

## НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

### ЛЕЧЕБНЫЙ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ОСТЕОРЕЦЕПЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТЕОАРТРОЗОМ

*А.И.Хорошевская, Л.В.Рябинкина, В.Н.Амбросенков  
ГУЗ "Клинический госпиталь ветеранов войн",  
Великий Новгород*

*"Все, что улучшает качество жизни, является обоснованным и поэтому полезным" - девиз Общества хирургов-ортопедов.*

Целью настоящей работы было изучить клинический 4-х летний опыт применения остеорецепции как варианта лечебной блокады, ее эффективность, безопасность и экономический эффект у пожилых больных с остеоартрозом (ОА).

Изучение эффективности лечения локальными блокадами на сегодня является одним из актуальных направлений деятельности ортопеда.

Известен метод консервативного лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний костей и суставов с применением физраствора внутрикостно - остеорецепция - остеорелексотерапия (Г.Я.Янковский, 1982, Рига).

Повышение внутрикостного давления является одним из самых мощных болевых факторов. Иннервация кости может обеспечить регуляцию процессов с кости на кость, с кости на различные системы организма. Раздражение нервных элементов костного мозга - остеорецепторов, то есть раздражение барорецепторов кости, обеспечивается по этому методу внутрикостным введением от 0,1 мл до 2 мл физраствора в зависимости от размера кости.

Остеорецепция высокоэффективна в лечебном отношении, так как уменьшает болевой синдром, снижает мышечный гипертонус, положительно влияет на сосудистый синдром и ликвидирует парестезии. Лечебный эффект внутрикостного введения физраствора, по мнению автора, объясняется улучшением кровотока кости и снижением внутрикостной гипертензии.

Один из механизмов боли при ОА связан с венозной гипертензией и стазом крови в субхондральной кости, при этом обычно боль в суставах возникает ночью или при определенном положении конечности во время движения (В.И.Мазуров, И.О.Онущенко, 2000).

Положительный эффект лечения эндостального и периостального компонентов болевого синдрома можно достигнуть, используя барорецептивное раздражение остеорецепторов костного мозга с помощью внутрикостного введения физраствора в сочетании с новокаином (В.Г.Климовицкий и др., 2000, Украина).

При ОА крупных суставов нижних конечностей многие авторы регистрировали повышение внутрикостного давления, сопровождающееся болевым синдромом, в 1,5 - 2,5 раза от нормы из-за нарушения венозного оттока из пораженного сустава.

Однако до настоящего времени нет единства взглядов на природу изменений внутрикостного давления из-за сложности и многообразия факторов, влияющих на него в норме и при патологии (Е.А.Назаров, 2003).

Поэтому выше мы привели мнения ряда отечественных авторов об остеорецепции, начиная от родоначальника этого метода в бывшем СССР - Г.Я.Янковского до Е.А.Назарова. Не секрет, что в настоящее время среди практических врачей - ор-

топедов и хирургов бытует мнение о неэффективности или незначительном эффекте остеорецепции. Многие из них считают, что невозможно получить эффект после введения обычной инъекционной иглы в эпифиз, метафиз на 8-10 сек., через которую затем вводится физраствор в объеме 0,1-2 мл. Иные врачи вообще не знакомы с данной методикой. Наш 4-х летний положительный опыт применения остеорецепции дает право говорить о ее лечебном эффекте.

Конечно, положительный результат остеорецепции, как и других видов лечебных "блокад" (ГК-терапия, новокаин+вит.В12, внутрисуставный ксефокам и др.) зависит от конкретного диагноза и состояния больного, наличия показаний и противопоказаний, от преобладающего механизма болевого синдрома - механического, воспалительного, сосудистого, гипертонического.

Противопоказаниями к проведению остеорецепции являются:

- пиодермия и нагноительные процессы мягких тканей в зоне предполагаемой блокады;
- септицемия;
- выраженная сердечная недостаточность, общее тяжелое состояние больного.

