

спектр последствий – от травм мягких тканей до переломов шейки бедра и черепно-мозговых травм разной степени выраженности.

С проблемой падений тесно связаны такие возраст-ассоциированные нарушения, как нарушения передвижения, включающие в себя снижение устойчивости и нарушения походки. Они были объективизированы нами путем применения шкалы «Оценка двигательной активности у пожилых пациентов» (Functional mobility assessment in elderly patients). В результате были получены следующие результаты.

В отношении параметра устойчивости были получены следующие результаты. Соответственно при отсутствии саркопении, при пресаркопении, саркопении и при выраженной саркопении величина устойчивости (в баллах) в разные возрастные периоды носила следующий характер.

В 55 – 60 лет: 23,7±2,4, 20,1±1,7 балла; в 61 – 65 лет – 23,5±2,5, 18,7±1,3 балла; в возрасте 66 – 70 лет – 22,1±2,3, 16,1±1,5, 12,3±1,1, 10,2±1,3 балла; 71 – 75 лет – 20,3±2,1, 14,5±1,2, 11,1±1,0, 9,1±1,1 балла; 76 – 80 лет – 19,5±2,4, 12,5±1,3, 9,3±1,2, 8,0±1,2 балла, $p < 0,05$ по мере увеличения возраста и усугубления степени тяжести саркопенического синдрома.

Нарушения походки при отсутствии саркопении, при пресаркопении, саркопении и при выраженной саркопении

(в баллах) в разные возрастные периоды были следующими: в 55 – 60 лет: 17,1±1,1, 16,2±0,8 балла; в 61 – 65 лет – 17,2±1,0, 16,1±0,7 балла; в возрасте 66 – 70 лет – 15,2±0,9, 14,3±0,5, 11,3±0,4, 9,4±0,4 балла; 71 – 75 лет – 14,0±0,8, 12,1±0,3, 9,1±0,3, 8,1±0,2 балла; 76 – 80 лет – 12,3±0,7, 9,3±0,6, 8,2±0,4, 7,0±0,3 балла, $p < 0,05$ по мере увеличения возраста и степени тяжести саркопении.

Характер общей двигательной активности соответственно при отсутствии саркопении, при пресаркопении, саркопении и при выраженной саркопении (в баллах) был следующим в изученные возрастные периоды: в 55 – 60 лет: 40,1±2,1, 38,4±1,8 балла; в 61 – 65 лет – 39,4±2,3, 36,1±1,5 балла; в возрасте 66 – 70 лет – 34,1±2,0, 32,4±1,6, 30,4±1,4, 27,4±1,3 балла; 71 – 75 лет – 30,5±1,9, 30,1±1,4, 28,1±1,3, 24,3±1,5 балла; 76 – 80 лет – 28,3±1,4, 28,4±1,3, 26,2±1,5, 20,7±1,4 балла, $p < 0,05$ по мере увеличения возраста и степени тяжести саркопении.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что по мере увеличения степени выраженности инволютивных изменений мышечного аппарата происходит снижение степени устойчивости, ухудшение качества походки и снижение уровня общей двигательной активности, что является патогенетической основой для увеличения риска падений.

ОСТЕОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ АРТРОЗА ПРИ АСЕПТИЧЕСКОМ НЕКРОЗЕ МЫШЦЕЛКОВ БЕДРА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

ТОРГАШИН А.Н., РОДИОНОВА С.С., ИВАНОВ К.С.

Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, г.Москва

Нарушения в субхондральной кости при асептическом некрозе мыщелков бедренной и большеберцовой костей усиливают дегенерацию гиалинового хряща. Назначение остеотропной терапии может быть целесообразным для восстановления костной ткани мыщелков и снижения риска прогрессирования артроза, в том числе после артроскопической менискэктомии.

Цель. Обосновать применение остеотропной терапии при лечении асептического некроза мыщелков бедренной и большеберцовой костей у пациентов с повреждением менисков.

Материал и методы. У 23 пациентов (средний возраст 44 года, от 26 до 64 лет) с диагнозом: Повреждение внутреннего или наружного мениска коленного сустава. В предоперационном периоде выполнялось МРТ исследование. В случае выявления сопутствующего асептического некроза мыщелков бедренной или большеберцовой кости, исследовались маркеры костной резорбции (Дезоксипиридинолин утренней мочи, b-cross laps крови) и в случае их повышения в послеопера-

ционном периоде назначалась остеотропная терапия на 1 год: активные метаболиты витамина Д (альфакальцидол в дозе 0.75-1.0 мкг/сут), остеогенон 2 таб 2 раза в день, антирезорбтивный препарат (Ибандроновая кислота 3мг внутривенно 1 раз в 3 мес, от 1 до 4х инъекций в течение года).

Результаты. Асептический некроз мыщелков бедренной или большеберцовой кости имел места у 43% обследованных пациентов. У 57% из них отмечалось повышение маркеров костной резорбции, что свидетельствовало об активности процесса и именно этим лицам была назначена антирезорбтивная терапия.

Заключение. Повреждение или дегенеративное изменение мениска нередко сопровождается развитием асептического некроза мыщелков бедренной или большеберцовой кости, что ускоряет прогрессирование дегенеративных изменений и снижает эффективность проведенной менискэктомии. Учитывая высокую активность ремоделирования у части пациентов необходимо назначение антирезорбтивной остеотропной терапии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФОРСТЕО® ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

ШУШАРИН А. Г., ПОЛОВИНКА М.П.

