

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ
ІНФОРМАЦІЇ І ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ**

**РАННЯ ДІАГНОСТИКА І КОНСЕРВАТИВНЕ
ЛІКУВАННЯ АСЕПТИЧНОГО НЕКРОЗУ ГОЛОВКИ
СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ДОРΟΣЛИХ**

(МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ)

(№ 08.11/62.11)

КИЇВ – 2010

Установа-розробник: Державна установа “Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка АМН України”

Укладачі:

д-р мед. наук, професор	М.О. Корж	(057-700-11-27)
д-р мед. наук, професор	В.А. Філіпенко	(057-704-14-68)
канд. мед. наук	І.В. Котульський	(057-704-14-72)
	А.Є. Вишняков	(057-704-14-72)
	О.О. Підгайська	(057-704-14-68)

Рецензент: д-р мед. наук, проф. Попсуйшапка О.К.

Голова проблемної комісії
“Ортопедія та травматологія”
МОЗ та АМН України
чл.-кор. АМН України,
д-р мед. наук, професор Г.В. Гайко

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АНГСК – асептичний некроз головки стегнової кістки
УЗД – ультразвукове дослідження
КТ – комп'ютерна томографія
МРТ – магнітно-резонансна томографія

ВСТУП

Асептичний некроз головки стегнової кістки (АНГСК) відносять до, так званих, ідіопатичних захворювань, тобто до хвороб з невиясненою етіологією та патогенезом. Відомо, що хвороба вражає переважно чоловіків працездатного віку і, як правило, призводить до їх інвалідизації.

Основними клінічними проявами АНГСК прийнято вважати процес некрозу кісткової тканини в головці стегнової кістки, який супроводжується больовими відчуттями в ділянці кульшового суглоба (рис. 1).

Дані літератури свідчать про те, що серед етіологічних чинників АНГСК важливу роль відіграють зловживання алкоголем, переохолодження, значні фізичні навантаження, затяжні психоемоційні стреси, а також рентгентерапія, хіміотерапія та терапія глюкокортикоїдними препаратами з приводу інших захворювань. Всі ці фактори здатні впливати на метаболізм ендогенних стероїдних гормонів та адренергічних нейромедіаторів, порушення якого може обумовлювати деструктивні зміни кісткової тканини в головці стегнової кістки.

Слід сказати, що, незважаючи майже на столітнє вивчення АНГСК, до цього часу в літературі недостатньо чітко окреслені ранні клінічні симптоми цієї хвороби, знання яких дало б можливість лікареві зорієнтуватись вже при амбулаторному прийомі хворого. Це в значній мірі обумовлено нечіткими уявленнями про патогенез цього страждання та широким спектром скарг, з якими приходиться зустрічатись при курації хворих з АНГСК.

В ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка АМНУ» на протязі 2004-2007 років була виконана науково-дослідна робота «Дослідити патогенез та підвищити ефективність методів діагностики і консервативного лікування асептичного некрозу головки стегнової кістки.» (№ держреєстрації 010U00964). При проведенні цього дослідження були обстежені і пройшли консервативне лікування 94 хворих з АНГСК.

Віддалені терміни спостереження за пацієнтами, що пройшли курс такої терапії, складають понад 6 років. Одержаний клінічний досвід свідчить про високу ефективність консервативного лікування АНГСК за розробленою нами методикою.

Методичні рекомендації призначені для ортопедів-травматологів, хірургів, невропатологів та лікарів загальної практики сімейної медицини і видаються в Україні вперше.

1. АМБУЛАТОРНА ДІАГНОСТИКА

Скарги та анамнез. На початковій стадії захворювання найбільш типовими є скарги на гострий ріжучий біль в пахвовій ділянці при ходьбі, при вставанні зі стільця, ліжка, при підйомі по сходах, а також при спробі відвести ногу вбік в положенні “стоячи” тощо. Біль часто іррадіює в коліно.

У частини хворих захворювання починається у вигляді больових відчуттів лише в ділянці колінного суглоба, гомілки або стопи. З часом біль набуває стійкого ниючого характеру і може турбувати хворого також вночі.

В скаргах додається обмеження рухів, утруднення при присіданні, поява пальпаторної болючості м'яких тканин в ділянці кульшового суглоба.

