

Памяти А. Х. Озерова посвящается

УДК: 616.728.2–007.17–08:616.721.1

## КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОКСАРТРОЗА ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ (НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКИЙ КОКСАРТРОЗ)

(Часть II)

С. П. Твардовская, Т. М. Секер, О. Е. Юрик, А. А. Галузинский  
ГУ “Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины”, г. Киев

### CLINICA AND TREATMENT OF THE COXARTHROSIS IN THE PATHOLOGY OF THE LUMBAL OSTEOCHONDROSIS (part II)

S. P. Tvardovska, T. M. Seker, O. E. Yuryk, O. A. Galuzynskyy

23 patients with coxarthrosis and lumbal osteochondrosis were studied. Complaints, orthopedic and neurological displays and X-ray changes were studied. The method of complex treatment was worked out.  
Key words: lumbal osteochondrosis, coxae, artrosis.

### КЛІНІКА ТА ЛІКУВАННЯ КОКСАРТРОЗУ ПРИ ПОПЕРЕКОВОМУ ОСТЕОХОНДРОЗІ (НЕЙРОДИСТРОФІЧНИЙ КОКСАРТРОЗ) (частина II)

С. П. Твардовська, Т. М. Секер, О. Є. Юрик, О. А. Галузинський

Проаналізовано лікування 23 пацієнтів із коксартрозом II – III стадії на тлі остеохондрозу поперекового відділу хребта. Визначено скарги, ортопедичні та неврологічні прояви, рентгенологічні зміни. Розроблено схему комплексного лікування пацієнтів.

Ключові слова: остеохондроз поперекового відділу хребта, коксартроз.

## Введение

Лечение тяжелых форм коксартроза продолжает оставаться сложной проблемой современной ортопедии. Установлено, что положительные результаты лечения дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава могут быть получены в том случае, когда учитывается этиология и патогенез заболевания [3, 4, 8,9].

В последние годы при комплексном лечении коксартроза стали принимать во внимание и нейродистрофический генез, при котором на фоне остеохондроза поясничного отдела позвоночника развивается дегенеративно-дистрофическое поражение тазобедренных суставов – исход hip-spine syndrome [7].

Значительные нейродистрофические нарушения при поясничном остеохондрозе II – III степени сопровождаются упорным hip-spine syndrome и приводят к дегенеративно-дистрофическому поражению тазобедренного (тазобедренных) суставов [1, 2, 7].

Мысль о подобной связи была высказана еще в начале XX века Н.А. Вельяминовым [2]. В дальнейшем авторы провели многочисленные клинические наблюдения, подтверждающие прямую взаимосвязь дегенеративных поражений поясничного отдела позвоночника и тазобедренных суставов [1, 2, 3, 10].

**Цель работы** – определить клинико-рентгенологические

признаки и методы лечения коксартроза при нейродистрофических проявлениях поясничного остеохондроза.

## Материалы и методы

В работе проанализирована динамика развития дегенеративно-дистрофического поражения тазобедренных суставов на фоне остеохондроза поясничного отдела позвоночника II – III стадии и выраженного hip-spine syndrome у 23 пациентов. Пациенты были консультированы и прошли курс лечения на протяжении 3–5 недель в условиях отдела реабилитации, а также лаборатории нейроортопедии и проблем боли. Давность заболевания – от 1 года до 20 лет.

В табл. 1 представлена длительность заболевания коксартрозом и поясничным остеохондрозом у 23 пациентов.

Таблица 1

### Длительность заболевания коксартрозом II – III стадии

Пол, количество больных	Длительность заболевания			
	1–4 года	5–9 лет	10–14 лет	15–20 лет
Женщин, n=20	2	10	6	2
Мужчин, n=3	–	1	1	1
Всего, n=23	2	11	7	3

Установлено, что у 18 пациентов (78,3%) остеохондроз предшествовал развитию коксартроза на 5–20 лет.

