АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ. ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Чешик С.Л., Богданович И.П., Лашковский В.В., Кошман Г.А., Бритько А.А., Семуха Н.Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. Асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК) – заболевание, характеризующееся гибелью остеоцитов и костного мозга, приводящее к коллапсу головки бедренной кости и нарушению функции тазобедренного сустава. Опасность данного заболевания заключается в поражении суставов у молодых и работоспособных лиц в возрасте 30-50 лет [1, с. 429; 2, с. 637]. В отличие от инфекционного некроза, процесс протекает без участия патогенных микроорганизмов. Особенно тяжелое течение АНГБК отмечено после перенесенной COVID-19 инфекции [3, с. 1259]. Отсутствие единого мнения у врачей ортопедов, а также врачей ревматологов в лечении пациентов с COVID-19 индуцированным АНГБК делает эту проблему наиболее актуальной.

Цель. Проведение статистического анализа лечения пациентов с АНГБК с целью понимания актуальности проблемы и путей ее решения. Разработка лечебно-диагностического алгоритма у пациентов с АНГБК. Улучшение результатов лечения пациентов с АНГБК путем комплексного подхода в лечении, включающего дифференцированные органосохраняющие хирургические вмешательства и этиопатогенетическую фармакотерапию.

Методы исследования. Работа основана на основе анализа историй болезни пациентов с диагнозом АНГБК, проходивших лечение в условиях УЗ «ГКБСМП г. Гродно», за период 2021-2025. Всего за этот период пролечено 584 пациентов: 2021 – 46 (7,9%), 2022 – 102 (17,5%), 2023 – 217 (37,1%), 2024 – 129 (22%), 2025 – 90 (15,5%). Средний возраст пациентов составил 47,5±12,5 лет. Среди них 196 женщин (34%) и 388 мужчин (66%). В возрастной группе младше 40 лет – 138 человек (23,6%), 29 женщин (21%) и 109 мужчин (79%). При постановке диагноза АНГБК пользовались классификацией Association Research Circulation Osseous (ARCO) и для определения стадии артроза клинико-рентгенологической классификацией по Н.С. Косинской. Отдельно выделяли вторичный АНГБК и идиопатический АНГБК. Диагноз вторичного АНГБК выставлен в 261 случае (сл.), в том числе двухсторонний процесс имел место в 149 сл. (25,5%.) По стадиям (ст.) вторичный АНГБК распределился следующим образом: 1 ст. – 43.5%, 2 ст. – 11,5%, 3 ст. – 37%, 4 ст. – 8%. Идиопатический асептический некроз имел место в 323 сл., в том числе двухсторонний процесс 184 сл. (31,5%). По стадиям идиопатический АНГБК распределился следующим образом: 1 ст. – 29.3%, 2 ст. – 15,5%, 3 ст. – 46,6%, 4 ст. – 8,6%. В определении тактики хирургического вмешательства применялась классификация ARCO, согласно которой при 4 ст. заболевания, а также - вторичного коксартроза 3 стадии у 305 пациентов (52,2%) проведены

Репозиторий ГрГМУ

оперативные вмешательства тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС). Из них 195 мужчин (63,9%) и 110 женщин (36,1%). В том числе у лиц моложе 40 лет проведено 66 операций ТЭТС (21,6%). Органосохраняющие оперативные вмешательства выполнены в 61 сл. (10,4%). В зависимости от стадии заболевания выполнялись различные оперативные вмешательства. При 2 стадии АНГБК выполнялась субхондральная декомпрессия головки бедра (СХДГБ) по типу туннелизации – 25 операций, при 3А и 3В стадии – СХДГБ с аутокостнопластическим армированием (АКПА) за счет высокопластичной трабекулярной губчатой ткани из крыла подвздошной кости – 36 операций. Одновременно при необходимости выполнялись операции с обеих сторон. В случаях импрессионных переломов головки бедренной кости обязательным условием было устранение импрессии за счет дозированного лифтинга костной ткани во время операции под динамическим ЭОП контролем в «On line» режиме. В послеоперационном периоде всем пациентам рекомендовалось исключить вертикальную нагрузку на конечность до 1.5 месяцев. Затем после выполнения контрольных рентгенограмм через 1.5, 3, 4.5 и 6 месяцев нагрузка на оперированную конечность решалась индивидуально в зависимости от типа операции, площади поражения головки бедра и степени перестройки костной ткани в зоне хирургического вмешательства. Обязательным условием комплексного лечения у всех пациентов было проведение этиопатогенетической фармакотерапии АНГБК путем курсового назначения высокоселективных прямых ингибиторов фактора Ха, сосудорегулирующих препаратов, препаратов для стимуляции остеогенеза, в т.ч. в лечебных доз витамина Д3, хондропротекторов. Применялись курсовые внутрисуставные инъекции аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами и препаратов гиалуроновой кислоты.

