

КОМПЛЕКСНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Н.Н. Кораблева¹, Н.И. Длинных², М.Г. Еникеев¹, Д.Ю. Шестаков¹,
С.В. Пироженко¹, А.В. Красногорский¹, Т.К. Хуыз¹

¹Российская медицинская академия последипломного образования, Москва,

²Городская больница, Старая Русса

Представлены результаты комплексного консервативного лечения 39 больных остеоартрозом тазобедренного и коленного суставов I–III стадии с использованием облучения биологически активных артроспецифических точек высокоэнергетическим неодимовым лазером и последующего введения в эти точки лекарственного коктейля. Применение стероидных препаратов при этом исключалось. Показано, что предложенный метод обеспечивает более длительную, чем традиционное консервативное лечение, безмедикаментозную и повторяемую ремиссию. Он может быть использован как при реабилитационном лечении, так и в качестве предоперационной подготовки.

Results of treatment of 39 patients with hip and knee I–III osteoarthritis are presented. Treatment consisted of irradiation of bioactive arthrospecific points with high energy Nd-laser followed by injections of drug cocktail into those points. No steroid drugs were used. The method could be used both as independent technique for rehabilitation treatment and preoperative management. It is shown that suggested method provides longer non-medicine remission as well as repeated remission in comparison with traditional conservative treatment.

Дегенеративно-дистрофические поражения суставов остаются одной из ведущих проблем артрологии. Остеоартрозы относятся к наиболее распространенным видам патологии у взрослых, прочно занимая третье место среди причин инвалидизации с высоким уровнем утраты трудоспособности и пятое место по уровню временной нетрудоспособности [2, 7]. Остеоартроз является полиэтиологическим заболеванием, в патогенезе которого ведущее место занимают расстройства местного кровообращения, тканевая гипоксия, нарушение тканевого обмена. Чаще поражаются наиболее нагружаемые и подвергаемые макро- и микротравматическим воздействиям тазобедренный и коленный суставы [4–6].

Современное комплексное консервативное лечение дегенеративно-дистрофических поражений суставов включает физиотерапию, лечебную физкультуру и медикаментозную терапию [3]. Как показал анализ данных за 2000–2004 гг. (852 больных остеоартрозом крупных суставов нижних конечностей, обратившихся в этот период за консультативной помощью, а ранее получавших лечение в поликлиниках Москвы), среди лекарственных средств в амбулаторной практике лидируют применяемые перорально нестероидные противовоспалительные и вводимые внутрисуставно или параартикулярно стероидные препараты. При этом в последние годы все чаще назначаются хондропротекторы (перорально). Лечение носит практически «пожизненный» характер, однако добиться длительной безмедикаментозной, а главное, повто-

ряемой ремиссии удается далеко не всегда. Используемые классические схемы медикаментозного лечения наряду с умеренным симптоматическим эффектом нередко оказывают и неблагоприятное побочное воздействие как на опорно-двигательный аппарат, так и на организм в целом.

На кафедре травматологии РМАПО совместно с городской больницей Старой Руссы проводится научно-клиническое исследование, целью которого является разработка схемы комплексного консервативного лечения дегенеративно-дистрофических поражений суставов, которое обеспечивало бы длительную безмедикаментозную и повторяемую ремиссию.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В основную группу вошли 39 больных остеоартрозом тазобедренного и коленного суставов в возрасте от 18 до 64 лет. Преобладали женщины — 28 человек. Пациенты этой группы получали комплексное лечение, включавшее инъекционную терапию по биологически активным артроспецифическим точкам (БААСТ). Значительной части из них (28 больных — 71,8%) до этого проводилось лечение по разработанной нами схеме: хондропротекторы перорально, витамины, биостимуляторы, препараты, улучшающие микроциркуляцию, физиотерапия, лечебная гимнастика. Однако поскольку по прошествии месяца с момента начала лечения ожидаемого эффекта не наступило, больным была предложена инъекционная терапия по БААСТ. Контрольную группу составили 84 боль-

Табл. 1. Распределение больных по локализации и стадии развития остеоартроза

Группа больных	Коксартроз						Гонартроз			Всего больных
	односторонний			двусторонний						
	стадия процесса									
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	
Основная	2	3	6	1	3	7	3	9	5	39
Контрольная	5	3	7	5	7	12	7	11	27	84
Итого	7	6	13	6	10	19	10	20	32	123

ных, у которых применялось лечение, включавшее физиотерапию, лечебную физкультуру, внутрисуставное введение стероидных препаратов, пероральный прием нестероидных противовоспалительных препаратов. Обе группы больных лечились амбулаторно.

