

© А.Н.Волошенко, В.А.Неверов, 2009
УДК 616.728.2-002-007.17-089

А.Н.Волошенко, В.А.Неверов

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ КОКСАРТРОЗОМ

Кафедра медицины катастроф (зав. — доц. Н.П.Новикова) Белорусской медицинской академии последипломного образования, г. Минск; кафедра травматологии и ортопедии с курсом вертебрологии (зав. — проф. В.А.Неверов) Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования Росздрава

Ключевые слова: диспластический коксартроз, корригирующая остеотомия, эндопротезирование.

Введение. Актуальность исследований, посвященных вопросам хирургического лечения диспластического коксартроза, обусловлена многими причинами: высокой частотой поражения тазобедренного сустава, быстрым прогрессированием заболевания с ранней инвалидизацией больных, малой эффективностью консервативного лечения и трудностями выбора оптимального вида оперативного вмешательства, сложностью последующей социальной и психологической реабилитации больных. В настоящее время в хирургии тазобедренного сустава наступил период явного преобладания тотального эндопротезирования [1, 7, 9, 11].

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава зарекомендовало себя как один из методов лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний различного генеза. Созданы и используются сотни вариантов эндопротезов. Однако число и разнообразие конструкций не решило проблему хирургической реабилитации больных с диспластическим коксартрозом. Наблюдения в динамике свидетельствуют о постепенном снижении удельного веса благоприятных результатов. Пропорционально давности операции возрастает потребность в замене искусственного сустава или одного из его компонентов. Возникли совершенно новые проблемы, связанные с асептической нестабильностью протезов, гнойными осложнениями и другими негативными последствиями [3, 6, 8, 10].

Тотальное эндопротезирование накладывает определенные ограничения на двигательную и трудовую активность пациента, поэтому его нельзя безоговорочно рекомендовать людям молодого возраста. По мере накопления опыта этих

операций, изучения ошибок и осложнений происходит переориентация в выборе оперативных методов лечения в пользу сохранения тазобедренного сустава. У больных молодого возраста оправдано применение малотравматичных органосохраняющих операций на тазобедренном суставе, направленных на обеспечение функции конечности с учетом этиопатогенеза и динамики заболевания. Остеотомии таза и корригирующие остеотомии бедра, уменьшающие и перераспределяющие статико-динамические напряжения в опорных зонах, способны приостановить или замедлить течение дегенеративно-дистрофического процесса, продлить срок естественной функции сустава [1, 2, 4]. По данным отечественных и зарубежных авторов, эффективность различных видов реконструктивно-восстановительных операций колеблется в очень широких пределах — от 30 до 90% [5, 6, 8].

Являясь убежденными сторонниками оперативного лечения коксартроза, мы, тем не менее, считаем, что ни одному из видов хирургического вмешательства при этой патологии нельзя отдавать явное предпочтение. У значительного числа больных с диспластическим коксартрозом (ДК) более адекватным может быть поэтапное хирургическое лечение: сначала остеотомии таза и межвертельные остеотомии бедра, а затем при необходимости эндопротезирование, что позволит добиться оптимальных конечных результатов лечения. При такой тактике эндопротезирование отодвигается на более поздний возрастной период, что позволяет рассчитывать на однократную замену сустава с учётом того, что двигательная активность с возрастом снижается.

Материал и методы. Нами проведен анализ отдаленных результатов лечения 321 больного с ДК в сроки

от 10 до 20 лет. Больным были выполнены следующие оперативные вмешательства: остеотомия таза по Хиари (у 223), моделирующая резекция головки бедра и впадины в сочетании с остеотомией таза по Хиари (у 48), остеотомия таза по Хиари в сочетании с межвертельной остеотомией бедра (у 50). Пациенты были в возрасте от 18 до 60 лет.

Клиническая оценка результатов операций у больных после оперативного лечения показала, что благоприятные исходы оперативных вмешательств оценены как хорошие у 82% из них, т.е. боли не беспокоят, увеличилась амплитуда движений в оперированном суставе, улучшилась походка и качество жизни (самообслуживание).

Наиболее стабильные результаты наблюдались у 5 больных с I и II стадий коксартроза, которым выполнялась реконструкция впадины в сочетании с межвертельной корригирующей остеотомией. Обследование 50 больных в сроки 10–20 лет показало высокий эффект оперативного вмешательства у 48 из 50 них.