15 больных жаловались на боль и ограничение движений в одном тазобедренном суставе и 8 больных – на боли в обоих тазобедренных суставах. Ни у одного из пациентов не было приводящей контрактуры бедра, характерной для коксартроза диспластического, посттравматического или постинфекционного генеза.

У пациентов клинически определяли следующие симптомы:

- различной степени ограничение движений во всех плоскостях до образования сгибательно – отводящей наружно – ротационной контрактуры бедра – угол между биспинальной линией и осью бедра составлял 90–95° у 23 пациентов (в норме угол составляет 87°);
- умеренно болезненная пальпация по ходу наружного бедренного и седалищного нервов – у 23 пациентов (100%);
- болезненная пальпация в области головки бедра на уровне пупартовой связки – у 11 пациентов (47,8%);
- гипосезия в зоне иннервации спинномозговых корешков L<sub>4</sub>, L<sub>5</sub>, S<sub>1</sub>, реже L<sub>2</sub> и L<sub>3</sub> – у 18 пациентов (78,2%);
- различной степени снижение коленных и ахилловых рефлексов, вплоть до их отсутствия – у 23 пациентов (100%).

У 20 пациентов диагностирован коксартроз II стадии, у 3 – коксартроз III стадии.

У всех 20 пациентов со II стадией коксартроза рентгенологически определяют:

1. снижение высоты суставной щели на стороне поражения;
2. гиперостоз внутреннего отдела шейки бедренной кости пораженного сустава. Корковое вещество этого отдела утолщалось не только за счет эндостальной реакции, но и за счет ассимиляции периостозов. Эти 2 рентгенологических симптома являются основными в прогностическом определении развития коксартроза.

На рис. 1 и 2 представлены рентгенограммы тазобедренных суставов и поясничного отдела позвоночника в двух проекциях пациентки К., 57 лет.



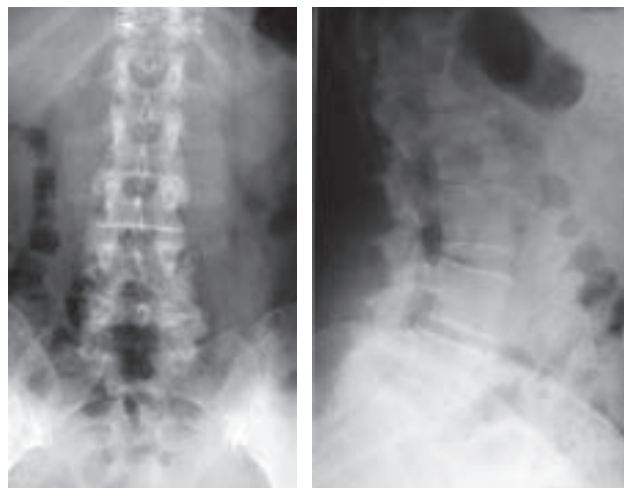
**Рис. 1.** Рентгенограмма тазобедренных суставов, больная К., 57 лет. Давность заболевания: остеохондроз – 20 лет, коксартроз – 3 года. Диагноз: правосторонний коксартроз II ст., исход hip-spine syndrome

Определяются: снижение высоты межпозвонковых дисков L<sub>3</sub>–S<sub>1</sub> (1), краевые костные разрастания (2), усилен субхондральный склероз (3). Диагноз: остеохондроз поясничного отдела позвоночника.