При збиранні анамнезу звертаємо увагу на наявність хронічних захворювань, таких як бронхіальна астма, червоний вовчак, хронічний панкреатит, виразкова хвороба шлунка, стенокардія та деяких інших, при лікуванні яких на протязі тривалого часу використовують гормональні або вазоактивні (блокатори кальцієвих каналів) препарати. Клінічний досвід свідчить, що побічним ефектом такого лікування може бути розвиток АНГСК.

Серед інших чинників, які сприяють розвитку АНГСК, відмічають надмірне споживання алкоголю (понад 400-600 мл чистого спирту на тиждень), одноразове або тривале переохолодження, важку фізичну

роботу, зтяжні або гострі психоемоційні стреси, травму ділянки кульшового суглоба, в т.ч. і без кісткових ушкоджень.

На основі аналізу анкетних даних обстежених пацієнтів нами відібрані найбільш суттєві ознаки, які найчастіше зустрічались при опитуванні хворих з АНГСК. Цим ознакам пропорційно до частоти їх спостережень визначені оцінки в балах (від 1 до 3) і складено алгоритм доклінічної діагностики АНГСК у дорослих, згідно з яким послідовно визначають наявність того чи іншого симптому і його бальну оцінку.

Після цього визначають суму набраних балів.

Контингент

– чоловіки 21-30 років – 1 бал

– 31-40 років – 2 бали

– 41-50 років – 3 бали

– 51-60 років – 1 бал

Скарги

Характер болю

– біль гострий, різучий при вставанні з ліжка, стільця, при підйомі по східцях – 3 бали

– біль ниючий в спокої – 3 бали

Локалізація болю

– в пахвовій ділянці – 3 бали

– в попереково-крижовій з іррадіацією в сідницю – 2 бали

– в ділянці колінного суглоба – 1 бал

– в ділянці гомілки і стопи – 1 бал

Анамнез

– тяжка фізична робота з навантаженням по вертикальній осі тіла (вантажники) – 3 бали

– переохолодження (інтенсивне одноразове або хронічне) – 3 бали

– перегрівання (наприклад, робота в ливарному цеху) – 1 бал

– зловживання алкогольними напоями – 3 бали

– зтяжний психоемоційний стрес – 2 бали

– травма кульшового суглоба (в т.ч. забій) – 2 бали

Попереднє лікування іншої патології

- кортикостероїдна терапія – 3 бали
- променева терапія – 2 бали
- хіміотерапія – 2 бали

Супутні захворювання

- хронічний панкреатит – 1 бал
- виразкова хвороба шлунка, 12-палої кишки – 1 бал

Аналіз результатів застосування цього діагностичного алгоритму у хворих з АНГСК показав, що, якщо набрана пацієнтом сума балів складає 12 і більше, існує висока вірогідність наявності у нього асептичного некрозу головки стегнової кістки, від 8 до 12 балів – хворий потребує додаткового обстеження на предмет захворювання АНГСК, менше 8 балів – існує необхідність в проведенні поглибленої диференційної діагностики з іншими захворюваннями попереково-крижової ділянки, тазу і кульшового суглоба.

2. КЛІНІЧНИЙ ОГЛЯД ХВОРОГО

Найбільш ранньою клінічною ознакою ідіопатичного асептичного некрозу головки стегнової кістки є обмеження ротаційних рухів в кульшовому суглобі, особливо внутрішньої ротації. Дослідження ротаційних рухів в кульшових суглобах проводять при положенні хворого на спині. При цьому стегно знаходиться під прямим кутом по відношенню до корпусу тіла (рис. 2). Спроба лікаря здійснити пасивно внутрішню ротацію кінцівки в суглобі не вдається і викликає сильний біль вже на самому початку захворювання, до появи рентгенологічних ознак захворювання. З розвитком захворювання з'являється обмеження зовнішньої ротації, потім рухів у фронтальній площині і лише в останню чергу обмежуються рухи в сагітальній площині.

Таким чином, якщо описувати клінічні ознаки захворювання по стадіях, то можна представити їх таким чином.

I стадія. Хо́да пацієнтів характеризується розгойдуванням. Гіпотрофія м'язів стегна відсутня або виражена незначно (різниця обсягу стегон в середній третині складає до 3 см). Має місце обмеження ротаційних рухів, особливо внутрішньої ротації. Рухи у фронтальній і сагітальній площинах зберігаються в повному об'ємі.