При II стадии коксартроза после надвертлужной остеотомии таза по Хиари хорошие результаты лечения отмечены у 205 больных из 223. Пациенты указывают на периодические боли, которые, с их слов, «не шли ни в какое сравнение с болями до операции». Сохранилась хромота, что вынуждает больных использовать трость, имеются определенные трудности в самообслуживании из-за ограничения движений в суставе.

Отдельную группу составили больные с ДК III стадии. Как правило, молодым пациентам выполняли надвертлужную остеотомию таза с моделированием головки бедра и удалением оссификатов по краям вертлужной впадины. Болевой синдром уменьшился или полностью исчез у 40 из 48 оперированных, и только у 6 — сохранились периодически возникающие интенсивные боли, у 2 — операция оказалась неэффективной. В сроки 3–5 лет все больные отмечали улучшение походки. Однако в сроки 5–7 лет у 15 обследованных уже отмечались различной интенсивности боли в тазобедренном суставе, хотя они не достигали интенсивности, которую больные испытывали в дооперационном периоде. Амплитуда движений стала уменьшаться. Возникли проблемы с самообслуживанием и необходимость использовать трость при ходьбе.

Всем больным после оперативных вмешательств мы рекомендовали ежегодный курс консервативного лечения, разгрузку манжетным вытяжением, противовоспалительные и рассасывающие виды физиотерапевтического лечения, лазеротерапию в течение 2–3 нед. Проводимое лечение значительно улучшало субъективный статус наблюдаемых больных.

Результаты и обсуждение. У $1/3$ больных мы не обнаружили четкой параллели между клиническими данными и рентгенологической картиной. Пациенты этой группы были довольны результатами оперативного лечения, в то время как рентгенологически отмечалось прогрессирование дегенеративных изменений.

Неудовлетворительные результаты отмечены у 16 больных. Анализ неудовлетворительных результатов показал, что причиной неудач явился необоснованный выбор оперативного вмешательства. У этих больных с ДК III стадии была выполнена надвертлужная остеотомия, а необходимо было отдать предпочтение первично-

му эндопротезированию. Такой вид оперативного вмешательства применялся в 1984–1990 гг., когда эндопротезирование только начинало внедряться.

Следует подчеркнуть, что тотальное эндопротезирование после ранее выполненных реконструктивных вмешательств на тазобедренном суставе представляет определенные технические трудности. Сложность оперативного вмешательства заключается в наличии деформаций и дефектов костей после реконструктивных операций, остеопороза проксимального отдела бедренной кости и вертлужной впадины, что требует использования цемента для фиксации протеза. Кроме того, у некоторых больных перед установкой протеза приходится удалять различные конструкции, которые были использованы ранее. При имплантации бедренного компонента протеза при многоплоскостных деформациях проксимального отдела бедренной кости требуется тщательная оценка анатомии канала проксимальной части бедренной кости. Установка ножки эндопротеза в данной ситуации сопровождается выборкой выступающих поддерживающих участков на уровне и выше предшествующей остеотомии с приданием правильной формы костномозговому каналу на протяжении, соответствующем форме ножки эндопротеза. При выполнении операций эндопротезирования у пациентов с недоразвитой вертлужной впадиной очень важной и сложной задачей является фиксация ацетабулярного компонента эндопротеза в измененной неконгруэнтной впадине, поэтому особое внимание уделяется предоперационному планированию, технике имплантации.

Определенные трудности возникают при эндопротезировании после ранее выполненной остеотомии таза по Хиари. В предоперационном периоде обязательным условием является выполнение рентгенографии тазобедренного сустава в двух проекциях и компьютерная томография. При выраженной дислокации фрагментов иногда приходится выполнять пластику медиальной стенки и крыши вертлужной впадины для латерализации ранее смещенного центра ротации. В некоторых случаях для этого необходимы специальные конструкции ацетабулярного компонента эндопротеза. Методом выбора может служить реконструктивное кольцо типа Мюллера или Буршайдера в сочетании с костной пластикой. В отдельных случаях при достаточной глубине впадины и толщине ее дна выполняется установка стандартного ацетабулярного компонента эндопротеза.

