

## ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА

Андрухова Р.В., Бобошко Р.О., Неділько Ю.І.

*Український НДІ протезування, протезобудування та відновлення працездатності,  
м. Харків*

**Вступ.** Дегенеративно-дистрофічні ураження суглобів найчастіше зустрічаються в людей літнього та старечого віку. Так, у 50-ти літньому віці від хвороб суглобів страждає близько 50% людей, а в більш старших вікових групах – від 80 до 97% [1, 2]. Незважаючи на те, що ці хвороби не загрожують життю хворого, але в зв'язку з тим, що вони мають хронічний, постійно прогресуючий перебіг, вони посідають одне з перших місць серед причин, що призводять до інвалідизації населення [3]. Причому 25% пацієнтів не можуть навіть себе обслуговувати [4].

**Матеріали та методи.** Ми маємо досвід ведення 42 хворих з тяжкими ураженнями тазостегнового суглоба: диспластичний коксартроз – 15 хворих (35,7%), посттравматичний коксартроз – 18 пацієнтів (42,8%), хибний суглоб шийки стегнової кістки – 7 (16,7%), асептичний некроз голівки стегнової кістки – 2 хворих (4,8%). Жінок було 19 (45,2%), чоловіків – 23 (54,8%). Середній вік хворих  $62,7 \pm 1,9$  роки. Перша стадія захворювання (за Kellgren H.) була в 2 хворих (4,8%), друга – в 11 (26,2%), третя – в 24 (57,1%), та четверта – в 5 хворих (11,9%). Майже в усіх хворих (39 чол., 92,8%) був виявлений остеохондроз, остеопороз хребта та остеопороз кісток нижніх кінцівок.

Більшість хворих мали багато супутніх захворювань: ішемічна хвороба серця – 40 хворих (95,2%), гіпертонічна хвороба – 39 чол. (92,8%), постінфарктний кардіосклероз – 14 пацієнтів (33,3%), цукровий діабет – 17 чол. (40,5%), облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок – 23 хворих (54,7%), остеоартроз інших суглобів – 38 хворих (90,4%) та інші. Причому в одного і того ж хворого спостерігається по декілька супутніх захворювань.

**Результати та їх обговорення.** Враховуючи вищенаведене, лікування хворих літнього віку з ураженням тазостегнового суглоба є складною проблемою й повинне вестися комплексно, з участю лікарів різних профілів та має велике соціальне й економічне значення. Необхідно враховувати також і суто вікові зміни у організмі людини при веденні даних хворих.

При дегенеративно-дистрофічних ураженнях тазостегнового суглоба велике значення має раннє виявлення захворювання. Загальновідомо, що хороші результати лікування спостерігаються лише при I-II стадії захворювання, але клінічна картина при цьому нерізко виражена, й хворі рідко звертаються за медичною допомогою. Тому навіть при незначних скаргах на втомлюваність кінцівок, біль при навантаженні суглобів, ранкову скутість необхідно проводити рентгенологічне обстеження суглобів або магнітно-резонансну томографію та проводити курси профілактичного лікування.

При III-IV стадії захворювання, коли в суглобах відзначаються тяжкі деструктивні зміни: деформується голівка стегнової кістки, з'являються остеофіти, “зморщується” капсула суглоба, обмежуються рухи в суглобі й порушується кровообіг, настає атрофія навколосуглобових м'язів та наростає больовий синдром, основним методом лікування якого є оперативний метод. Але з різних причин у хворих літнього віку з коксартрозом оперативне лікування виконати неможливо. В даному випадку альтернативою є ортезування хворих.

Серед обстежених нами хворих у 29 чол. (69%) виявлені покази до ортезування. Хворим проводили курс консервативної терапії, який включає медикаментозну

Таблиця 1. Результати обстеження хворих з патологією тазостегнового суглоба

Показники	До ортезування кількість хворих, % (n=29)	Після ортезування кількість хворих, % (n=29)
<b>Біль</b>		
легкий	-	19 (65,5%)
помірний	15 (51,7%)	10 (34,5%)
сильний	14 (48,3%)	-
<b>Опороздатність</b>		
коефіцієнт опорності	0,48±0,05	0,68±0,07
кут ротації ЦТ, град.	10,2±0,75	6,9±1,01
зона інтегрованої рівноваги, см	2,8±0,693	1,2±0,37
<b>Мобільність</b>		
0	2 (6,9%)	-
1	26 (89,6%)	3 (10,3%)
2	1 (3,5%)	21 (72,4%)
3	-	5 (17,3%)
4	-	-
<b>Самообслуговування</b>		
не обмежене	-	16 (55,2%)
частково обмежене	8 (27,6%)	13 (44,8%)
різко обмежене	21 (72,4%)	-

терапію, фізіотерапевтичне лікування, масаж, лікувальну гімнастику. Основні напрямки консервативного лікування – це зменшення навантаження на уражений суглоб, зменшення больового синдрому, корекція внутрішньосуглобових процесів, стимуляція кровообігу, відновлення функції навколосуглобових м'язів, лікування супутньої патології.

Згідно показів хворих забезпечували ортезами. Пацієнтам з дегенеративно-дистрофічним ураженням тазостегнового суглоба та посттравматичним коксартрозом призначали індивідуальні жорсткі ортези на тазостегновий суглоб, що забезпечують утримання та фіксацію тазостегнового суглоба у фізіологічно правильному положенні, з можливістю регулювання відведення/приведення, обмеження рухів у суглобі, що значно зменшує больовий синдром.

Хворим з хибними суглобами шийки стегнової кістки, незрослими переломами, некрозом голівки стегнової кістки, нестабільністю суглоба після ендпротезування призначали ортез на всю ногу. Ортез на всю ногу в залежності від вираженості патології в тазостегновому суглобі може бути фіксуючим, частково розвантажувальним з гільзою стопи та повністю розвантажувальним зі стременем. Гільза стегна при цьому виконується з упором в сідничний бугор. Ортез на всю ногу виконує такі функції: утримання та фіксація тазо-

стегнового суглоба у фізіологічно правильному положенні, обмеження рухів в тазостегновому суглобі, регулювання приведення/відведення, згинання/розгинання, розвантаження тазостегнового суглоба частково чи повне.

Обстеження хворих до ортезування та після його проведення показало, що після ортезування відзначається значне зменшення больового синдрому та підвищення функціональних можливостей пацієнтів (табл. 1).

**Висновки.** При ураженнях тазостегнового суглоба велике значення має раннє виявлення захворювання та проведення курсу профілактичного лікування. При III-IV стадіях коксартрозу разом з комплексною, безперервною, поетапною терапією показано ортезування ураженої нижньої кінцівки.

### Література

1. Попова Л.А. Структурная характеристика остеоартрозів нижніх кінцівок у жителів Курганської області, зайнятих в різних сферах діяльності / Н.В. Сазанова // Ортоп. и травмат. – Россия, 2009. – №1. – С.107-111.
2. Поворознюк В.В. Остеоартроз // Журнал сучасного лікаря. Мистецтво лікування. – 2004. – №3. – С.16-23.
3. Остеоартроз – консервативная терапия. / Под ред. Н.А. Коржа, Н.В. Дедух, И.А. Зупанца. – Харьков, 2007. – 423 с.
4. Сазанова Н.В. Динамометрические показатели мышц нижних конечностей у больных остеоартрозом / В.А. Щуров // Вест. травмат. и ортоп. им. Н.Н. Приорова. – 2008. – №4. – С.40-43.