II стадія. При огляді відмічається виразна кульгавість, але хворі пересуваються без додаткової опори. Помітна більш виражена атрофія м'язів стегна (до 3-5 см). Ротаційні рухи або різко обмежені, або можуть бути відсутніми (рис. 3). З'являється обмеження рухів у фронтальній площині, особливо відведення (рис. 4). Рухи у сагітальній площині в повному об'ємі.

III стадія. Пацієнти починають користуватися додатковою опорою. При огляді відмічається виражена атрофія м'язів стегна (5-7 см), кінцівка у положенні зовнішньої ротації (5-10°). Ротаційні рухи відсутні. Рухи у фронтальній площині різко обмежені, амплітуда їх складає 10-15°. У багатьох з'являється згинальна контрактура в суглобі до 20° (рис. 5). Її дослідження проводять наступним чином: стегно здорової кінцівки встановлюють в положення максимального згинання. Хвора кінцівка при наявності контрактури займає те положення, в якому вона фіксована в кульшовому суглобі. У сагітальній площині рухи також обмежені.

IV стадія. Ходять пацієнти за допомогою милиць або тростини. Атрофія м'язів стегна досягає 8-10 см. Ротаційні рухи і рухи у фронтальній площині відсутні. Згинально-привідна контрактура (рис. 6) (згинання більш, ніж 20°, приведення, більш, ніж 10°). У сагітальній площині амплітуда рухів менша 40°.

3. ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Сучасні методи інструментального обстеження хворих дозволяють більш чітко об'єктивізувати початкові прояви АНГСК.

На сьогоднішній день найпоширенішим методом, що викорис-

товується в клінічному обстеженні хворих з АНГСК, залишається рентгенівський. Однак на ранніх стадіях процесу, коли у пацієнта маніфестує лише больовий синдром, рентгенологічні ознаки патології можуть бути відсутніми.

Цю стадію деякі автори називають дорентгенівською.

У визначенні кісткових змін, що не помітні на стандартній рентгенограмі, може бути корисною комп'ютерна томографія (рис.7). За допомогою цього методу може бути виявлено осередок некрозу в головці стегнової кістки й уточнена його локалізація на ранній стадії захворювання, коли на рентгенограмах осередок некрозу ще не помітний і є лише непрямі ознаки цього захворювання. Кісти, що чітко візуалізуються в середньому й нижньому відділах головки, свідчать про глибокі трофічні зміни вже на ранній стадії АНГСК і ці зміни передують розвитку осередку некрозу в найбільш навантаженому відділі.

На сучасному етапі розвитку об'єктивної діагностики АНГСК більш ефективним і специфічним неінвазивним методом чіткого визначення стадії патологічного процесу є метод магнітно-резонансної томографії (МРТ), що забезпечує високу чутливість щодо визначення ранніх ознак кісткової деструкції. При цьому чутливість магнітно-резонансного тесту сягає від 80% до 100%, що забезпечує найбільш високу можливість прогнозу за допомогою цього методу. Його застосування доцільне, коли клінічно наявний больовий синдром, а рентгенологічні зміни ще не виявляються. При застосуванні МРТ на ранніх стадіях АНГСК можуть бути візуалізовані сигнали низької інтенсивності в медіальній частині головки стегнової кістки, особливо в субхондральній зоні (рис. 8).

Комп'ютерна й магнітно-резонансна томографія в діагностиці ранніх стадій АНГСК на сьогоднішній день є найбільш ефективними методами, забезпечуючи практично всю повноту діагностичної інформації. Але висока вартість цих досліджень, відносно мале число таких діагностичних томографів не дозволяють вважати цей метод методом вибору при діагностиці АНГСК.

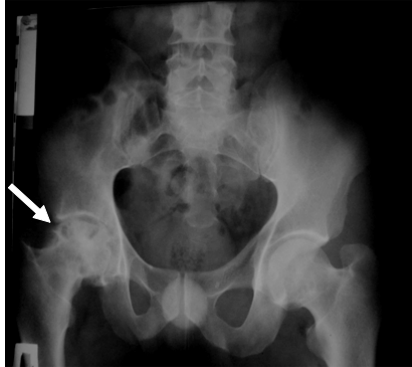


Рис. 1. Правобічний АНГСК 3-4 ст.