Степень дегенеративно-дистрофических изменений оценивали рентгенологически по Н.С. Косинской. Как видно из табл. 1, остеоартроз I стадии отмечен у 23 больных, II стадии — у 36, III стадии — у 64. У 35 (28,5%) больных имелось поражение обоих тазобедренных суставов. Лечение проводилось в основном в стадии обострения и/или на фоне длительно существующего болевого синдрома.

В 51,2% случаев причиной заболевания был диспластический синдром, в 40,7% — травма сустава (в том числе хроническая микротравма), в 8,1% случаев причина точно не установлена. У 52% больных патология суставов сочеталась с дорсопатией. Длительность течения заболевания составляла от 2,5 до 22 лет.

Основными методами обследования были клинический, лабораторный и рентгенологический. Обследование проводили дважды: до начала и спустя 2 нед после курса комплексного лечения. Часть больных обследованы также в период ремиссии через 0,5 и 3 года после лечения.

Динамику болевого синдрома оценивали на основании опроса больных с использованием субъективной шкалы от 100 до 0%. В сыворотке крови определяли уровень серомукоида, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка, кальция и фосфора. Следует отметить, что достоверными были изменения показателей щелочной фосфатазы и серомукоида, тогда как в содержании С-реактивного белка, кальция и фосфора закономерных изменений у обследованных нами пациентов не прослеживалось.

Больные с I стадией остеоартроза предъявляли жалобы на ощущение «щелчков», «хруста» в суставах при физической нагрузке, чувство дискомфорта, небольшие боли по внутренней поверхности коленного сустава, в области большого вертела или внутренней поверхности бедра. Отмечали появление болей в суставах при повы-

шенных физических нагрузках (особенно при ношении тяжестей и ходьбе по неровной поверхности). Объем движений был незначительно ограничен из-за болевых ощущений в период обострения процесса. Рентгенологически выявлялись умеренная асимметрия суставной щели с некоторым сужением ее, незначительное заострение контуров метаэпифизов.

При II стадии дегенеративного процесса пациенты жаловались на выраженные — от тупых (ноющих) до острых (стреляющих) — боли в области пораженного сустава постоянного характера, усиливающиеся на фоне физической нагрузки, особенно при ротационных движениях. Боли усиливались даже при небольших статодинамических нагрузках. Практически у всех пациентов отмечалась хромота. Объем движений был ограничен. Рентгенологически выявлялись сужение суставной щели, краевые костные разрастания, субхондральный склероз, кистовидная перестройка и нарушенные конгруэнтности суставных поверхностей.

Развитие III стадии остеоартроза сопровождалось тяжелой инвалидизацией пациентов. Они испытывали острые болевые ощущения не только при нагрузках, но и в состоянии покоя, особенно ночью. Функция сустава была резко нарушена (вплоть до полной потери), как правило, имелась сгибательная контрактура. Клинически определялась значительная деформация сустава с увеличением его размеров. В области пораженного сегмента отмечались выраженные сосудистые нарушения. Все больные передвигались с опорой на трость или костыли. Рентгенологически выявлялись выраженная деформация суставных концов с нарушением целостности субхондральных зон и их склерозированием, обширные костные разрастания, особенно при диспластическом остеоартрозе. В метаэпифизах костей, образующих сустав, определялись трофические нарушения — остеопороз.

Отличие разработанного нами лечебного комплекса от стандартного состоит в том, что мы полностью отказались от применения стероидных и длительного применения нестероидных противовоспалительных препаратов. Мы полностью отказались также от внутрисуставных инъекций, ис-

ходя из того, что травматизация параартикулярных тканей может вызывать в дальнейшем развитие хронических тензопатий, иногда с формированием стойких контрактур. Кроме этого, не секрет, что внутрисуставное введение, особенно стероидных препаратов, иногда является причиной возникновения гнойного артрита.

