

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОКСАРТРОЗА В УСЛОВИЯХ ДАГЕСТАНА

М.М. Омаров

*Республиканский ортопедо-травматологический центр МЗ Республики Дагестан,
главный врач – заслуженный врач РФ, к.м.н. М.М.Омаров
г. Махачкала*

Проблема лечения коксартроза как полифакторного заболевания остается нерешенной, несмотря на существование многочисленных методов его лечения в нашей стране и за рубежом. Необходимость поисков оптимальных методов ранней диагностики и своевременного лечения коксартроза не вызывает сомнений, т.к. увеличивается частота заболевания, оно проявляется уже в молодом возрасте, высок процент неудовлетворительных исходов, растет частота инвалидизации в продуктивном возрасте [1–3, 5, 6].

Некорригированная дисплазия и травматично вправленные врожденные вывихи тазобедренного сустава приводят к дегенеративно-дистрофическим поражениям тазобедренных суставов с локализацией болей в позвоночнике или в коленных суставах уже в 20–30-летнем возрасте [4]. При этом больные длительное время безуспешно лечатся у терапевтов и невропатологов. Только появление рентгенологических признаков артроза, в основном на II–III стадии, приводит больных к ортопеду.

Цель работы – выявить возможности консервативного лечения различных стадий коксартроза в условиях Дагестана.

Консервативное лечение проведено 524 больным в возрасте от 18 до 85 лет: с преартрозом и остеоартрозом I стадии – 192 (36,6%) пациента, остеоартрозом II стадии – 267 (51,0%), III – 65 (12,4%). В зависимости от характера лечения нами были выделены две группы больных. В основную группу (ОГр) вошли больные, которым лечение проводилось по разработанной нами системе с применением комплексной терапии. В контрольную группу (КГр) – пациенты, которые занимались самолечением, получали нерегулярную помощь у различных специалистов (не у ортопедов) в поликлинике.

Оценка результатов консервативного лечения больных с преартрозом и коксартрозом I стадии осуществлялась по разработанной балльной системе: хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный. К хорошим результатам отне-

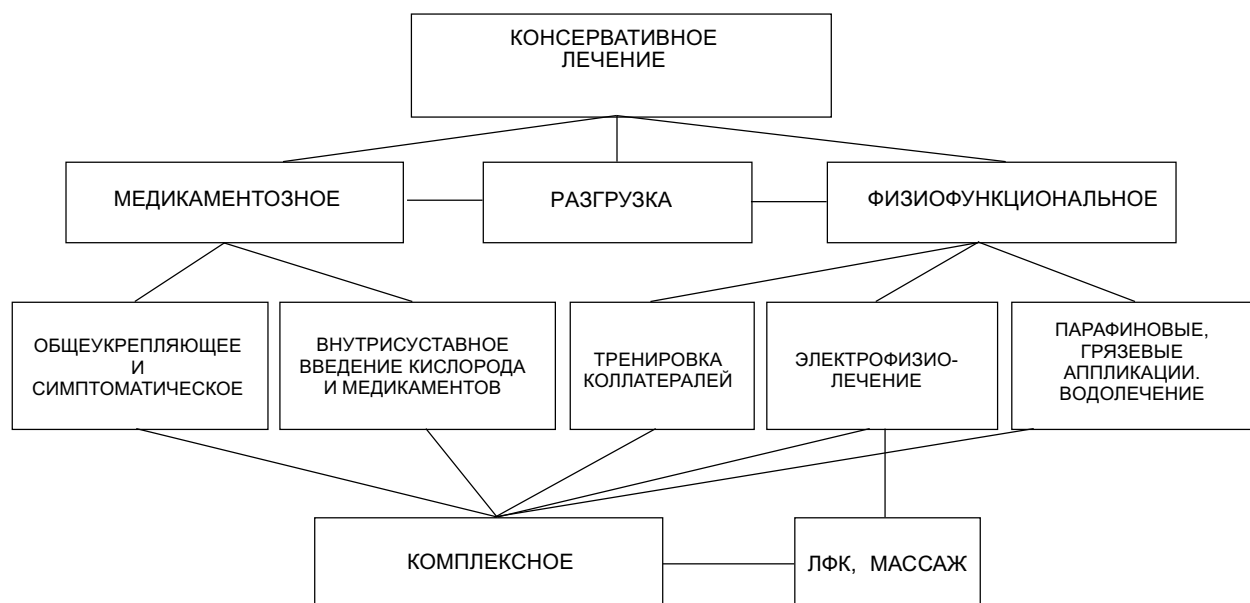
сены случаи полного или почти полного восстановления функции сустава, исчезновение болевого синдрома, восстановление приемлемой для больного походки, полное восстановление трудоспособности, возврат больных к своей обычной жизнедеятельности. Редко возникающие обострения (1 раз в 3–5 лет) не нарушают трудоспособность пациентов. Изменения рентгенологической картины пораженного сустава являются относительными показателями результатов лечения. Они наблюдаются у больных с неудовлетворительными результатами лечения и служат сигналом к применению более радикальных средств.

