

УДК 617.582.5

ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

С.З. Бекчанов, А.М. Мухамедзиев, Д.Ш. Умарова, Б.Ю. Бобожонов

Проведено исследование эффективности внутрисуставной оксигенотерапии у больных детей с заболеваниями опорно-двигательной системы при коксартрозах с болевым синдромом. Установлено, что оксигенотерапия при коксартрозе с болевым синдромом дает хороший эффект в возрасте детей до 14 лет.

Ключевые слова: коксартроз; болевой синдром; оксигенотерапия.

OXYGEN THERAPY IN THE TREATMENT OF DYSPLASTIC COXARTHROSIS PAIN SYNDROME

S.Z. Bekchanov, A.M. Mukhamedzиеv, D.Sh. Umarova, B.U. Bobojonov

It is considered a study of the effectiveness of intra-oxygen therapy in patients with children musculoskeletal diseases-motor system in coxarthrosis with pain. It was found that oxygen therapy in coxarthrosis with pain gives a good effect in children aged up to 14 years.

Keywords: coxarthrosis; pain syndrome; oxygen therapy.

Ведение. Артроз (деформирующий остеоартроз) – хроническое заболевание суставов дегенеративно-дистрофического характера в зависимости от наличия или отсутствия патологических изменений в суставе, предшествующих развитию артроза [1]. Различают первичный хронический остеоартроз как самостоятельное заболевание и вторичный деформирующий артроз (вторичный остеоартроз) как осложнение основного заболевания сустава, например, дисплазии тазобедренного сустава, внутрисуставного перелома и т. д.

Одной из наиболее частых причин вторичного коксартроза является врожденная дисплазия тазобедренного сустава, в результате чего создаются антифизиологические биохимические условия [2]. Благоприятствуют раннему коксартрозу открытое вправление вывиха бедра, особенно с углублением суставной впадины. Этому способствуют отсутствие хрящевого покрова впадины, раннее прекращение ее роста при продолжающемся росте головки, ограничение функции. Аналогичные условия наблюдаются у детей с варусной деформацией шейки бедра, при болезни Пертеса, создающих статические нарушения и усугубляющих дистрофические изменения в элементах сустава.

При травматических повреждениях суставов развитию артроза способствуют дистрофические

изменения в костно-хрящевых образованиях сустава, фиброз капсулы и связок, ограниченная функция и дисконгруэнтность суставных поверхностей.

Ранние дегенеративные изменения в хряще наступают вследствие недостаточной функции хондроитинов, приводящей к убыли в нем протеогликанов, главным образом хондроитинсульфатов. Потеря белково-полисахаридных комплексов ведет к нарушению процессов диффузии за счет снижения гидрофильности хряща. Благодаря преобладанию процессов повреждения над процессами восстановления происходит утрата эластичности хрящевой ткани, снижение устойчивости и развития дегенеративных изменений. Выход в полость сустава протеогликанов, обладающих антигенными свойствами, вызывает иммунологическую реакцию со стороны синовиальной ткани и слабо выраженный субклинический синовит. Как следствие последней миграции медиаторов воспаления из синовиальной жидкости в хрящ в нем вторично активизируются лизосомальные ферменты. Это приводит к дальнейшему обеднению хряща протеогликанами и непрерывному прогрессированию дегенеративных изменений в нем. У больных артрозом обнаружены значительный посткапиллярно-веноулярный застой, понижение кровенаполнения, скорости притока и оттока крови, изменение то-

нуса сосудов. В тканях наблюдалось уменьшение напряжения кислорода и смещение углеводного обмена в сторону гликолиза [3].

Первым об успешном вдувании медицинского кислорода при деформирующем артрозе и туберкулезном синовите сообщил в 1908 г. русский ортопед С.Л. Трегубов [4]. Методика внутрисуставного введения кислорода (внутрисуставная оксигенотерапия) была предложена в 1946 г. замечательным советским ортопедом, легендарным специалистом в области спортивной медицины профессором З.С. Мироновой [3, 4]. Вот уже более полувека этот простой и эффективный метод лечения применяется для лечения и диагностики самых различных заболеваний суставов [5, 6].

Материал и методы. Лечебное действие внутрисуставной оксигенотерапии заключается в следующем:

- введенный в полость сустава кислород направляет суставную сумку, при этом спайки, которые образуются при хронических патологических процессах разрываются, освобождая ограниченные болезнью движения в суставе;
- кислород – мощный стимулятор клеточного метаболизма, восстанавливает способность синовиальной оболочки к фильтрации гиалуронатов;
- задержка гиалуроновой кислоты в суставе восстанавливает эластичность суставного хряща. Методика оксигенотерапии включает от 3 до 5 внутрисуставных инъекций, проводимых еженедельно.

Эффективность лечения возрастает при одновременном применении гиалуроновой кислоты, в сочетании с физиотерапией и лечебной гимнастикой.

Техника оксигенотерапии при коксартрозах: иглу вкалывают на 1,5–2,0 см ниже середины пупартовой связки и на 1,5–2,0 см кнаружи от бедренной артерии. При подтягивании поршня на себя часто получают кровь, смешанную с синовиальной жидкостью и вводят кислород – от 60,0 до 80,0 мл в зависимости от возраста и массы тела больного.

В республиканском центре реабилитации больных с заболеваниями опорно-двигательной системы при коксартрозах с болевым синдромом лечили традиционными методами (физиотерапевтические процедуры, парафино-озокеритные аппликации, вытяжения, ЛФК, массаж), которые не всегда давали положительный эффект. С 2014 г. мы начали применять оксигенотерапию. Первые результаты дали обнадеживающий эффект. Совместно с оксигенотерапией стали применять внутрисуставное введение лекарственных средств гиалуроновой кислоты таких, как Юнилонг-Диспо, Ферматрон, Синакрон, Хиаларт, Остенил. Оксигенотерапия применена 66 больным. По возрасту больные распределились следующим образом: с 6 до 10 лет – 30 больных, с 11 до 14 лет – 24 больных, 15–18 лет – 12 больных.

В результате введения кислорода в сустав у 54 больных отмечалось прекращение болей, у 11 больных старшего детского возраста отмечалось временное прекращение боли, у 1 больного с 3 степенью коксартроза эффект от проведенной терапии не наблюдался.

Таким образом, оксигенотерапия при коксартрозе с болевым синдромом у детей в возрасте до 14 лет дает хороший эффект.

Литература

1. Яковлева А.А. Артрозы. Детская артрология: руководство для врачей / А.А. Яковлева. М.: Медицина, 1981. С. 275–284.
2. Скляренко Е.Т. Раннее лечение дисплазии тазобедренного сустава в детском возрасте, профилактика остеоартроза / Е.Т. Скляренко // Ортопедия и травматология. Киев, 1974. Т. 4. С. 34–46.
3. Астапенко М.Г. Современное состояние проблемы деформирующего остеоартроза / М.Г. Астапенко, К.В. Биятова // Ревматология. 1984. Т. 2. С. 61–64.
4. Калягин А.И. Остеоартроз: современные подходы к терапии / А.И. Калягин, И.Ю. Казанцева // Сибирский медицинский журнал. 2005. Т. 51. № 2. С. 93–97.
5. Lane N.E., Michel B., Bjorkengren A. et al. The risk of osteoarthritis with running and aging: A 5-year longitudinal study // J Rheumatology. 1993. 20 (3). P. 461–8.
6. Zhang W., Moskowitz R.W., Nuki G. et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines // Osteoarthritis Cartilage. 2008. Feb. 16 (2). P. 137–162.