

БОЛЕЗНЬ Пертеса

Мы вновь возвращаемся к обсуждению актуальных вопросов медицины с заведующим отделением ортопедии и сложной травмы Московского клинического научного центра им. А.С. Логинова Дмитрием Шестаковым. В сегодняшнем материале коснемся такой серьезной темы, как асептический некроз головки бедренной кости. Как часто возникает данная проблема, в чем кроются причины возникновения столь грозного заболевания и что делать для своевременной диагностики и успешного лечения? Рассказывает Дмитрий Юрьевич:

– Тема асептического некроза головки бедренной кости весьма актуальна – в первую очередь, соотношением частоты возникновения и возможными тяжелыми последствиями для здоровья. Достаточно сказать, что заболевание по частоте достигает 4-5% всей ортопедической патологии. При этом чаще всего страдают мужчины трудоспособного возраста от 30 до 50 лет, а заболевание, диагностированное не на ранней стадии, приводит к инвалидизации ввиду выраженного нарушения функции самого тазобедренного сустава и нижней конечности в целом.

Асептический некроз известен медикам очень давно. Первое описание датируется 1758 годом. Однако до настоящего времени данная патология является серьезной проблемой. У заболевания встречается множество названий, отображающих сущность процесса: асептический или аваскулярный некроз, инфаркт или просто остеонекроз головки бедренной кости. У детей чаще всего употребляют название «болезнь Пертеса».

Болезнь характеризуется нарушением кровоснабжения и обменных процессов в костной ткани с последующим ее отмиранием (некрозом) и деформацией головки в самой нагружаемой зоне. Факторов, приводящих к развитию асептического некроза головки бедра, достаточно много. Для людей активных причиной может стать травма, чаще в виде падения на область тазобедренного сустава или при прыгивании со значительной высоты.

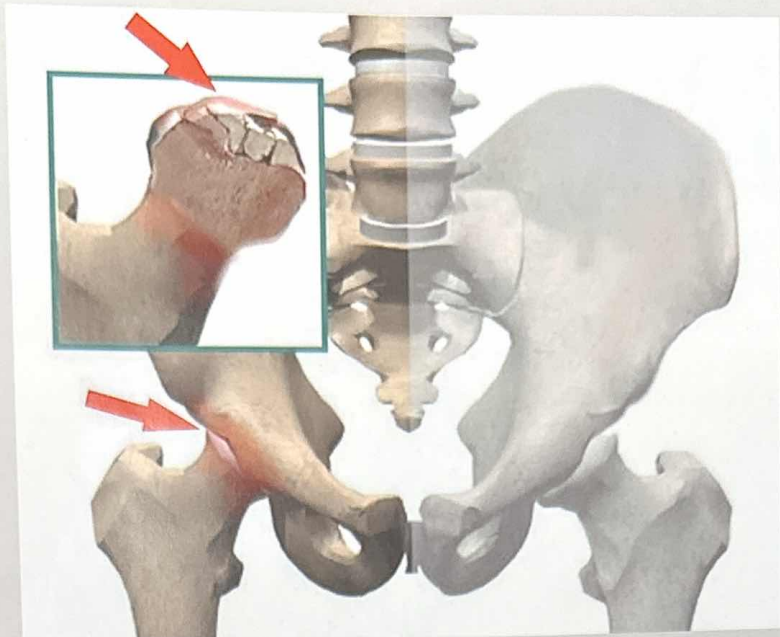
Другими факторами могут являться перенесенные инфекционные заболевания (в том числе covid-19), прием гормональных препаратов (которые, в частности, применяются при терапии тяжелого течения covid-19), злоупотребление алкоголем, эндокринные и ревматические заболевания.

Одна из значительных проблем – затрудненная ранняя диагностика асептического некроза головки бедра ввиду отсутствия яркой и характерной симптоматики, а также отсутствия изменений на рентгенограммах. По этой причине ранние стадии заболевания, наиболее благоприятные по прогнозу сохранения тазобедренного сустава, называют дорентгенологическими.

На ранних стадиях пациенты могут жаловаться на незначительные или умеренные болевые ощущения в области тазобедренного сустава, бедра, ягодичной области, в коленном суставе с той же стороны, которые не обязательно могут быть связаны с нагрузками. Периодически боль может исчезать и вновь появляться даже в состоянии покоя. Возможно

отсутствие ограничений движений в тазобедренном суставе. При осмотре таких пациентов не удастся выявить каких-то заметных изменений. Иногда пациентов лечат от остеохондроза поясничного отдела позвоночника, при этом назначение противовоспалительных препаратов может уменьшать проявления болевого синдрома на время их приема, не решая самой проблемы, которая продолжает прогрессировать.

