

УДК 616.71-018.44-002.155

Г. Ж. Омаров, М. А. Ашимов, Т. А. Тё
Военный Клинический Госпиталь МО РК
г. Алматы

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПЕРЕСТРОЙКИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

АННОТАЦИЯ

В настоящее время остается актуальным вопрос диагностики и лечения патологической перестройки костной ткани длинных трубчатых костей у военнослужащих, которая развивается под влиянием интенсивной и непривычной нагрузки.

Ключевые слова: военнослужащие, костная ткань, нагрузка

В развитии заболевания большое значение имеют ритмичность нагрузки, частая повторяемость ее, а также слаборазвитая костно-мышечная система и незаконченное развитие скелета. Особенно способствует развитию патологической перестройки бег по жесткому грунту.

При патологической перестройке общее количество костного вещества может оставаться без изменений, костные балки постепенно заменяются новообразованиями, имеющими несколько иную форму, расположение и направление, соответственно новым силовым линиям. Однако чаще всего перестройка сопровождается сложным процессом рассасывания костного вещества с последующим его замещением нормальной или склерозированной тканью.

Типичным представителем такой разновидности патологической перестройки является местная зона перестройки, так называемая лоозеровская зона. Она может возникнуть в любой кости, но чаще всего наблюдается в длинных трубчатых костях соответственно местам изгиба и наибольшей функциональной нагрузки. Местная зона перестройки обычно представляет собой полосу высотой в несколько миллиметров, расположенную поперечно к длиннику кости, где происходит усиленное рассасывание костного вещества. На фоне костной структуры кости такая зона рассасывания костного вещества на рентгенограмме видна как светлая полоса (рис. 1, рис. 2).



Рис. 1. Патологическая перестройка проксимального метаэпифиза большеберцовой кости



Рис. 2. Патологическая перестройка шейки бедренной кости



Рис. 3. Патологическая перестройка дистального метаэпифиза бедренной кости

Наиболее часто процесс развивается в области диафиза II, III плюсневых костей стопы (маршевая стопа), в верхней и нижней трети большеберцовой кости, в нижней трети малоберцовой кости и в I ребре.

Недостаточная осведомленность практических врачей, недостаточное освещение в литературе вопросов диагностики, патогенетической терапии и профилактики маршевых периоститов приводит к большому количеству диагностических ошибок.

За период с 2004 г. по 2013 г. в ВКГ МО РК г. Алматы пролечено 235 больных с патологической перестройкой костей, преимущественно у лиц молодого возраста (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по категориям

Год	Категория, чел.				Всего, чел
	военно-служащие срочной службы	курсанты	военно-служащие по контракту	офицеры	
2004	9	–	3	–	12
2005	10	3	3	–	16
2006	7	6	–	2	15
2007	10	10	1	–	21
2008	19	7	2	–	28
2009	22	7	2	–	31
2010	17	10	2	–	29
2011	23	10	–	1	34
2012	15	13	–	–	28
2013	16	5	–	–	21
<i>Итого</i>	148	71	13	3	235

По локализации патологического процесса больные распределялись следующим образом:

Клиническая картина. После 1-2 месяцев службы у солдат в месте патологической пе-

Таблица 2

Локализация патологического процесса

Локализация	Количество
Большеберцовая кость	213
Бедренная кость	8
Кости стопы	14
<i>Итого</i>	235

рестройки костной ткани появляется боль, которая во время отдыха проходит. Если интенсивные нагрузки продолжают, боль значительно усиливается, становится постоянной. В области патологического процесса возникает припухлость, конечность увеличивается в объеме, повышается местная температура кожи и появляется гиперемия. При пальпации отмечают местную болезненность и веретенообразное увеличение кости. При своевременно начатом лечении, устранении вредных воздействий процесс перестройки костной ткани стихает, исчезают клинические симптомы, однако еще длительное время определяются утолщение кости и ее склероз. Продолжительность заболевания может составлять от 10 дней до 3-4 месяцев, что зависит от своевременной диагностики и рационального лечения. После излечения в течение длительного времени наблюдается повышенная утомляемость нижних конечностей. В зависимости от фазы болезни, обширности поражения кости и локализации патологического процесса лечение проводилось с помощью гипсовой иммобилизации на срок до 4-х недель. Одновременно с иммобилизацией конечности проводилось физиотерапевтическое лечение, направленное непосредственно на патологический очаг (токи УВЧ, импульсное и переменное магнитное поле, ионофорез с новокаином, эуфиллином, хлористым кальцием). Препараты кальция применялись паренте-

рально (хлорид кальция), так и внутрь (глюконат кальция, кальций ДЗ никомед, кальцеит, остеогенон).

После снятия гипсовых повязок проводилось физиофункциональное лечение: ЛФК, массаж, механотерапия, физиопроцедуры на область патологической перестройки и ближайшие суставы. Дозированную опору начинали в среднем через 10-21 дней, и уже к 4-5 неделям при соответствующей рентгенологической динамике процесса репарации осуществляли полную опору на конечность. Средняя длительность лечения больных с патологической перестройкой костной ткани составляла 45 дней.

Профилактика заболевания включает комплекс мероприятий организационного и лечебного характера. Во время занятий постепенно

увеличивают физическую нагрузку, которую сочетают с обязательными периодами отдыха. Строевые занятия необходимо проводить только частично на асфальтовом покрытии, лучше на земляном грунте. Не допускается проведение длительного бега по жесткому грунту и асфальту.

Выводы

За последние годы отмечается рост заболеваемости маршевого периостита среди военнослужащих, что связано с особенностями военного труда. В связи с малой осведомленностью врачей и недостаточным освещением данной патологии в литературе заболевание диагностируется редко, что ведет к лечебным тактическим ошибкам и способствует развитию осложнений – маршевых переломов.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Проблемы остеопороза в медицине. – Алматы: АГИУВ, 2001.
- 2 *Шаповалов В. М.* Военная травматология и ортопедия. – Санкт-Петербург, 2004.
- 3 *Шаповалов В. М.* Травматология и ортопедия. – Санкт-Петербург, 2004.

ТҮЙІН

Қазіргі уақытта қарқынды және қалыптан тыс жүктеменің әсерінен дамитын әскери қызметкерлердің ұзын құбыр тәрізді сүйектерінің сүйек тіні патологиялық қайта құруын емдеу мен диагностика мәселесі өзекті болып тұр.

Түйінді сөздер: әскери қызметкерлер, сүйек тіні, жүктеме.

SUMMARY

Over the last years, the march periostitis has become more widespread in soldiers which caused by the peculiarities of the military activities. Due to poor awareness of physicians and insufficient coverage of the pathology in literature, the disease is hardly diagnosed, which results in therapeutic mistakes, and contributes to development of complications such as march fractures.

Key words: Looser's zone, march periostitis, pathological fracture.