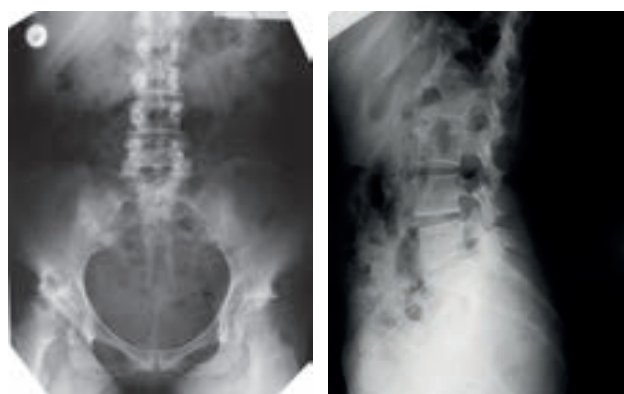
У 3 пациентов с III стадией коксартроза рентгенологическая картина представлена: кистовидной перестройкой костей, образующих тазобедренный сустав, снижением высоты суставной щели, гиперостозом медиальной поверхности шейки бедренной кости и краевыми костными разрастаниями. На рис. 3 и 4 представлены рентгенограммы тазобедренных суставов и боковой проекции позвоночника пациентки К., 62 лет.

Комплексную консервативную терапию у всех пациентов проводили в условиях стационара отдела реабилитации в течение 3–5 недель:

1. Разгрузка тазобедренного сустава (или обоих тазобедренных суставов – ходьба с опорой на палку, костыли или 2 палки с подлокотниками; манжеточное



**Рис. 2.** Рентгенограмма поясничного отдела позвоночника этой же больной К., 57 лет



**Рис. 3.** Рентгенограмма тазобедренных суставов пациентки К., 62 г. Давность заболевания – 13 лет. Диагноз: правосторонний коксартроз III стадии с кистовидной перестройкой суставных поверхностей

**Рис. 4.** Рентгенограмма поясничного отдела позвоночника той же пациентки К., 62 г. Определяется снижение высоты межпозвонковых дисков (1), значительное усиление субхондрального склероза (2), хрящевой узел L<sub>5</sub>–S<sub>1</sub> (3)

- вытяжение за бедро в укладках, уменьшающих сгибательную контрактуру бедра, в течение 2–5 часов в сутки с грузом 2–2,5 кг).
- Противовоспалительные препараты (НПВС) на протяжении 3–5–10 дней.
  - При II – III стадии коксартроза в тазобедренный сустав вводились Zeel T 2,2 + Traumeel S 2,2–2 инъекции в неделю, № 5 или алфлутоп 2,0–2 инъекции в неделю, № 5 (17 пациентов). 6 пациентам вводили гиалган, затем сингиал или синокротом – 1 инъекция в неделю, на курс – 3–5 инъекций.
  - При hip-spine syndrome определяются болевые точки между остистыми отростками или паравертебрально на уровне L<sub>3</sub>–S<sub>1</sub> позвонков, куда вводили Discus compositum 2,2 мл – 2 инъекции в неделю, № 5 – 10 инъекций на курс лечения. В болевые точки ягодично-крестцовой области, в области проекции грушевидной мышцы и большого вертела вводили Traumeel S 2,2 мл – 2 инъекции в неделю, № 5 – 10 инъекций на курс лечения.
  - Хондропротекторы:
    - Дона (глюкозамин сульфат) в ампулах вводится внутримышечно № 12–18,6 ампул в течение 2-х недель, затем 2 инъекции в неделю. В те дни, когда нет инъекций, принимается Дона в порошках 1500 мг, утром, за 30 минут до еды. Порошок растворяется в ¼ стакана воды. Курс лечения 2–3 месяца. При коксартрозе II – III стадии за год проводится 2 курса такого лечения.
    - муколат (хондроитин сульфат) – в ампулах по 1 мл вводится внутримышечно через день, курс – 20–25 инъекций. Чаще назначали при II стадии коксартроза.
    - зинаксин (в основе – корень имбиря), зинаксин-плюс (имбирь + глюкозамин сульфат), зинаксин-омега-3. Курс лечения 2–3 месяца. В год проводится 1–2 курса, чаще назначали при I–2 стадиях коксартроза.
  - Физиотерапевтическое лечение: магнитотерапия или лазеротерапия пояснично-крестцового отдела поз-

