

М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, Ж.ОРАЗХАН, Е.Н. НУРЛЫБЕКОВА, А.А.УШУРОВ, Г.Б.МАХАМБЕТОВ
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра травматологии и ортопедии №4 ГКБ

АНАЛИЗ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПО ПОВОДУ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

В статье представлен анализ эндопротезирования по поводу дисплазии тазобедренного сустава ,больных находившееся в отделении ортопедии и эндопротезирования ГКБ №4 г. Алматы в возрасте от 18 до 66 лет.

Ключевые слова: *тазобедренный сустав, эндопротезирование, диспластический коксартроз, шкала Харриса.*

Актуальность темы. Дисплазия тазобедренного сустава – врожденная деформация, которая характеризуется порочной ориентацией и уменьшением площади соприкасающихся поверхностей компонентов сустава и является основной причиной примерно 76% всех случаев коксартроза.

Врожденный вывих тазобедренных суставов, являясь тяжёлым пороком развития, занимает одно из первых мест среди всех врождённых заболеваний опорно-двигательного аппарата, продолжая оставаться актуальной проблемой современной ортопедии [1]. Нестабильность тазобедренного сустава диспластического генеза (подвывих и вывих бедра) имеет тенденцию к прогрессированию и является одной из главных причин развития деформирующего коксартроза у подростков и взрослых с последующей инвалидизацией, что обуславливает актуальность лечения таких больных сразу после выявления заболевания [2].

Согласно данным ряда авторов, около 40 % артрозов тазобедренного сустава у взрослых является следствием невылеченных в детстве нарушений развития [4].

В настоящее время принятая тактика хирургического лечения врожденного вывиха бедра у детей 1 года – 2,5 лет предусматривает выполнение открытого вправления бедра в самостоятельном варианте. Частота последующих хирургических вмешательств – корригирующих околосуставных остеотомий таза и бедра, направленных на стабилизацию сустава, составляет до 80%.

Развитию дисплазии способствуют ягодичное предлежание, женский пол плода, статус первенца, семейная предрасположенность, гормональные факторы, раса. Так, в 80% случаев дисплазия выявляется у девочек, что можно объяснить действием дополнительных эстрогенов, продуцируемых плодом женского пола, что усиливает расслабление связочного аппарата. Левое бедро поражается в три раза чаще, чем правое, а двусторонняя дисплазия наблюдается в 20–25% случаев [6,7, 8].

В настоящее время наиболее эффективным среди оперативных методов лечения заболеваний тазобедренного сустава является эндопротезирование

В Казахстане, как и во всем мире, растет число операций по замене крупных суставов. В Республике Казахстан ежегодная потребность в эндопротезировании тазобедренного(ТБ) и коленного суставов составляет около 24 500 операций в год.

В №4 ГКБ г. Алматы ежегодно проводится более 1000 операций по эндопротезированию крупных суставов, и это составляет около 30% всех операций подобного рода в РК.

Анализ литературных источников, посвященных вопросу лечения высокого врожденного вывиха бедра, особенно у взрослых, показал недостаточную изученность данной проблемы [3, 5].

Цель исследования .Анализ проведенных эндопротезирования по поводу дисплазии тазобедренного сустава ,больных поступивших в ГКБ №4 за 2015г.

Материалы и методы исследования. Нами были изучены архивные материалы (истории болезни) за 2015 год на базе ГКБ №4, выявили результаты лечения 26 пациентов (20 женщин, 6 мужчин), возрасте от 18 до 66 лет находившимися на стационарном лечении, у которых были диагностированы диспластический коксартроз тазобедренного сустава и асептический некроз головки бедренной кости.

По поводу диспластического коксартроза оперировано 25 пациента, с асептическим некрозом головки бедренной кости было 1 человек. Все пациенты жаловались на боли в области тазобедренного сустава, ограничение движений из-за боли, хромоту и разной степени укорочения конечности.

По возрастам мы разделили их на группы: от 18-35 лет –11 (42,7%) больных , 36-45лет – 7 (26,6%)больных ,46-55 лет-2 (7,6%) больных, 56-66 лет-6 (23,1%) больных(Таблица №1).

Одним из особенностей как видно из таблицы №1 является эндопротезирование тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе возрастные категории больных сравнительно молодой возраст. Средний возраст больных, которым проведено эндопротезирование по поводу остеоартроза крупных суставов составляет 60 лет.

На рисунке 1 представлено распределение пациентов по степени дисплазии.