Рис. 3. Обмеження зовнішньої ротації у кульшовому суглобі.



Рис. 2. Відсутність внутрішньої ротації в кульшовому суглобі.



Рис. 4. Обмеження відведення у кульшовому суглобі.



Рис. 5. Згинальна контрактура у лівому кульшовому суглобі 15°.



Рис. 6. Згинально-привідна контрактура у лівому кульшовому суглобі.



Рис. 7. Комп'ютерно-томографічне зображення АНГСК.



Рис.8. МРТ зображення при двосторонньому АНГСК.



Рис. 9. Рентгенограма кульшових суглобів при АНГСК, ліворуч І ст., праворуч ІІ ст.

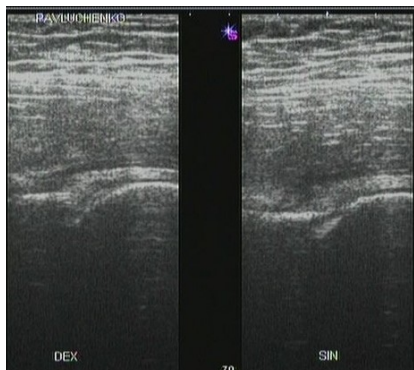


Рис.10. Сонограма кульшових суглобів при І ст. АНГСК зліва (поздовжній перетин).

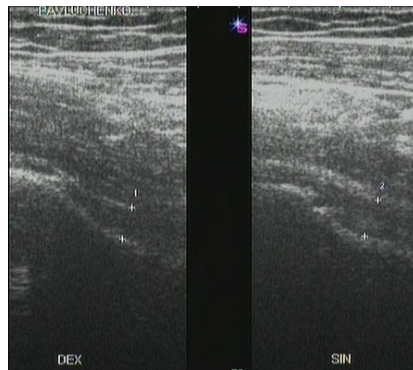


Рис.11. Сонограма кульшового суглоба при І ст. АНГСК зліва (поздовжній перетин, випіт у порожнину суглоба).

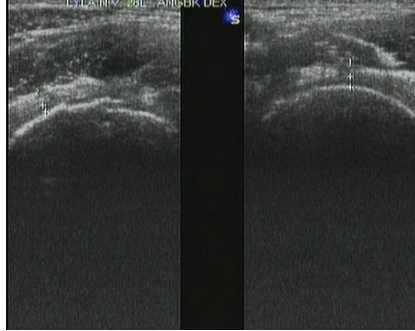


Рис. 12. Сонограма кульшових суглобів при II ст. АНГСК справа (поперечний перетин).

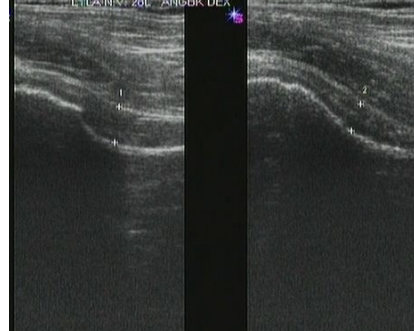


Рис. 13. Сонограма кульшових суглобів при II ст. АНГСК справа (поздовжній перетин, випіт у порожнину суглоба)

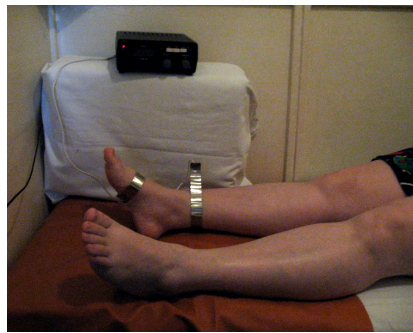


Рис. 14. Проведення сеансу електроаналгезії.