Отдаленный результат эндопротезирования при диспластическом коксартрозе прослежен в сроки от 2 до 10 лет у 140 оперированных больных. Клинически отличные и хорошие результаты

лечения достигнуты у 120 из них, у 10 — результат оценен как удовлетворительный, у 10 — возникла нестабильность компонентов протеза, что потребовало выполнения ревизионных вмешательств.

Результаты оперативных вмешательств свидетельствуют о том, что остеотомия таза и межвертельная остеотомия бедра являются одним из методов в лечении больных с ДК. Наиболее оправдано применение органосохраняющих операций на тазобедренном суставе у больных молодого возраста. Правильно и своевременно выполненная остеотомия позволяет в полном объеме использовать резерв компенсаторных возможностей сустава. При прогрессировании патологических изменений в суставе следующим этапом хирургического лечения является тотальное эндопротезирование.

Выводы. 1. Своевременно выполненные органосохраняющие реконструктивно-восстановительные операции у больных с диспластическим коксартрозом могут на длительный срок задержать развитие дегенеративно-дистрофического процесса в тазобедренном суставе и обеспечить его безболезненную функцию. Максимально отсроченное по возрасту пациента эндопротезирование позволит избежать в дальнейшем тяжелых ревизионных вмешательств.

2. Реконструктивные оперативные вмешательства должны, наряду с эндопротезированием, находиться в арсенале хирургических методов лечения данной патологии. Адекватное их применение будет способствовать достижению оптимальных результатов лечения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Волошенко А.Н. Диспластический коксартроз (хирургическое лечение взрослых).—Минск: Издательский центр БГУ, 2003.—100 с.
2. Крюк А. С., Соколовский А. М. Ранние проявления и оперативное лечение диспластического коксартроза // Ортопед., травматол.—1982.—№ 10.—С. 8–13.
3. Неверов В.А., Абу-Хадра Мохаммад. Биомеханические аспекты эндопротезирования тазобедренного сустава // Тезисы Восьмого Российского национального конгресса «Человек и его здоровье».—СПб., 2003.—С. 64–65.
4. Соколовский А.М., Волошенко А.Н. Хирургическая тактика при заболеваниях тазобедренного сустава у взрослых // Тезисы конференции «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии».—М., 1995.—С. 166–167.
5. Тихилов Р.М., Шаповалов В.М. Деформирующий артроз тазобедренного сустава (клиника, диагностика, хирургическое лечение).—СПб., 1999.—182 с.
6. Canadell J., Aguilera L., Azcarate J. R. et al. The place intertrochanteric osteotomy in the treatment of idiopathic necrosis of the head of the femur // Intern. Orthop.—1996.—Vol. 10, № 1.—P. 41–46.
7. Croft P., Cooper C., Wickham C. et al. Osteoarthritis of the hip and acetabular dysplasia // Ann. Rheum. Dis.—1991.—Vol. 50, № 5.—P. 308–310.
8. Lack W., Windhager R., Kutschera H.P. et al. Chiari pelvic osteotomy for osteoarthritis secondary to hip dysplasia // J. Bone Joint Surg.—1991.—Vol. 73-B, № 2.—P. 229–234.
9. Nies F., Fidler M.W. The Harris-Galante cementless femoral component // Acta Orthop. Scand.—1996.—Vol. 67, № 2.—P. 122–124.
10. Rossmanov V. Shelf-operation for acetabular dysplasia in adults // Abstr. 20th World congress SICOT.—Amsterdam, 1996.—P. 2277.
11. Wedge J.H., Munkacsy L., Loback D. Anteversion of the femur and idiopathic osteoarthritis of the hip // J. Bone Joint Surg.—1989.—Vol. 71-B, № 2.—P. 347–350.

Поступила в редакцию 26.01.2009 г.

A.N.Voloshenuk, V.A.Neverov

GRADED TREATMENT OF DYSPLASTIC COX-ARTHROSIS

An experience with treatment of 321 patients allowed the authors to substantiate expedience of graded performing different reconstructive procedures, such as transposition of catyloid cavity, pelvic osteotomy after Hiary, femur osteotomy, endoprosthesis. These operations allow postponement of the time of articulation replacement and minimization of revision procedures.