям Н.С. Косинской [4] и В.Н. Гурьева [2]. Лечение их проводилось в соответствии с основными принципами, разработанными отечественными учеными.

Консервативная терапия включала разгрузку больной конечности, купирование болевого синдрома и улучшение кровообращения в суставных и околоуставных тканях.

Разгрузка конечности осуществлялась в основном манжетным вытяжением за голень грузом не более 3 кг, во время ходьбы — костылями или тростью. Если вытяжение проводилось в период стационарного лечения, то пользоваться костылями (или — чаще — тростью) рекомендовали пациентам и после выписки из стационара.

Для устранения болевого синдрома обычно ис-

пользовались, помимо анальгетиков, нестероидные противовоспалительные препараты (бутадион, индометацин, бруфен, сургам и др.). В случае выраженной болевой реакции делали блокады раствором новокаина: внутрисуставные, сакроспинальные, II поясничного симпатического узла по А.Л. Гиммельфарбу [1], внутритазовые по Л.Г. Школьникову и соавт. (применяемые ими при переломах костей таза) [3] и, наконец, внутрикостные блокады с введением раствора новокаина в гребень крыла подвздошной кости по В.А. Полякову [5]. Для закрепления противоболевого эффекта проводили новофорез 0,5—2% раствора новокаина, 50% раствора анальгина в димексиде, лазерное облучение болевых точек. С целью оказания противоболевого и противовоспалительного действия назначали фонофорез 1—2% гидрокортизоновой мази, диадинамические токи, УВЧ-терапию, с этой же целью применяли внутрисуставное введение суспензии гидрокортизона, кеналого-40, а для улучшения трофики — кислорода. Инактивация ферментов и медиаторов воспаления обеспечивалась внутрисуставным введением контрикала. По мере стихания боли назначали массаж и лечебную гимнастику. Обычно такой комплекс лечения оказывался достаточным для снятия или уменьшения болевого синдрома.

Из представленной таблицы видно, что в комплексном лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного и коленного суставов разгрузка сустава, анальгетики и нестероидные препараты, физиотерапия применялись примерно с одинаковой частотой. В то же время лечебная гимнастика и массаж при гонартрозе назначались в 1,4 раза, а внутрисуставное введение лекарств — в 16 раз чаще, чем при патологии тазобедренного сустава. Новокаиновые блокады применялись только при заболеваниях тазобедренного сустава.

Касаясь блокад, следует заметить, что выполнение некоторых из них требует особых навыков и

Частота применения отдельных методов лечения в комплексной терапии дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного и коленного суставов (в %)

Метод лечения	Тазобедренный сустав (102 больных)	Коленный сустав (73 больных)
Разгрузка сустава	62,7	67,1
Аналгетики и др.	52	53,4
Лечебная гимнастика	55,9	79,5
Массаж	53,9	78,1
Диадинамические токи	20,6	9,6
Ионофорез	15,7	13,7
Фонофорез	3,9	9,6
Поле УВЧ	4,9	11
Лазертерапия	—	2,7
Внутрисуставные введения:		
кислород	3	41,1
кеналог	1	11
гидрокортизон	—	8,2
контрикал	—	2,7
Новокаиновые блокады в том числе:	18,6	—
сакроспинальные	7,8	—
по А.Л. Гиммельфарбу	3,9	—
по В.А. Полякову	3,9	—
по Л.Г. Школьникову	2	—
внутрисуставные	1	—
Гипербарическая оксигенация	4,9	—

хорошего знания топографической анатомии. Напротив, сакроспинальные блокады [6] технически легко осуществимы, что позволяет применять их даже в амбулаторных условиях. К тому же они показаны больным с сопутствующим остеохондрозом поясничного отдела позвоночника. Во всех случаях после новокаиновых блокад наступало уменьшение болей на более или менее продолжительное время.

Гипербарическая оксигенация проведена 5 больным. Сеанс терапии длился 1 ч (по 10 мин компрессия и декомпрессия и 40 мин непосредственно оксигенация). На курс лечения обычно назначали 10—12 сеансов. Уже после второго сеанса у пациентов уменьшались боли в суставах, нормализовался сон, улучшался аппетит. Однако этот эффект сохранялся лишь 2—3 дня после окончания курса оксигенотерапии.

У 20 больных (эти данные не включены в таблицу) применяли курантил и кальцитрин, стараясь не назначать в это время другие виды терапии.

Кальцитрин вводили внутримышечно по 3 ЕД один раз в день 6 дней подряд с перерывом на каждый 7-й день в течение 1 мес. Одновременно назначали препараты кальция до 4 г в сутки. Такое лечение получили 13 мужчин. В одном случае эффекта не

отмечено, у 12 (92,3%) пациентов к концу срока лечения наступило уменьшение болей в пораженных суставах, однако это улучшение сохранялось не более 1 мес.

Семь больных получали лечение курантилом: препарат в дозе 0,5 мг на 1 кг массы тела больного разводили в 250 мл 0,9% раствора хлорида натрия и вводили внутривенно капельно. На курс — 14 вливаний. Из 7 больных только у 2 (28,6%) отмечалось кратковременное уменьшение болей в суставах. В настоящее время мы применяем препараты нитроглицерина при дегенеративно-дистрофических заболеваниях тазобедренного сустава с хорошим противоболевым эффектом.

Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре превышала 1 мес (при поражении тазобедренных суставов — 33,3 дня, коленных — 30,8 дня). Эффективность консервативной терапии у больных с поражением тазобедренных суставов была почти в 2 раза ниже, чем у больных с гонартрозом (уменьшение болей отмечено соответственно в 41,1 и 72,6% случаев).

Если улучшения от консервативного лечения не наступало или оно было минимальным, пациентов переводили в межрайонное физиотерапевтическое отделение восстановительного лечения, где им проводилась бальнео- и грязелотерапия (средняя продолжительность 24 дня).

При отсутствии эффекта после всех консервативных мероприятий больным назначали санаторно-курортное лечение, переводили их на инвалидность или расширяли показания к хирургическому лечению.

Наблюдение за пациентами в динамике (по 1993 г.) показало, что улучшение, достигнутое при консервативном лечении, сохраняется в среднем 2—3,5 мес, после чего боли появляются вновь и это приводит к повторной госпитализации больных.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о недостаточной эффективности консервативной терапии дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного и коленного суставов, о необходимости поиска новых и совершенствования известных нехирургических методов их лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гиммельфарб А.Л. Коксартроз и его хирургическое лечение: Дис. ... д-ра мед. наук. — Казань, 1982.
2. Гурьев В.Н. Коксартроз и его оперативное лечение. — Таллин, — 1984.
3. Каплан А.В. Закрытые повреждения костей и суставов. — М., 1967. — С. 290.
4. Косинская Н.С. Дегенеративно-дистрофические поражения костно-суставного аппарата. — Л., 1961.
5. Поляков В.А., Сахаров Б.В. Пролонгированные внутрикостные блокады. — М., 1973.
6. Попов В.И., Муртазев Н.Д. //Вестн. хир. — 1963. — № 10. — С. 84—92.