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенного анализа в динамике по годам 2021-2025 следует отметить геометрический рост пролеченных пациентов до 2023 года с последующим его падением. За период 2021-2022 рост 121,7%, 2022-2023 рост 112,7%. Пик количества пациентов приходился на 2023 год и составил 217 пациентов, затем отмечено падение роста, в 2024 на 59,4% (129 пац.), в 2025 на 41% (90 пац.). Полученные данные позволяют предположить, что цифровые показатели по АНГБК, их рост и падение напрямую зависят от распространения COVID-19 инфекции в этот период. А патогенетическая коагулопатия, которая развивается при COVID-19 инфекции, является непосредственно причиной АНГБК. Разработка комплексного лечебно-диагностического алгоритма у пациентов с АНГБК согласно классификации ARCO, включающего дифференцированные органосохраняющие хирургические вмешательства и этиопатогенетическую фармакотерапию позволили добиться в большинстве случаев хороших и удовлетворительных результатов. Оценка результатов лечения таких пациентов проводилась по модифицированной шкале Харриса и рентгенографическому контролю. Суммарный счет по шкале Харриса до операции составлял 40±15,4 балла, через 1,5 месяца после начала комплексного лечения 83±12,5 балла. У пациентов с 2 стадией АНГБК

Репозиторий ГрГМУ

до лечения уровень боли колебался в пределах 20-30 балов и у пациентов с 3А и 3В стадией уровень боли был в пределах 10-20 баллов. Через 1,5 месяца после комплексного лечения уровень боли при 2 ст. во всех случаях колебался в пределах 40-44 баллов, при 3А и 3В ст. – в 75% случаях 30-40 баллов, в 25% случаев – 20-30 баллов. Следует отметить, что хороший функциональный результат достигнутый за 1,5 месяца с момента начала комплексного лечения смог закрепиться и сохраниться на протяжении 6 месяцев, без отрицательной динамики. Рентгенографические исследования в динамике также показали значимый положительный результат. У всех пациентов, которым выполнялась СХДГБ с АКПА через 1,5 месяца после операции отмечалась выраженная перестройка костных аутотрансплантатов в головке бедра с их уплотнением, без признаков остеолизиса. Рентгенография в динамике до 6 месяцев также подтверждает положительный прогресс остеорегенерации и отсутствие потери коррекции после интрооперационной репозиции при импрессионных переломах головки бедра. Результат лечения субъективно оценен самими пациентами: в 70% случаев как хороший, в 25% как удовлетворительный и в 5% как неудовлетворительный.

Выводы. АНГБК – сложная многофакторная патология, требующая совместной работы мультидисциплинарной бригады врачей специалистов: травматолога-ортопеда, ревматолога и реабилитолога. Органосохраняющие операции при АНГБК должны быть в приоритете перед ТЭТС. Фармакотерапия должна быть этиопатогенетической. Таким образом, ранняя диагностика АНГБК, четкое понимание стадийности процесса, площади и глубины поражения головки бедренной кости, согласно классификации ARCO позволяет подобрать индивидуальное лечение, что является залогом сохранения тазобедренного сустава и высокого качества жизни пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клеточные технологии в лечении некроза головки бедренной кости / А. Э. Мурзич, О. Л. Эйсмонт, Я. И. Исайкина [и др.] // Известия Национальной академии наук Беларуси. Серия медицинских наук. – 2018. – Т. 15, № 4. – С. 429-441.

2. Лечение асептического некроза головки бедренной кости. Клинические рекомендации / А. Н. Торгашин, С. С. Родионова, А. А. Шумский [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2020. – Т. 58, № 6. – С. 637-645.

3. Aggressive presentation and rapid progression of osteonecrosis of the femoral head after COVID-19 / P. Dhanasekararaja, D. Soundarrajan, K. S. Kumar [et al.] // Indian J Orthop. – 2022. – Vol. 56, № 7. – P. 1259-1267.

Репозиторий ГрГМУ