Следует признать и отметить, что при наличии перечисленных выше симптомов, а также характерной травмы или иных упомянутых мной возможных причин заболевания для ранней диагностики следует обращаться к травматологу-ортопеду и выполнять магнитно-резонансную томографию тазобедренного сустава, поскольку даже компьютерная томография при ранних изменениях в головке бедренной кости может не быть информативной, не говоря о рентгенографии.

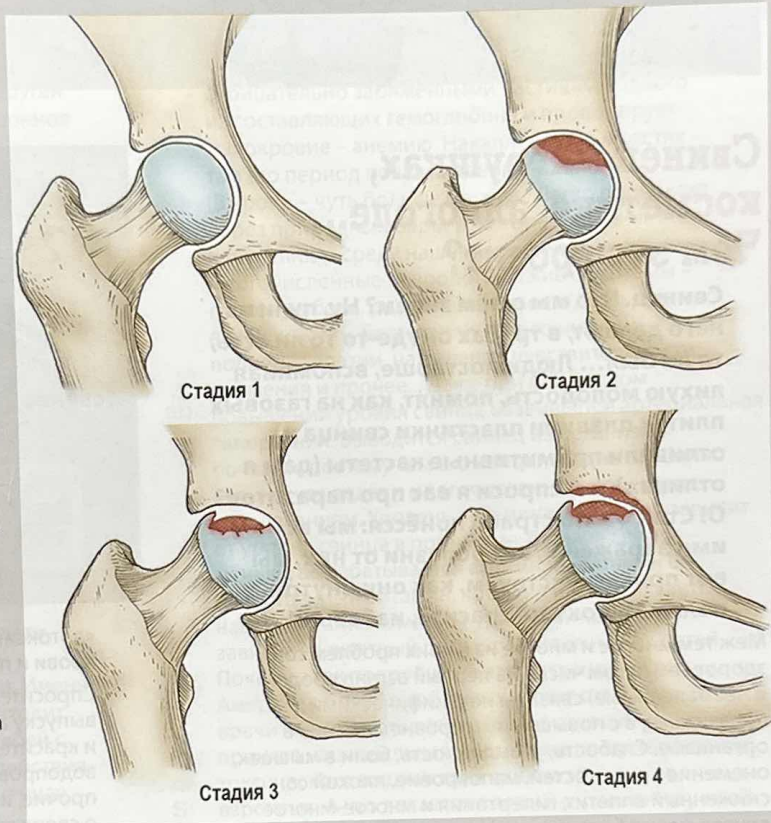


Теперь настало время коснуться возможных вариантов лечения. При возникновении деформации головки бедренной кости, кистовидной перестройке головки бедра и вертлужной впадины, развитии артроза тазобедренного сустава возможным вариантом лечения является только эндопротезирование тазобедренного сустава. После операции требуется реабилитация от трех до шести месяцев.

В случае попыток обойтись без эндопротезирования на поздних стадиях асептического некроза нужно помнить о возможном развитии деструктивных процессов в противоположном тазобедренном суставе и коленных суставах, а также в поясничном отделе позвоночника при возникновении выраженной хромоты, укорочения нижней конечности, нарушении походки. То есть, оттягивая операцию, пациент может «нахромать» себе дополнительные проблемы, вплоть до необходимости выполнения эндопротезирования смежных крупных суставов.

На самой ранней стадии заболевания, когда не возникло кистовидной перестройки головки бедренной кости и развития склероза (замещения костной ткани соединительной), возможным является даже консервативное лечение, включающее в себя обязательную разгрузку (костыли), назначение препаратов, улучшающих кровоснабжение костной ткани и активирующих процессы восстановления, физиолечение, массаж, щадящая лечебная физкультура. При этом следует настроиваться на длительное лечение, чаще всего от трех до шести месяцев с периодическим контролем за состоянием костной ткани при помощи магнитно-резонансной томографии.

В случае отсутствия результата от консервативного лечения и прогрессирования асептического некроза возможно применение щадящих органосохраняющих операций на тазобедренном суставе, суть которых сводится к активизации процесса регенерации костной ткани и уменьшения внутрикостного давления в головке и шейке бедра. Одним из



примеров является так называемая туннелизация головки и шейки бедра. При этом через небольшой разрез, под контролем рентгеновского аппарата, производится создание спицей или сверлом каналов в кости, что позволяет «сбросить давление» в отечной кости, а также создать микроразрывы, приводящие к запуску восстановительных процессов. После операции проводится перечисленное ранее длительное консервативное лечение.

Подводя итог, в очередной раз призываю относиться внимательно и вдумчиво к своему здоровью, не игнорируя сигналы, которые посылает организм, даже в виде незначительных симптомов!