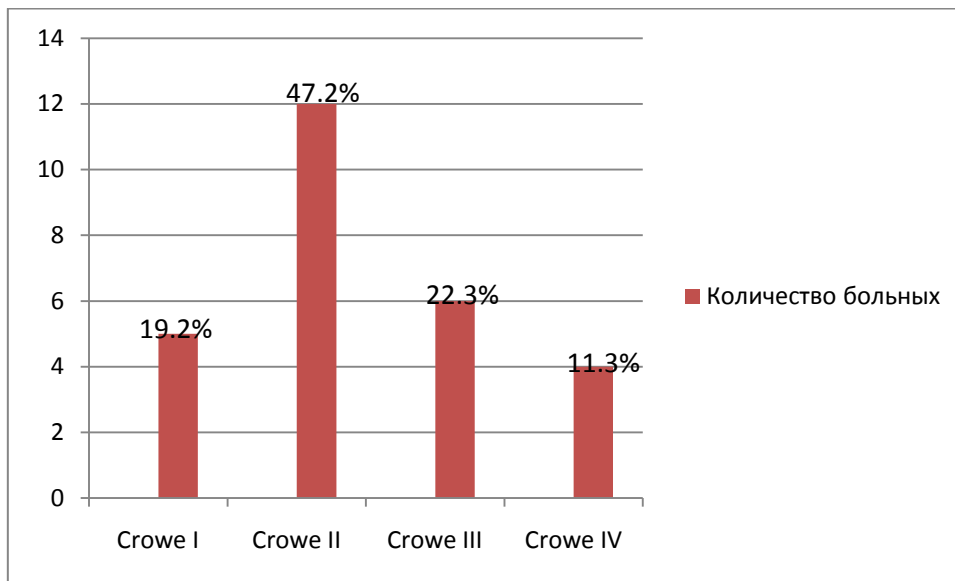


Рисунок 1 - - График количества больных

В послеоперационном периоде клиническая оценка результатов лечения проводилась по оценочной шкале Харриса для тазобедренного сустава (Harris Evaluation System of the Hip). Данный способ позволяет оценить исходы после артропластики тазобедренного сустава. Система Харриса предполагает оценку 4 категорий: боль, функция, деформация, амплитуда движений. По каждой категории набирается определенное количество баллов. Максимальное число баллов равно 100. Сумма баллов от 100 до 90 оценивается как отличная функция сустава, от 89 до 80 — как хорошая, от 79 до 70 — как удовлетворительная и менее 70 — как неудовлетворительная [6].

До операции более 70 баллов (73,3±2,3) выявлено только у 3 (2,4%) больных, у 23 (97,6%) пациентов функциональные результаты были плохими (51,9±11,6).

У пациентов с I степенью дисплазии по классификации JF Crowe (1979) хорошие результаты (средний балл по шкале Харриса 89±2,1) достигнуты в 89,7% наблюдений, при II и III степенях - в 85,0% (средний балл 82±3,9), а при IV степени - только в 73,6% (средний балл 77±5,6)

Таблица 1 – Гендерное распределение у пациентов с I степенью дисплазии

Пол	мужчины	женщина
18-35 лет	3	8
36-45 лет	2	5
46-55 лет	0	2
56-66 лет	1	5

Так же нужно отметить, что из всех оперированных 24 больные перенесшие в детстве операцию по открытому вправлению бедренной кости и двум пациентам было проведено консервативное лечение. 13 пациентам было выполнено тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава, 12 – правого.

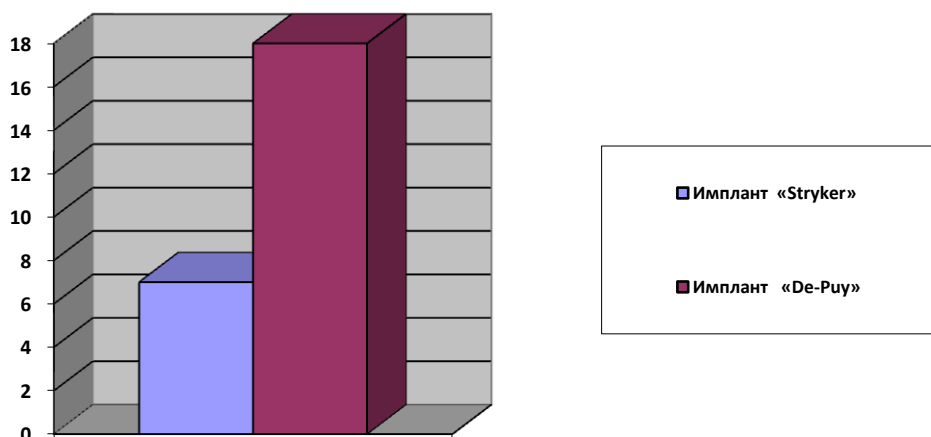
Пациенты направлялись по portalу на оперативное лечение из поликлиник по месту жительства, где проводилось обследование и консервативная терапия. Предоперационное планирование проведено с учетом индивидуальных качеств каждого больного. Для этого получены рентгенограммы ТБ в двух стандартных и аксиальной проекциях для примерки шаблона и выбора модели и размеров имплантата.

При невозможности привести головку бедренной кости на уровень вертлужной впадины тазовой кости в зависимости от анатомического перестройки мышечных, нервно-сосудистых элементов, то производится метод эндопротезирования с остеотомией проксимального конца бедренной кости. Обычно при укорочении более 5 см.

При планировании операции необходимо продумать два основных момента: как низвести бедренную кость до необходимого уровня, чтобы не возникли проблемы с вправлением головки в вертлужную чашку, и восстановить длину конечности.

Операции проведены под общим наркозом.

В основном операции заключались в тотальном цементном и без цементном эндопротезировании ТБС с имплантом «Де-Пью» (18 человек) и протезом «Страйкер» (7 человек).