При удовлетворительных результатах лечения отмечались: сохранение болевого синдрома, ограничивающего трудоспособность и требующего приема обезболивающих препаратов, значительное ограничение функции пораженного тазобедренного сустава, выраженная хромота при ходьбе с дополнительной опорой, неполное восстановление трудоспособности. Возможно появление рентгенологических признаков прогрессирования патологического процесса.

Неудовлетворительными считались случаи, когда болевой синдром препятствовал активности и трудоспособности больных, функция в суставе практически отсутствовала, утрачивалась трудоспособность, больные переходили на инвалидность. О прогрессировании процесса свидетельствовали отрицательные рентгенологические изменения в суставообразующих костях.

Изучение отдаленных результатов лечения проводилось в ближайшие и отдаленные сроки: 1–5 лет, 6–10, 11–15. К сожалению, проследить отдаленные результаты в сроки до 15 лет у всех больных не удалось, так как в последние годы резко усилилась миграция населения, и многие не смогли приехать из-за финансовых затруднений (часть из них обследована с помощью анкетирования).

Разработанная схема лечения включала следующие направления:



В комплекс терапии входили:

нестероидные противовоспалительные препараты: диклофенак (вольтарен, ортофен), индометацин (метиндол), пироксикам, бруфен (ибупрофен), кетопрофен (флексен), которые назначали при воспалительных заболеваниях сустава;

сосудорасширяющие средства: трентал, теоникол, никошпан, циннаризин;

миорелаксанты: мидокалм, сирдалуд;

хондропротекторы: глюкозамин, хондроитин сульфат, румалон, дона, структум.

Местно назначались мази, компрессы (сани-тас, бом-бенге, нафталгин, димексид).

Кроме того, назначались *физиотерапевтические процедуры* (магнито- и лазеротерапия, УВЧ, ДМВ, фоно- и ультрафонофорез, тепловые процедуры), *новокаиновые блокады, пара- и интраартикулярная оксигенация тканей, массаж, мануальная и бальнеотерапия, лечебная физкультура, стимуляция коллатерального кровообращения по М.Р. Рамазанову, санаторно-курортное лечение.*

Результаты консервативного лечения больных коксартрозом I стадии. Среди 192 больных мужчины составили 44,3%, женщины – 55,7%, средний возраст мужчин – $31,6 \pm 1,4$ года, женщин – $41,8 \pm 1,1$. Пациентов с односторонним поражением тазобедренного сустава было 83,9%, с двусторонним – 16,1%.

В основную группу (IOГр) вошли 130 больных: 58 мужчин (средний возраст – $30,2 \pm 1,2$ года) и 72 женщины (средний возраст – $40,6 \pm 1,0$). В контрольную группу – 62 пациента: 27 мужчин (средний возраст $34,5 \pm 1,6$ лет) и 35 женщин (средний возраст $44,4 \pm 1,3$). Больным основной группы ежегодно проводилось комплексное лечение в стационаре (3–4 недели) и 2 раза в год – амбулаторно по месту жительства (3–4 недели). Реабилитацию больных проводили в домашних условиях по индивидуальным программам, рекомендованным методистами ЛФК, ежегодно осуществлялось санаторно-курортное лечение.