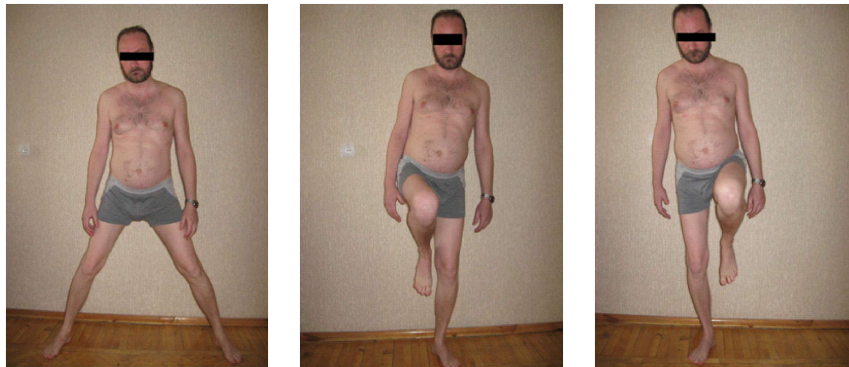


Рис. 15. Відновлення функції кульшового суглоба після курсу консервативної терапії у хворого з лівостороннім АНГСК 2 ст.

Слід сказати, що в наш час у багатьох медичних установах все ширше застосовується такий високоінформативний метод діагностики, як ультразвукове дослідження (УЗД).

Завдяки новим ультразвуковим приладам, у яких використовуються всі досягнення сучасних комп'ютерних технологій, ультразвукове дослідження стає найбільш прийнятним методом для доступної швидкої й інформативної діагностики змін у суглобах і навколосуглобних тканинах, що передують розвитку АНГСК.

Наводимо порівняльну рентгенологічну і ультрасонографічну оцінку структурних змін в кульшових суглобах на ранніх стадіях АНГСК.

Типова рентгенологічна картина кульшового суглоба при АНГСК I ступеня: кульшова западина та суглобова щілина не змінені, в головці стегнової кістки або немає змін, або має місце порушення структури кісткової тканини у вигляді вогнищ остеопорозу та остеосклерозу. Іноді визначається ніжна лінія остеопорозу в субхондральній зоні головки стегнової кістки (рис. 9). Однак незначні рентгенологічні ознаки захворювання не виключають наявності патологічного процесу і вимагають поглибленого дослідження і динамічного спостереження.

Сонографічно у досліджених хворих на цій стадії контури головки і шийки стегнової кістки рівні, відзначається деяке розширення суглобової щілини (середнє значення 5,8 мм), субхондральний шар кістки тонший, ехогенність хряща підвищена в порівнянні з контрлатеральною кінцівкою (рис. 10, 11).

Друга стадія (стадія імпресійного перелому) характеризується безліччю мікроскопічних переломів на тлі патологічних змін некротизованої кісткової тканини.

За даними рентгенологічного обстеження: кульшова западина не змінена, суглобова щілина розширена, головка стегнової кістки – контур порушений за рахунок імпресії некротичного вогнища в передньоверхній її частині. Вогнище некрозу диференціюється чітко за рахунок підвищеної рентгенівської щільності; довкола нього розташована зона остеолізу і реактивного склерозу.

За даними сонографічного обстеження на цій стадії головка стегнової кістки сплюснена, контури нерівні, переривчасті, субхондральний шар стоншений, розпушений, суглобова щілина розширена, нерівномірна по товщині і ехогенності. Ширина порожнини капсули і товщина синовіальної оболонки, як правило, не змінена. МРТ-дослідження на цій стадії дозволяє визначити некротичний дефект в головці стегнової кістки у вигляді вогнищ розрідження округлої і неправильної форми, що займають верхній і центральний відділи головки стегна (рис. 12, 13).

Третя стадія позначається як стадія вторинного артрозу.

При рентгенологічному дослідженні кульшова западина – по краю з'являються помірні кісткові розростання; суглобова щілина нерівномірно звужена; контур головки стегнової кістки різко змінений, відмічаються помірні крайові кісткові розростання. Вогнище некрозу диференціюється чітко, оточене широкою зоною остеолізу та склерозу.

При ультразвуковому дослідженні головка сплюснена і складається з ізольованих фрагментів неправильної форми і величини, гетерогенної ехоструктури, контури головки нерівні, переривчасті, суглобова щілина звужена, нерівномірна по товщині, ехогенність гіалінового хряща підвищена, має крапчасту структуру. Іноді може відмічатися збільшення об'єму порожнини суглоба, що свідчить про розвинений синовіт. У деяких хворих спостерігається вкорочення і стовщення шийки стегнової кістки.

Наведені вище дані вказують, що УЗД-діагностика ранніх стадій АНГСК є досить ефективною і, враховуючи поширеність цих досліджень в медичних закладах та невисоку вартість, слід вважати цей метод методом вибору.

4. КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З АНГСК

Клінічний досвід свідчить, що консервативне лікування при цьому захворюванні може бути достатньо ефективним лише на ранніх стадіях

патологічного процесу. Серед відомих методів, які використовують в різних лікувальних заходах для терапії АНГСК, можна виділити гіпербароокситерапію, ударно-хвильову терапію, черезшкірну електростимуляцію, терапію магнітними і електромагнітними полями, а також терапію АНГСК вазоактивними препаратами.

Виходячи з концепції про стресорний механізм розвитку АНГСК у чоловіків зі зниженою секрецією тестостерону або ж з порушеннями його перетворення в 5 α -дігідротестостерон і, відповідно, зі зниженням фізіологічної регенерації, зокрема в головці стегнової кістки, нами розроблено терапевтичний комплекс, в якому передбачається лікувальний вплив на основні ланки патогенезу цього захворювання.

4.1. Загальний та ортопедичний режим

Перш за все пацієнтів попереджаємо про необхідність уникання переохолоджень, надмірних фізичних навантажень та споживання алкогольних напоїв.

Велике значення має дотримання ортопедичного режиму. Хворі з початковими стадіями захворювання в більшості випадків не потребують розвантаження хворої кінцівки і можуть пересуватись без допомоги милиць або палички. Але в тих випадках, коли пересування пішки навіть на невеликі віддалі суттєво посилює біль в ділянці кульшового суглоба, ми рекомендуємо використовувати палички, а іноді й милиці. Такий захід не повинен бути довготривалим і його слід обмежувати періодом гострого болю (приблизно 2-3 тижні).

Дотримання ортопедичного режиму включає виконання рекомендацій щодо уникання перенесень тягарів (господарські сумки, багаж тощо) та тривалого перебування в ортостатичному положенні (стояння). Ходьба в помірному темпі на протязі 15-20 хвилин може бути навіть рекомендована для відновлення рухового стереотипу.

4.2. Черезшкірна електроаналгезія

Зі значного списку фізіотерапевтичних чинників, які в різних установах застосовують для лікування АНГСК, ми віддаємо перевагу методу черезшкірної електроаналгезії. В сучасній фізіотерапевтичній практиці з метою терапії больових синдромів використовують цілу низку пристроїв, що генерують імпульсний електричний струм в різних режимах (біполярний, монополярний, частотно– або амплітудно-модульований тощо).

Наш досвід свідчить, що при лікуванні АНГСК найбільш ефективною є дія біполярних прямокутних сигналів з тривалістю імпульсу 5 мс на частоті 100 Гц. Такі параметри електростимулюючих сигналів можна одержати на різних відомих пристроях для електроаналгезії (наприклад, «Элиман 401» та деякі інші). Ми використовуємо пристрій, який виготовлений в Інституті метрології, одержав свідоцтво про метрологічний контроль, і який забезпечує стабільність таких параметрів стимулюючих сигналів. Амплітуду сигналів встановлюють індивідуально в залежності від порогу відчуття подразнюючої дії електричних імпульсів під електродами. Електроди, що виготовлені з нержавіючої сталі у вигляді стрічок, накладають довкола переднього відділу стопи і в нижній третині гомілки (рис. 14). Під час сеансу хворий повинен максимально розслабитися.

Сеанс електроаналгезії проводимо на підпороговому рівні сили струму, який в середньому становить 0,5-0,7 мА. Тривалість щоденного сеансу складає 30 хвилин. Всього на курс лікування потрібно провести 20-25 сеансів. В окремих випадках, коли лабораторне обстеження не виявляє суттєвих відхилень параметрів нейрогуморальних показників або ж коли у пацієнтів виявляються виражені алергічні реакції на фармпрепарати, лікування обмежується лише курсом електроаналгезії, який є достатнім для повної ремісії больового синдрому і відновлення функції кінцівки. При необхідності курс електроаналгезії можна повторити через 2 місяці.

4.3. Медикаментозна терапія

Щодо медикаментозних засобів, які поєднуємо з курсом електроаналгезії, то нами успішно апробовано таку схему:

1) Енелбін (нафтидрофурил) – 100 мг, по 1-2 таблетки тричі на день після прийому їжі з обов'язковим запиванням таблеток нейтральною рідиною. Курс – 1 місяць.