Клинический пример

Больной К., 34 лет поступил на лечение в ГКБ №4 в отделение эндопротезирования с диагнозом Диспластический коксартроз левого тазобедренного сустава III-IV степени. Болевой синдром слева. Смешанная контрактура левого тазобедренного сустава. При поступлении: жалобы на боли в области левого тазобедренного сустава, ограничение движения из-за боли, хромота, укорочение на 4-5 см.

Движение в левом тазобедренном суставе ограничено болезненно. Осевые нагрузки болезненны, укорочение на 4-5 см. Ротационные движения болезненны, сгибание 90° , Разгибание 0° , Отведение 10° . Пульсация – a.dorsalis pedis - четкая с обеих сторон. Чувствительность и движения пальцев обеих стоп не нарушено.

На рентгенограмме левого тазобедренного сустава определяется диспластическая измененная вертлужная впадина, Линии Шентона, Омбердана, Кальве нарушены. Диспластический коксартроз левого тазобедренного сустава III-IV степени.

С учетом результатов клинико-инструментальных обследований больной проведена операция: эндопротезирование ТБС.

Произведена операция: Тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава. Тотальное безцементное эндопротезирование левого тазобедренного сустава имплантом «De-Puy». Бедренный компонент № 12, Ацетабулярный компонент №48, Головка № +8,5-28мм. На контрольной рентгенограмме в прямой проекции: на рентгенографии левого тазобедренного сустава с эндопротезом суставные поверхности конгруэнтны.

Выводы

1. Таким образом, оперативное лечение взрослых больных с врожденным вывихом бедра является актуальной проблемой восстановительной ортопедии.

Большинство больные в детстве перенесли операцию по открытому вправлению бедренной кости.

2. Эндопротезирование при дисплазии тазобедренного сустава в основном проводится относительно в молодом возрасте.

3. Необходимо операцию таким больным проводить в специализированных клиниках с современным оснащением для эндопротезирования тазобедренного сустава. Требуют особого подхода для выбора простого или ревизионных эндопротезов. Этим больным требуются дальнейшая реабилитационное лечение и наблюдение для восстановления функции конечности.

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе является эффективной операцией, позволяющей добиться у 87,1% больных стойкого исчезновения болевого синдрома и хорошего функционального результата лечения (средний балл по шкале Харриса $85 \pm 4,7$).

4. Характер выполняемых операций и отдаленные результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при его дисплазии во многом определяются степенью ее выраженности

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шапиро К.И. Частота поражений крупных суставов у взрослых / К.И. Шапиро // Диагностика и лечение повреждений крупных суставов.—СПб.: 1991. — С.3-5.
- 2 Ю. Г.Шапочников. «Руководство по травматологии и ортопедии». — М.: 1997. — С.50-55.
- 3 Профилактика развития коксартроза у детей и подростков с патологией тазобедренного сустава / Н.Х. Бахтеева, А. Ф. Краснов, И. А. Норкин, В. А. Винокуров. Саратов : Новый ветер, 2005. — С. 28-30.
- 4 А. А. Надеев, «Рациональное эндопротезирование тазобедренного сустава», Москва-Бином, Лаборатории знаний, 2004. — 239 с.
- 5 Р.М. Тихилов, Травматология и ортопедия России, 2006. — №4 (42). — С.7-14.
- 6 Harris W.H. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment of mold arthroplasty // J. Bone Jt Surg. — 1969. — Vol. 54A. — P. 61-76.

7 Е.А Волокитина. Эндопротезирования тазобедренного сустава и Чрезкостный остеосинтез. Травматологии и ортопедии России, 2008.-(47). - С.82-88.

М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, Ж. ОРАЗХАН, Е.Н.НУРЛЫБЕКОВА, А.А.УШУРОВ, Г.Б.МАХАМБЕТОВ.

*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы,
№4 қалалық клиникалық аурухана*

ҰРШЫҚ БУЫН ДИСПЛАЗИЯСЫНЫҢ КЕЗІНДЕ ЭНДОПРОТЕЗДЕУ ОТАСЫНА ТАЛДАУ

Түйін: Бұл мақалада Алматы қ. №4 қалалық клиникалық ауруханасының эндопротездеу бөлімшесінде, 2015 жылы 18-66 жас аралығындағы науқастардың ұршық буын дисплазиясы эндопротездеу отасының талдауы жасалған.

Түйін сөздер: ұршық буын, эндопротездеу, диспластикалық коксартроз, Харрис шкаласы

M.N. JAXYBAYEV, ZH.ORAZKHAN, E.N. NURLYBEKOVA, A.A. USHUROV, G.B MACHAMBETOV

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of traumatology and orthopaedy, 4 City Clinical Hospital*

ANALYSIS OF THE ENDOPROSTHESIS OF THE PATIENTS WITH DYSPLASIA

Resume: The article presents an analysis of arthroplasty about hip dysplasia, the patient is in the department of orthopedics and endoprosthesis CCH №4 Almaty in age from 18 to 66 years.

Keywords: hip joint arthroplasty, dysplastic coxarthrosis, Harris scale