Общепринятый метод ведения больных с остеоартрозами во многих случаях не обеспечивает безмедикаментозной ремиссии после курса лечения, сама ремиссия длится в зависимости от стадии заболевания от нескольких недель до года, причем при повторных курсах продолжительность ее прогрессивно сокращается. Наступающая после лечения ремиссия поддерживается лекарственной терапией, например приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, которые, как известно, могут вызывать общие и местные осложнения.

Нами были выделены группы биологически активных точек, селективных для коленного и тазобедренного суставов (см. рисунок). Воздействие на эти точки, постоянные для каждого сустава, обеспечивало повторяемый результат (пат. 2177301 РФ от 27.12.01). Точки коленного сустава: 10RP, 9RP, 36E, 34E; точки тазобедренного сустава: 36V, 31E, 34E, 31VB [8].

Метод заключается в комплексном воздействии на биологически активные артроспецифические точки физическими и фармакологическими факторами последовательно. Вначале БААСТ облучали высокоэнергетическим лазером с длиной волны не менее 1,06 мкм. Использовали отечественный лазерный неодимовый аппарат «Добрый свет» или разрешенный к применению в РФ YAG laser system (модель 3040, 3060 или 3100) фирмы «Sharplan Nd». Аппарат настраивали на импульсный режим воздействия, используя точечный световод, позволяющий сфокусировать поток лазер-

ного излучения. Подводя световод непосредственно к поверхности сегмента, последовательно облучали ранее отмеченные биологически активные точки (плотность мощности на каждую точку — 0,5 кВт). После этого в те же БААСТ вводили фармакологические препараты. Пункцию точек производили под углом 90° к поверхности кожи, глубина введения иглы составляла в среднем 1 цунь («цунь» — величина индивидуальная, равняется расстоянию между внешними контурами поперечных складок средней фаланги III пальца кисти конкретного больного). Вводили растворы витаминов, лекарственных препаратов, обладающих местно-анестезирующим и хондропротекторным действием. Стандартной прописью коктейля мы считаем:

Раствор новокаина 0,25% — 4–6 мл
(при непереносимости новокаина —
раствор лидокаина 2% — 4 мл);

Витамин B₁₂ — 500 мкг;

Раствор «Алфлутоп» или «Дона» —
стандартная ампула (при использовании препарата «Дона» всегда применяли лидокаин).

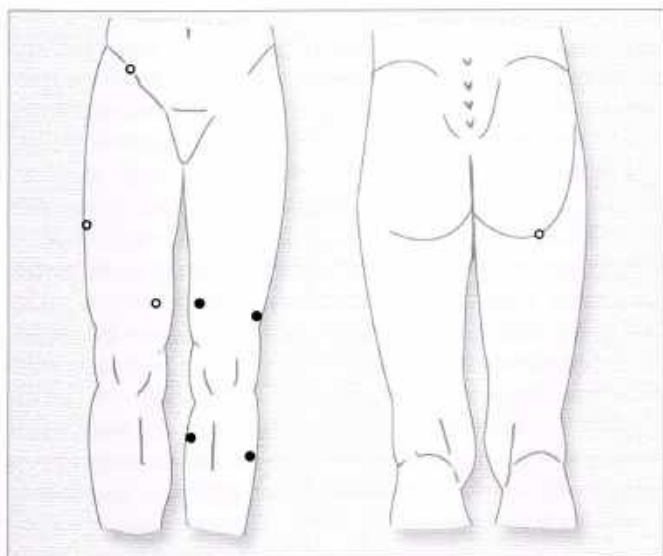
При наличии синовита в состав коктейля дополнительно включали 1 мл супрастина, а при наличии контрактуры — контрикал или трасилол в течение первых 3–5 дней терапии. Курс лечения состоял из 8–12 процедур.

Предложенный способ практически не имеет противопоказаний к применению. Противопоказанием может быть лишь индивидуальная непереносимость препаратов, используемых для введения в БААСТ.