- воночника, тазобедренных суставов; электрофорез с обезболивающими смесями.
- Лечебная физкультура направлена на восстановление (или сохранение) движений в тазобедренных суставах, разгрузку позвоночника – занятия на наклонной плоскости. Основным упражнением является укрепление мышц торса, особенно разгибателей спины. При отсутствии контрактур тазобедренных суставов показаны упражнения для укрепления тазобедренных мышц, особенно следует укреплять среднюю ягодичную мышцу, которая отводит бедро и удерживает таз в горизонтальном положении.
  - Массаж спины № 10–15.
  - Ходьба с опорой на костыли или трость при выраженном болевом синдроме на период лечения.

С окончанием комплексного консервативного лечения в условиях отдела реабилитации пациентов направляли для восстановительного лечения в санатории “Жовтень” или “Бердянск”, где проводили бальнеолечение, упражнения в воде, плавание в течение 3-х недель.

### Результаты лечения

Оценку результатов лечения проводили по клиническим (ВАШ, неврологическому осмотру) и рентгенологическому признакам. До начала лечения согласно 5-бальной вербальной шкале оценки боли (Frank A.J. M., et all., 1982) 15 пациентов оценивали боль в одном тазобедренном суставе и 8 – в обоих тазобедренных суставах в 3–4 балла. После проведенного лечения 20 пациентов оценивали боль в 0–1 балл (через 5–7 недель). У 3-х пациентов с коксартрозом III стадии болевой синдром сохранился.

Болезненная пальпация по ходу седалищного и наружного бедренного нервов у 20 пациентов до начала лечения была в 2–3 балла, по окончании лечения – в 0–1 балл.

Восстановление чувствительности в процессе лечения в зоне иннервации спинномозговых корешков L<sub>2</sub>–S<sub>1</sub> отмечено у 5 пациентов (27,8%), улучшение – у 11 пациентов (61,1%), без изменения – у 2-х пациентов (11,1%).

Таблица 2

#### Критерии оценки состояния пациентов до и после лечения

Признаки	Количество пациентов в процессе лечения		Достоверность, p
	до	после	
<b>Клинические признаки</b>			
Степень выраженности болевого синдрома (согласно шкале ВАШ)			
0–1 балл	–	20	p<0,01
3–4 балла	23	3	p<0,01
Различной степени сгибательно-отводящая контрактура бедра	23	6	p<0,01
Болезненная пальпация по ходу наружно-бедренного и седалищного нервов	23	5	p<0,01
Болезненная пальпация в области головки бедра на уровне пупартовой связки	11	5	p<0,01
Гипоэстезия в зоне иннервации спинномозговых корешков L <sub>4</sub> , L <sub>5</sub> , S <sub>1</sub> , реже L <sub>2</sub> и L <sub>3</sub>	18	2	p<0,01
Снижение коленных и ахилловых рефлексов	23	20	p>0,05
<b>Рентгенологические признаки</b>			
Снижение высоты суставной щели на стороне поражения	23	23	p>0,05
Гиперостоз внутреннего отдела шейки бедренной кости пораженного сустава	23	23	p>0,05
Кистовидная перестройка головки бедра и суставной впадины	3	3	p>0,05

В связи с уменьшением болевого синдрома после окончания лечения у 20 пациентов отмечали увеличение объема движений во фронтальной и сагиттальной плоскостях, сохранялась установка бедра во фронтальной плоскости в пределах 90–95°. В табл. 2 представлены критерии оценки состояния пациентов до и после лечения.

Как видно из табл. 2, в результате лечения достоверно изменились клинические симптомы (кроме снижения коленных и ахилловых рефлексов) на фоне неизменных рентгенологических признаков ( $p > 0,05$ ).

За время проведения комплексного консервативного лечения пациент вырабатывал у себя навыки по соблюдению режима, поддерживающего состояние длительной ремиссии.

