

**КОКСАРТРОЗ - ОДНА ИЗ ГЛОБАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ СОВРЕМЕННОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ**

Шапошников В.И.

*Кубанская государственная  
медицинская академия,  
Краснодар*

Цель. К числу массовых заболеваний человечества относятся деформирующие артрозы. У лиц старше 50 лет кинические его проявления наблюдаются у 20% населения. Причину развития данного патологического процесса связывают с локальным нарушением кровообращения в том или ином участке костной ткани, где в последующем образуется очаг асептического некроза. Этому способствуют: статические нарушения, уменьшение амортизации, повторные травмы, общие нарушения обмена веществ и иннервации, неспецифические инфекционные заболевания и другие причины. Дегенеративно-дистрофические процессы в зоне поражения сопровождаются локальным повышением внутрикостного давления и накоплением биологически активных продуктов распада ткани. В общей своей совокупности все эти отрицательные факторы день ото дня усиливают локальное разрушение кости с одновременным развитием деформирующего артроза. В настоящее время ведущую роль в купировании болевого синдрома, сопровождающий этот патологический процесс, отводят различным средствам санаторно-курортного лечения. Однако после такого лечения ремиссия, как правило, бывает непродолжительной, что заставляет больных вновь и вновь обращаться за помощью в физиотерапевтические кабинеты поликлиник.

В этих условиях консервативная терапия носит только паллиативный характер. Для коррекции же возникших патологических процессов, как минимум, требуется ликвидация локальной тканевой гипертензии, что можно достигнуть только путем трепанации кости, а уж затем - для восстановления структуры и трофики костной ткани - использовать все средства консервативного лечения. Приведенные данные послужили теоретической основой для разработки мининвазивного способа лечения больных с описанной патологией костной ткани (патент РФ № 2066138 от 10.09.1996 г.).

Метод и материалы. Эта методика была выполнена у 33 больных с асептическим некрозом головки бедра. Возраст - от 38 до 59 лет, женщин - 20 (60,6%). Повторные травмы были у 21 (63,6%). Причина заболевания не установлена у 12 (36,4%). Постоянным ранним симптомом была боль в области очага поражения, усиливающаяся ночью. Движения в суставе становились болезненными. Быстро развивалась приводящая контрактура тазобедренного сустава. При поколачивании кончиком пальца по тканям над очагом поражения возникала резкая боль. Раз возникнув, боль полностью никогда не проходила, а физиотера-

певтические процедуры лишь несколько снижали ее интенсивность. На рентгенограммах определялся локальный остеопороз, который быстро увеличивался в размерах. В зоне близлежащего коркового слоя развивался склероз. Рядом с основным очагом разрушения часто были и дочерние. В полостях содержалась слизисто-маслянистая жидкость. Очаги имели крупноячеистое строение и были соединены между собою.

Методика операции. В подвертельной зоне пораженной бедренной кости, осуществляли трепанацию кортикального слоя кости толстым шилом с погружением его острия в зону некроза. Затем, не извлекая шила, делали им вращательное движение под углом 35 - 45°, при этом конец инструмента, находящийся в очаге, производил конусовидное разрушение губчатой кости. После извлечения шила, по образованному каналу начинал поступать жировидный тканевой детрит. Вслед за этим, по созданному каналу в костную полость вводили обычную костную ложечку, имеющую изгиб дистальной части под углом 160 - 150° (для удобства разрушения участков асептического некроза, лежащих в стороне от проделанного шилом канала). Ложечкой осуществляли: как закрытую экскокслеацию патологического очага, так и частичное разрушение губчатой кости и внутренних слоев кортикального слоя. Во время манипуляции мимо ложечки под давлением выделялся жировидно-кровянистый детрит. Ложечку, за весь период выскабливания, из костной полости не извлекали. Фрагменты разрушенной здоровой губчатой кости и кортикального слоя оставались в полости и тем самым вместе с кровяным сгустком пломбировали ее. После разрушения очага, ложечку извлекали и по каналу в полость или вводили пластмассовую трубку с боковыми отверстиями, или просто на зону прокола кожи накладывали асептическую повязку. Объем кровопотери из костной ткани не превышал 5 - 10 мл. Трубку удаляли на 3 день и сразу же приступали к физиотерапии и активной разработке сустава, при этом у 21 (63,6%) пациента полное восстановление трудоспособности наступило через 11 - 13 суток, у 7 (21,2%) - через 15 - 20 суток, у 4 (12,1%) - через 25 - 30 суток. У 1 (3,1%) больного, с грибовидной деформацией головки, боль в суставе сохранилась.

Отдаленные результаты лечения в сроки от 2 до 15 лет изучены у 21 пациента - рецидива заболевания нет (подтверждено рентгенологически). 3 (14,3%) пациентов через 3 - 7 лет произведена подобная же операция на противоположной стороне тела.

Заключение. Метод закрытого выскабливания очага асептического некроза в головке бедра эффективен только в ранних сроках заболевания, а поэтому не следует терять время на консервативное лечение, а сразу прибегать к операции. Способ отличается своей простотой и безопасностью.