Результаты консервативного лечения отражены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты консервативного лечения больных коксартрозом I стадии
(по срокам наблюдений)

Сроки наблюдений (лет)	Группы больных	Количество		Результаты (%)		
		больных	суставов	хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные
1 – 5	I ОГр	130	150	78,5	21,5	-
	I КГр	62	73	-	80,6	19,4
6 – 10	I ОГр	108	121	64,8	35,2	-
	I КГр	48	54	-	62,5	37,5
11 – 15	I ОГр	76	83	59,2	40,8	-
	I КГр	21	25	-	9,5	90,5

Анализ лечения больных основной группы показал, что у всех обследованных был достигнут положительный результат, причем хорошие результаты наблюдались у 78,5% пациентов в течение 5 лет, у 64,8% – в течение 10, у 59,2% – в течение 15 лет. У 35 (26,9%) больных с преартрозом уже в первые 3 года удалось достичь полного восстановления функции сустава. При рентгенологическом обследовании изменений в суставах выявлено не было.

У больных контрольной группы в течение 5 и 10 лет результаты лечения оценивались только как удовлетворительные (соответственно 80,0% и 62,5%). В дальнейшем у этих пациентов процесс переходил во II стадию, что требовало применения дополнительных лечебных средств. Неудовлетворительные результаты лечения у больных контрольной группы проявлялись в ежегодных обострениях. Больные не проходили санаторно-курортное лечение, многие выполняли тяжелую физическую работу. При рентгенологическом исследовании у большинства больных этой группы выявлялись мелкокистозные очаги в головке бедренной кости и надвертлужной области. Отмечались костные наплывы у нижнего края головки бедренной кости. Необходимо отметить, что большинство больных основной группы принадлежало к молодому и среднему возрастам и строго выполняло предписан-

мужчины (средний возраст $38,6 \pm 1,8$ лет) и 77 женщин (средний возраст $49,2 \pm 1,5$).

Больным основной группы комплексное лечение проводилось 2 раз в год в стационаре (4–6 недель), 3 раза в год – в условиях поликлиники по месту жительства (3–4 недели). Реабилитацию осуществляли в домашних условиях по индивидуальным программам, рекомендованным методистами ЛФК. Дважды в год пациенты проходили курс санаторно-курортного лечения.

Больные контрольной группы (ПКГр) длительное время занимались самолечением, получали нерегулярную помощь у различных специалистов (не у ортопедов) в поликлинике.

Результаты консервативного лечения больных с коксартрозом II стадии представлены в таблице 2.

Больные, обратившиеся со II стадией болезни, обследованы в те же сроки: 1–5, 6–10 и 11–15 лет. Нами получены следующие результаты: хорошие в сроки от 1 до 5 лет – у 59,9% больных, удовлетворительные – у 32,5%, неудовлетворительные – у 7,6%; хорошие результаты в сроки 6–10 лет – у 45,3% больных, удовлетворительные – у 38,3%, неудовлетворительные – у 16,4%. Хороший результат в течение 15 лет из 97 (61,8%) больных ПКГр отмечен у 35,1%, удовлетворительный – у 45,4%, неудовлетворительный – у 19,5%. В целом положительный резуль-

Таблица 2

Результаты консервативного лечения больных коксартрозом II стадии
(по срокам наблюдений)

Сроки наблюдений (лет)	Группы больных	Количество		Результаты (%)		
		больных	суставов	хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные
1 – 5	II ОГр	157	189	59,9	32,5	7,6
	II КГр	110	135	-	60,0	40,0
6 – 10	II ОГр	128	153	45,3	38,3	16,4
	II КГр	78	95	-	39,8	60,2
11 – 15	II ОГр	97	115	35,1	45,4	19,5
	II КГр	35	42	-	34,2	65,7

ный режим лечения.

Результаты консервативного лечения больных коксартрозом II стадии. Среди 267 (100%) больных мужчины составили 35,4%, женщины – 64,6%, средний возраст мужчин – $35,2 \pm 1,4$ года, женщин – $46,8 \pm 1,1$. Пациентов с односторонним поражением тазобедренного сустава было 78,7%, с двусторонним – 21,3%.