Таким образом, предложенный комплекс консервативного лечения в 100% случаев оказался эффективным для больных со II стадией коксартроза. В связи с быстрым прогрессированием дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренных суставов и значительным болевым синдромом 3-м больным с коксартрозом III стадии выполнено эндопротезирование тазобедренных суставов, 2-м – двухстороннее.

## Выводы:

1. Лечение обострений поясничного остеохондроза с выраженными нейродистрофическими нарушениями рекомендовано проводить комплексно, используя препараты противовоспалительного действия, с применением антигомотоксической терапии, витаминотерапии, хондропротекторов, комплекса лечебной физкультуры и физиотерапевтических процедур. При выраженном болевом синдроме показана ходьба с дополнительной опорой.
2. Пациенты с частыми обострениями поясничного остеохондроза с нейродистрофическими нарушениями и клиникой нейроостеофиброза тазобедренного сустава, коксартроза подлежат диспансерному наблюдению у ортопеда и невролога.
3. Выявление начальных стадий коксартроза на фоне поясничного остеохондроза и своевременное комплексное лечение может замедлить или предотвратить прогрессирование дегенеративно-дистрофических изменений тазобедренного сустава.
4. Упорный болевой синдром, неэффективность комплексного консервативного лечения на протяжении 4–6 месяцев и выраженная функциональная недостаточность тазобедренного сустава являются показаниями к эндопротезированию.

## Литература

1. Бротман М.К. Неврологические проявления поясничного остеохондроза / М.К. Бротман. – К.: Здоров'я – 1975. – 168 с.
2. Вельяминов Н.А. Учение о болезнях суставов с клинической точки зрения / Н.А. Вельяминов // Практическая медицина. – 1924. – № 3 – 112 с.
3. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология) / Я.Ю. Попелянский – М.: «МЕДпресс-информ». – 2003. – 670 с.
4. Продан А.И. Дегенеративные заболевания позвоночника. Т. 2. Консервативное лечение / Продан А.И., Радченко В.А., Корж Н.А. / Посвящается 100-летию Института патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко АМН Украины. – Харьков, 2009. – 261 с.
5. Рой І.В. Нейродистрофічні прояви поперекового остеохондрозу в ортопедичній практиці / І.В. Рой, С.П. Твардовська, Т.М. Секер // Актуальні питання ортопедії та травматології: Матер. Всеукр. наук.-практ. конференції, присвяч. 90-річчю ДУ «ІГО АМНУ». – 2009. – С. 98–99.
6. Твардовская С.П. Лечение некоторых дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата препаратами Zeel T и Traumeel S / С.П. Твардовская, Т.М. Секер // Биологическая терапия. Международный журнал общества биологической медицины. – 2000. – № 1. – С. 32–34.
7. Хвусюк О.М. Кульшово-поперековий синдром (патогенез, діагностика, принципи лікування) : автореф. дис. ... докт. мед. наук. / О.М. Хвусюк. – Харків. – 2002. – 36 с.
8. Bernsrein E. The use of muscle relaxant medications in acute low back pain / Bernsrein E., Carey T., Garrett J. // Spine. – 2004. – Vol. 29, № 12. – P. 1346–1351.
9. Evans C. Potential biologic therapies for the intervertebral disc / Evans C. // J Bone Joint Surg. – 2006. – Vol. 88 – A, № 2. – P. 95–98.
10. Luijsterburg P. Effectiveness of conservative treatments for the lumbosacral radicular syndrome: a systematic review / Luijsterburg P., Verhagen A., Ostelo R. [et al.] // Eur. Spine J. – 2007. – № 16. – P. 881–889.
11. Rajasekaran S. Pharmacological enhancement of disk diffusion and differentiation of healthy, ageing and degenerated discs / Rajasekaran S., Venkatadass K., Naresb Babu J. [et al.] // Eur. Spine J. – 2008. – № 17. – P. 626–643.