Комплекс лечения включал также лечебную физкультуру, общеукрепляющую медикаментозную терапию, пероральное применение селективных нестероидных противовоспалительных препаратов: назначали аэртал в комбинации с миорелаксантами (сирдалуд, мидокалм, но-шпа) курсом от 10 до 15 дней, препараты никотиновой кислоты и алоэ в течение 10 дней. Как уже было отмечено, предложенный метод полностью исключал использование стероидных гормональных препаратов, что само по себе является профилактикой усугубления дистрофических изменений в костях и суставах.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Критериями ремиссии являлись улучшение функции пораженной конечности, отсутствие болевого синдрома, позволяющее пациенту обходиться без приема медикаментозных препаратов, улучшение качества жизни — повышение активности, благоприятные сдвиги в эмоциональной сфере. Сравнительная оценка двух важнейших показателей — степени купирования болевого синдрома и продолжительности безмедикаментозной ремиссии у больных основной и контрольной групп (табл. 2)



Расположение биологически активных точек, специфических для тазобедренного (○) и коленного (●) суставов.

Табл. 2. Результаты консервативного лечения остеоартроза в основной и контрольной группах

Показатель	Группа больных	Коксартроз						Гонартроз			Всего больных		
		односторонний			двусторонний						абс.	%	
		стадия остеоартроза											
		I	II	III	I	II	III	I	II	III			
Купирование боле- вого синдрома:													
на 100%	Основная	2	2	3	1	1	1	3	7	3	23	59,0	
	Контрольная	3	0	0	3	2	0	5	3	1	17	20,2	
на 95–80%	Основная	0	1	2	0	2	2	0	2	1	10	25,6	
	Контрольная	1	1	0	2	2	1	2	5	7	21	25,0	
менее 80%	Основная	0	0	1	0	0	4	0	0	1	6	15,4	
	Контрольная	1	1	2	0	1	4	0	2	8	19	22,6	
без эффекта	Основная	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Контрольная	0	1	5	0	2	7	0	1	11	27	32,2	
Длительность без- медикаментозной ремиссии:													
3–6 мес	Основная	0	0	3	0	0	4	0	0	2	9	23,1	
	Контрольная	1	1	7	2	5	11	0	7	26	60	71,4	
6–12 мес	Основная	0	1	3	0	1	1	0	4	1	11	28,2	
	Контрольная	1	2	0	2	2	1	4	2	1	15	17,9	
1–2 года	Основная	1	1	0	0	1	2	0	2	2	9	23,1	
	Контрольная	3	0	0	1	0	0	3	2	0	9	10,7	
более 2 лет	Основная	1	1	0	1	1	0	2	3	1	10	25,6	
	Контрольная	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

свидетельствует о преимуществе предложенного метода лечения перед общепринятым.

ОБСУЖДЕНИЕ

Система зон акупунктуры является звеном аппарата биологической саморегуляции организма и выполняет задачу поддержания его оптимального энергетического уровня в соответствии с меняющимися внешними и внутренними условиями, т.е. БААСТ являются зонами энергообмена. Под влиянием облучения высокоэнергетическим неодимовым лазером изменяется их электропроводность, что, по-видимому, и служит фактором, усиливающим действие лекарственных препаратов. При лазерном облучении мощностью до 0,5 кВт в периодическом режиме с перерывом между импульсами 1–2 с, суммарной мощностью за сеанс по точкам 2–2,5 кВт отмечено потенцирование действия лекарственных препаратов, вводимых в БААСТ, и ускорение проявления клинического эффекта. В среднем на 2–3-е сут-

ки после начала лечения происходит купирование синовита и болевого синдрома, увеличение объема движений в суставе. Положительный эффект лазерного облучения с указанными параметрами достигается за счет глубины проникновения света, что способствует приведению БААСТ в состояние возбуждения и улучшает реагирование точек на лекарственные препараты. Кроме того, облучение БААСТ активизирует оксидантную систему, обеспечивая антиоксидантный эффект в зоне поражения, что, в свою очередь, приводит к укорочению фаз воспаления и, следовательно, ускоряет купирование патологического процесса в целом.