Цей препарат відноситься до групи периферичних вазодилататорів.

Однак в ситуації з лікуванням больового синдрому при АНГСК важливою є властивість цього препарату блокувати серотонінові рецептори, в т.ч. й на закінченнях аферентних нервів.

2) Остеогенон – по 1 таблетці 2 рази на добу на протязі 2 місяців

3) Вітамін Е – 100 мг в капсулах, олійний розчин. По 1 капсулі 1 раз в день, вранці після сніданку. Курс – 1 місяць. Препарат застосовуємо при лікуванні АНГСК лише у чоловіків*.

При наявності м'язових контрактур в ділянці кульшового суглоба цю схему доповнюємо ін'єкціями скловидного тіла – по 2,0 мл підшкірно 1 раз в день, 25 днів. Рекомендуємо також проводити курс масажу ділянки кульшового суглоба.

В більшості випадків застосування цього лікувального комплексу (електроаналгезія, енелбін, остеогенон, вітамін Е) на протязі 1 місяця є достатнім для припинення больових відчуттів і відновлення опорної функції хворої кінцівки (рис. 15). В тих випадках, коли больові відчуття у хворого мають впертий характер і чітку локалізацію в м'язах і параартикулярних тканинах (так звані «тригерні точки») лікування доповнюємо блокадами цих ділянок 0,5 – 2 % лідокаїном (10 – 4 мл), які при необхідності виконуємо 2-3 рази з інтервалом в 3 – 4 дні. Вважаємо за необхідне внести застереження щодо ін'єкцій скловидного

* З нез'ясованих причин застосування вітаміну Е в 2 випадках у жінок спричинило загострення больового синдрому. Ми шукаємо розгадку цього феномену.

тіла хворим, у яких АНГСК розвинувся на ґрунті лікування глюкокортикоїдними препаратами інших захворювань (бронхіальна астма, червоний вовчак тощо). У цих пацієнтів, як правило, ін'єкції скловидного тіла супроводжуються алергічними реакціями. В таких випадках іноді приходиться обмежувати лікування АНГСК лише курсом електроаналгезії.

Доцільним є повторення комплексного лікування через 2 місяці, особливо при неповному відновленні обсягу рухів в кульшовому суглобі після першого курсу лікування.

Наш досвід свідчить, що безпосередній позитивний результат такого алгоритму лікування асептичного некрозу головки стегнової кістки у дорослих складає понад 95% – припинення або суттєве зниження больових відчуттів, зростання обсягу рухів в кульшовому суглобі, зменшення проявів кульгавості. В зв'язку з тим, що контингент хворих, які проходили під нашим спостереженням консервативне лікування (122 особи), був неоднорідним (різний ступінь розвитку асептичного некрозу – від 0 до III, різні механізми розвитку процесу – посттравматичний, постгормональний, алкогольний, пострадіаційний і т.п.) віддалені результати теж були неоднорідними. Тим не менш стійкий позитивний результат досягнуто у 87% хворих. Перевагою запропонованого способу консервативного лікування асептичного некрозу головки стегнової кістки перед відомим (отчет НИР № 632/056/022 “Разработка новых методов медицинской реабилитации ортопедо-травматологических больных с тяжелыми нарушениями функции нижних конечностей для применения в условиях поликлиники”, Москва, ЦИТО им. Приорова) є більш короткі терміни досягнення ремісії (за нашою методикою – 1 – 2 місяці, за методикою ЦИТО – 3 місяці при II стадії захворювання), більш високий відсоток (87% проти 62%) стійкої ремісії.

Під нашим спостереженням знаходяться пацієнти, які пройшли курс консервативної терапії ще в 2002-2003 роках і які повернулися до основної роботи і працюють до цього часу за фахом. Крім того, вказаний курс терапії, як правило, суттєво покращує самопочуття і

рухову активність навіть у хворих з 3-4 ст. АНГСК. В тих випадках, коли хворі не погоджуються на хірургічне втручання, вони проходять курс консервативного лікування 1-2 рази на рік, зберігаючи задовільне самопочуття.