К абсолютным противопоказаниям относятся нарушения в свертывающей системе крови и индивидуальная непереносимость местных анальгетиков.

Даем краткое описание техники остеорецепции, выполняемой с целью раздражения внутрикостных барорецепторов. Хирург готовится к выполнению остеорецепции, как к операции, и проводит ее в стерильных перчатках. После тщательной обработки 5% раствором йода и спиртом области эпифиза или метафиза кости, образующей пораженный сустав, инъекционной иглой сверлящим движением прокалываем надкостницу и вводим иглу на 2-6 мм (в зависимости от размера кости). При проколе надкостницы возникает первичная острая боль, прокол компактного вещества характеризуется тупым тактильным ощущением распирания. Дальнейшее продвижение иглы в костный мозг вызывает тактильное чувство, но очень редко бывает болезненным.

Выжидаем 8-10 сек. для снятия внутрикостной гипертензии. В это время в шприц набираем физраствор и медленно вводим его через ранее введенную иглу в полость кости в объеме 0,1-2 мл (в зависимости от размера кости). Процедура проводится один раз в неделю, общий курс - 2-10 введений.

При оценке эффекта лечения учитывались: выраженность ОА (клиническая и рентгенологическая), болезненность сустава при пальпации, индекс боли по ВАШ, окружность сустава.

В Новгородском клиническом госпитале ветеранов войн остеорецепция применяется пациентам пожилого возраста с 2000 г. За 4 года (2000-2003 гг.) этим методом нами пролечено 163 пациента с ОА, что составило 24,2% от 835 больных, получивших разные виды "блокад". Мужчины составили 52%, возраст больных был от 60 до 84 лет. Амбулаторно остеорецепцию в проекции разных суставов получили 69% больных. Общий курс - от 1 до 8 блокад на одного больного. В общей

сложности 163 больным было выполнено 387 процедур остеорецепции, или в среднем - 2,4 на 1 чел. Осложнений не было. У ряда пациентов уже после однократной процедуры достигался стойкий противоболевой эффект с выраженным улучшением двигательной функции сустава.

Положительные отдаленные результаты отмечены у 125 пациентов, что составило 76,7% от всех больных пожилого возраста с ОА, пролеченных методом остеорецепции.

По мнению А.В.Глазунова (2003) ремиссия считается устойчивой при сохранении эффекта на протяжении 3 мес и более с момента окончания лечения.

Хороший результат (от 3-х мес до 1,5г) отмечен у 74 пациентов (59,2%), удовлетворительный (лечебный эффект до 3 мес) у 33 пациентов (26,4%), т.е. общий положительный эффект был достигнут у 85,6% больных. Неудовлетворительный результат (эффект отсутствовал) зафиксирован у 18 пациентов (14,4%).

Обратимся к экономической стороне остеорецепции. 1 упаковка физраствора - 10 ампул по 10 мл - стоит 27 руб. На курс лечения достаточно одной коробки. Одна ампула дипроспана стоит 101 руб. На курс лечения требуется от 1 до 3 ам-

пул дипроспана, что составляет 303 руб. Значит, курс остеорецепции обойдется пациенту в 24 раза дешевле, чем внутрисуставное введение дипроспана. При этом мы определили, что хороший лечебный эффект дипроспана при ОА лишь на 20,8% выше, чем у остеорецепции (80,0% и 59,2% соответственно).

Обзор отечественной литературы и наш клинический опыт продемонстрировали эффективность остеорецепции у пациентов с ОА, улучшающей качество жизни пожилым лицам при минимальных экономических затратах.

### **Выводы**

1. Полученные результаты показали высокую экономичность и хороший и удовлетворительный лечебный эффект остеорецепции у 85,6% пациентов пожилого возраста с ОА различной локализации.

2. Остеорецепция была эффективна при болевом синдроме, связанном с внутрисуставной гипертензией, но малоэффективна в случаях вторичного синовита.

Поступила 10.02.04