Таким образом, разработанный метод комплексного консервативного лечения остеоартроза крупных суставов нижних конечностей позволяет обеспечить безмедикаментозную повторяемую ремиссию, что чрезвычайно актуально для больных пожилого и старческого возраста, особенно при наличии противопоказаний к оперативному лечению.

В случае выбора хирургического способа лечения применение данного метода в качестве предоперационной подготовки позволяет предупредить обострение остеоартроза на «здоровой» конечности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкий А.Г. Локальная инъекционная терапия при дегенеративных заболеваниях опорно-двигательного аппарата: Уч. пособие. — М., 2003.
2. Боринский С.Ю. Комплексный консервативный подход к лечению деформирующего артроза в условиях дневного стационара: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Самара, 1997.
3. Водянов Н.М., Сулим Н.И., Кондауров В.В. Консервативная терапия деформирующих артрозов. — Промкопеевск, 1993.
4. Героева И.Б. // Рос. мед. журн. — 1997. — № 5.
5. Косинская Н.С. Дегенеративно-дистрофические поражения костно-суставного аппарата. — Л., 1961.
6. Некачалов В.В. Патология костей и суставов: Руководство. — СПб, 2000.
7. Смирнов А.Н. Суставные синдромы: дифференциальная диагностика и принципы патогенетической терапии. — М., 1999.
8. Хоанг Бао Тян, Ля Куанг Нхуен. Иглоукалывание. — М., 1988. — С. 454–462.

© Коллектив авторов, 2004

ВОЗМОЖНЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ

И.Ф. Ахтямов, С.В. Туренков, А.Д. Тараненко

Казанский государственный медицинский университет

Представлена концепция выбора варианта тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе у взрослых пациентов. Критерием выбора является взаимоотношение элементов тазобедренного сустава, оцениваемое по разработанному авторами индексу покрытия головки бедренной кости. На основе этой концепции проведен анализ результатов эндопротезирования у 126 больных (136 суставов). Выявлены преимущества двухэтапного лечения диспластического коксартроза с коррекцией взаимоотношений элементов сустава на ранних стадиях и последующим эндопротезированием в терминальной стадии процесса.

Conception for the choice of total hip replacement variant in adult patients with dysplastic coxarthrosis is presented. Criteria for the choice are interrelation of hip joint elements that is evaluated according to the femoral head coverage index elaborated by the authors. The conception was used in 126 patients (136 joints). Advantages of two-steps treatment of dysplastic coxarthrosis were detected: correction of joint elements correlation (pelvic osteotomy by Hiary) at early stages of pathologic process and subsequent joint replacement at the terminal stage.

Деформирующий коксартроз — одно из самых тяжелых последствий заболеваний тазобедренного сустава, таких как дисплазия, вывих бедра, болезнь Легга—Кальве—Пертеса. По данным литературы, дегенеративные процессы в тазобедренных суставах приводят в 60–70% случаев к снижению трудоспособности пациентов, а в 11–38% — к инвалидности, причем эти показатели имеют устойчивую тенденцию к росту [3, 6, 9, 11]. Создание новых, более совершенных способов и методик лечения врожденного вывиха бедра, дисплазии тазобедренного сустава и различных вариантов его нестабильности у детей и подростков позволило в значительной мере предотвращать развитие ранних форм диспластического коксартроза. При этом залогом успеха являются индивидуальный подход к каждому пациенту, анатомически обоснованные, щадящие вмешательства на суставе и его элементах [1, 5, 8].

Вопрос о связи между дисплазией и артрозом тазобедренного сустава заслуживает особого внимания, так как здесь лежит ключ к профилактике дегенеративно-дистрофических изменений сустава, определению рационального объема и характера дальнейшего лечения [6, 13, 16].

Актуальность проблемы оперативного лечения диспластического коксартроза у взрослых обусловлена не только тяжестью и частотой данной патологии, но и отсутствием патогенетически обоснованного, строго индивидуального и технологически обеспеченного подхода к медико-социальной реабилитации этой сложной категории больных.

В последние годы для лечения диспластического коксартроза широко и достаточно успешно используется метод тотального эндопротезирования тазобедренного сустава [10, 14, 17, 18]. Возвращение пациента к нормальной жизнедеятельности при использовании этого метода зависит от ряда