Ми утримуємось від призначення хворим на ранніх стадіях АНГСК препаратів, що впливають на трофіку суглобового хряща, оскільки основний патологічний процес при цьому захворюванні розвивається поза хрящовою тканиною, перш за все в периартикулярних тканинах та в головці стегнової кістки. Крім того, згідно наших спостережень за хворими, які лікувались раніше в інших установах з застосуванням хондропротекторів, було відмічено посилення болю при прийомі цих препаратів. Щодо препаратів, які уповільнюють резорбцію кістки і стимулюють кісткоутворення, то їх призначаємо навіть при відсутності помітних остеолітичних змін в головці стегнової кістки.

Розвиток АНГСК у чоловіків віком 50-60 років іноді пов'язаний з тривалим лікуванням з приводу стенокардії або гіпертонічної хвороби фармпрепаратами, що блокують кальцієві канали або І-адренорецептори.

В таких випадках больовий синдром в ділянці кульшового суглоба носить затяжний характер і вимагає зміни в тактиці лікування серцево-судинних захворювань при одночасному застосуванні наведеного вище комплексу консервативної терапії АНГСК.

Слід також зазначити, що застосування нестероїдних протизапальних препаратів при лікуванні АНГСК у дорослих є недоцільним. Ці препарати викликають тимчасове знеболення, але можуть, згідно з даними літератури, посилювати інтенсивність деструкції кісткової тканини в головці стегнової кістки.

Варто відмітити, що, не дивлячись на позитивні зміни в загальному самопочутті хворих, при проведенні консервативної терапії АНГСК не вдається досягти в найближчий час помітного відновлення кісткової структури головки стегнової кістки. Ця обставина свідчить на користь концепції про апоптичну природу процесу, і, в зв'язку з цим,

– про більш важливе значення факту припинення патологічного процесу, ніж про досягнення структурної регенерації на ранніх стадіях захворювання. На користь такого трактування результатів лікування говорять тривалі спостереження за хворими, що лікувались за розробленою нами методикою і впродовж багатьох років підтримують стан ремісії.

ВИСНОВКИ

В методичних рекомендаціях наведені дані про ранню діагностику і консервативне лікування асептичного некрозу головки стегнової кістки у дорослих, які базуються на результатах власних досліджень, проведених на основі принципів доказової медицини.

При цьому рання діагностика АНГСК передбачає збирання анамнезу за запропонованою схемою, проведення бальної оцінки доклінічних і клінічних симптомів з наступним ультразвуковим та рентгенологічним обстеженням кульшових суглобів.

Консервативна терапія ранніх стадій АНГСК включає проведення курсу електроаналгезії, медикаментозне лікування шляхом застосування енелбіну, остеогенону, вітаміну Е, а при наявності контрактур в кульшових суглобах доповнюється ін'єкціями скловидного тіла.

Проведення одного-двох курсів такої терапії забезпечує повну ремісію патологічного процесу при ранніх стадіях асептичного некрозу головки стегнової кістки у дорослих і сприяє відновленню їх працездатності.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Вишняков А.Е. Сонографические критерии оценки тканей тазобедренного сустава при асептическом некрозе головки бедренной кости у взрослых / А.Е.Вишняков, С.М.Яковенко, В.И.Ефименко // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2006. – №2. – С.55-59.
2. Корж М.О. Сонографічні ознаки м'якотканинних структур в ділянці кульшового суглоба у дорослих та методика їх дослідження / М.О.Корж, А.Є.Вишняков, С.М.Яковенко, О.В.Танькут // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2008. – №2. – С.105-110.
3. Коваленко А.Н. Совершенствование методов лечения асептического некроза головки бедренной кости у взрослых: автореф. дис. на соискание ученой степени канд.мед.наук: спец. 14.01.21 – «травматология и ортопедия» / А.Н.Коваленко. – Курган, 2009.
4. Родионова С.С. Применение стронция ранелата в комбинированном консервативном лечении асептического некроза головки бедренной кости / С.С.Родионова, А.А.Шумский // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н.Приорова. – 2008. – № 4. – С.28-32.
5. Marker D.R. Treatment of early stage osteonecrosis of the femoral head. / Marker D.R., Seyler T.M., Mc Grath M.S. [et al.] // J. Bone Joint Surgery. – 2008. – Vol. 90. – P.175-187.
6. Meizer R. Die osteonecrose des Hьftgelenks / Meizer R., Meizer E., Landsiede F., Aginer N. // J. fur Mineralstoffwechsel. – 2007. – Vol.14, №1. – S.12-17.