В основную группу (ПКГр) вошли 157 больных: 62 мужчины (средний возраст – $41,0 \pm 1,4$ года) и 95 женщин (средний возраст – $44,2 \pm 1,5$). В контрольную группу – 110 больных: 33

тат составил 92,4% (до 5 лет), 83,6% (до 10 лет) и 80,5% (до 15 лет). Эти данные указывают на достаточную эффективность комплексного консервативного лечения больных коксартрозом II стадии.

У больных контрольной группы (ПКГр), по сравнению с исходными данными, улучшения показателей болезни не наблюдалось, но и ухудшения у 60,0% больных в ближайшие и отдаленные сроки наблюдений не происходило. Это говорит о том, что даже нерегулярное и неполноценное консервативное лечение замедляет раз-

Результаты консервативного лечения больных коксартрозом III стадии

Таблица 3

Сроки наблюдений (лет)	Группы больных	Количество		Результаты (%)		
		больных	суставов	хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные
1 – 5	III ОГр	38	57	-	34,2	65,8
	III КГр	27	48	-	22,2	77,8
6 – 10	III ОГр	30	41	-	30,0	70,0
	II КГр	19	32	-	-	100
11 – 15	III ОГр	21	31	-	28,6	71,4
	III КГр	-	-	-	-	-

витие болезни и отодвигает сроки оперативных вмешательств. При неудовлетворительных результатах необходимо оперативное лечение.

Консервативное лечение больных коксартрозом III стадии. Консервативная терапия при III степени коксартроза проводилась при наличии противопоказаний к операции или при отказе больных от нее. Эта группа больных также обследована в сроки 1–5, 6–10 и 11–15 лет. Результаты лечения представлены в таблице 3.

У больных обеих групп улучшения изучаемых показателей не наблюдалось. У 30% пациентов под влиянием консервативного лечения течение заболевания замедлялось. У остальных оно прогрессировало. Больные обращались за медицинской помощью в основном при выраженном болевом синдроме в период обострения процесса. Устранение болей или значительное снижение их интенсивности заметно повышало психо-эмоциональное состояние больных, несмотря на выраженные остеоартрозные изменения. У 6 человек процесс кистозного перерождения головки бедренной кости удалось проследить на протяжении 15 лет.

Осложнением консервативной терапии является усиление болей после парафиновых, грязевых аппликаций или сероводородных ванн (37

случаев), что было связано с проведением их при наличии СОЭ крови выше 25 мм/ч. К комплексному консервативному лечению при дегенеративно-дистрофических процессах тазобедренного сустава необходимо прибегать после медикаментозной коррекции показателей крови и относительно благополучном функциональном состоянии сустава.

Литература

1. Гурьев В.Н. Коксартроз и его оперативное лечение / В.Н. Гурьев. — Таллинн: Валгус, 1984. — 342 с.
2. Ежов Ю.И. Реконструктивно-восстановительные операции при дегенеративно-дистрофических заболеваниях тазобедренного сустава: Автореф. дис ... д-ра мед наук. — М., 1989. — 30 с.
3. Корнилов Н.В. Хирургическое лечение дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава / Н.В. Корнилов, А.В. Войтович, В.М. Машков, Г.Г. Эпштейн. — СПб.: Лито — Синтез, 1997. — 291 с.
4. Кулиш Н.И. Реконструктивно-восстановительная хирургия тазобедренного сустава / Н.И. Кулиш, В.Т. Михайлив, В.М. Танькут, В.А. Филиппенко. — Львов: Сит, 1990. — 136 с.
5. Сергеев С.В. Эволюция коксартроза в свете экспертизы трудоспособности / С.В. Сергеев, Е.А. Жмотова, И.М. Киммельфельд и др. // Вестн. травматологии и ортопедии. — 1996. — № 2. — С. 3–10.
6. Шапиро К.И. Социально-гигиеническая характеристика больных с заболеваниями тазобедренного сустава / К.И. Шапиро // Повреждения и заболевания тазобедренного сустава. — Л., 1983. — С. 62–64.