ФГБУН «Институт химической биологии и фундаментальной медицины» СО РАН, г. Новосибирск

Среди различных форм дегенеративно-дистрофических заболеваний ТБС АНГБК занимает важное место, как социально значимая патология. В теории патогенеза АНГБК

чаще рассматриваются три основные причины: сосудистые расстройства, нарушение обменных процессов, врожденная анатомо-функциональная недостаточность ТБС [1].

Ранее нами было показано, что купирование выраженного болевого синдрома, замедление деструктивных процессов и уменьшение очагов деструкции при АНГБК достигается проведением в/с инъекций Перфторана (ПФ) и/или лекарственной смеси ПФ-Димексид в ТБС прямой навигацией под контролем УЗИ [2]. ПФ – плазмозамещающее средство на основе перфторорганических соединений, которое обладает выраженной способностью осуществлять эффективный газообмен в ишемизированных тканях [3]. Димексид характеризуется как вещество с низкой токсичностью, противовоспалительными и анальгезирующими свойствами. В случае развития АНГБК у пациентов со сниженной минеральной плотностью костной ткани (МПКТ) дополнительно проводили инфузии препаратов группы бисфосфонатов — Акласта и Резокластина [4]. На данный момент пациентам с непереносимостью других препаратов для лечения остеопороза (ОП) рекомендуется применение Форстео® (Терипаратид) [5].

Целью настоящего исследования являлось улучшение результатов консервативного лечения пациентов с ранними стадиями асептического некроза головки бедренной кости (АНГБК) и остеопороза за счет дополнения курсов внутрисуставных (в/с) инъекций Перфторана с Димексидом в тазобедренный сустав (ТБС) под контролем УЗИ инъекциями Форстео® (Терипаратид), стимулятора формирования костной ткани.

Материалы и методы. В клиническом исследовании участвовали 23 пациента (10 мужчин и 13 женщин). По

данным МРТ у 8 пациентов процесс был двухсторонним. Возраст больных составил 38–65 лет. У всех пациентов по данным денситометрии (аппарат рентгеновской денситометрии DTX-200) МПКТ проксимального отдела бедренной кости была снижена, что по значениям Т-критерия составляло от -2,0 до -2,7. На основании этого к курсам в/с инъекций смеси ПФ-Димексид пациентам были добавлены ежедневные инъекции препарата Форстео® в дозе 20 мкг/сут.

Результаты. В результате проведенного лечения у всех пациентов болевой синдром был значительно снижен уже после первого курса инъекций ПФ с Димексидом, что отразилось на показателях ВАШ по оценке боли.

При оценке морфологического состояния суставов по рентгенологическим данным и данным МРТ у 91% пациентов процесс деструкции был остановлен. По данным денситометрии у всех пациентов отмечена положительная динамика в лечении остеопоротических явлений и повышение Т-критерия выше -1,5.

Выводы. Полученные результаты достоверно показывают, что проведение ежедневных инъекций препарата Форстео® в течение 12-ти месяцев и сопутствующих курсов в/с инъекций ПФ с Димексидом в ТБС может в достаточно короткие сроки привести к стойкой положительной динамике регенеративного процесса в костной ткани и улучшению качества жизни пациентов с АНГБК.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

ВОЛКОВ Е.Е., НОСТАЕВА С.Э., КАРИМОВА Х.Б.

Специализированный центр по лечению асептического некроза, г.Москва

Цель: ретроспективный анализ результатов лечения безоперационным методом тазобедренных суставов (ТБС) при асептическом некрозе головки бедренной кости (АНГБК).

Материал и методы: в исследование включено 60 больных в возрасте от 3 до 70 лет с диагнозами двухстороннего АНГБК II–IV стадии. Пациенты получали комплексное лечение не менее 6 месяцев, включавшее: ЛФК, проведение процедур с использованием терапевтических аппаратов «Остеон-1» или «НС-5» с накожными фитоаппликаторами, фитованны, приём лекарственных препаратов и органо-минеральных комплексов. В обязательном порядке предписывался ортопедический режим с использованием костылей. Каждый курс лечения, проводившегося пациентами в домашних условиях, составлял 3 месяца. До начала и по завершении 3-месячного курса лечения пациенты проходили обследование: обзорную рентгенографию ТБС, денситометрию, анкетирование по шкале Harris и динамический контроль маркеров метаболизма костной ткани. Результаты лечения оценивали на основании совокупной динамики клинических, инструментальных и лабораторных показателей.

Результаты: положительные результаты комплексной терапии в виде снижения выраженности болевого синдрома,

увеличения амплитуды движений, повышения качества жизни пациентов отмечались уже после 1-го месяца лечения. Однако для достижения стойкого положительного эффекта требовалось в среднем 15 месяцев (5 курсов лечения). При этом отличные и хорошие результаты зарегистрированы у 46 (76,6%), удовлетворительные – у 7 (11,6%) пациентов. Не отмечено эффекта у 2-х пациентов, которым потребовалось тотальное эндопротезирование ТБС. Эффективность лечения в первую очередь зависела от полноты соблюдения пациентами всех рекомендаций.

Выводы: 1. Предлагаемый безоперационный метод может рассматриваться как инновационный подход в лечении и реабилитации у больных страдающих АНГБК.

2. Комплексное использование всех взаимодополняющих элементов разработанного метода обеспечивает поступление микроэлементов (Ca, P, Mg, Zn) из многокомпонентных фитосборов в ТБС, улучшая микроциркуляцию и способствуя регенерации его тканей.

3. Представленный метод является патогенетически обоснованным, с минимальным количеством противопоказаний и нежелательных эффектов и возможностью проведения лечебно-реабилитационных мероприятий в домашних условиях.