**ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА (ОПЫТ НОВОСИБИРСКОГО НИИТО)**

1Александров Т.И., 1Прохоренко В.М.

1 ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России, г. Новосибирск, [tymus@inbox.ru](mailto:tymus@inbox.ru)

**Введение**

Лучезапястный сустав по числу участвующих в нем костей является сложным, а по форме суставных поверхностей относится к эллипсовидным с двумя осями вращения (сагиттальной и фронтальной). Даже незначительные изменения в этом суставе вызывают ограничения функции и ухудшение качества жизни.

**Цель исследования**

Анализ результатов метода эндопротезирования лучезапястного сустава с использованием трибологической пары трения «керамика-керамика».

**Материалы и методы**

В травматолого-ортопедическом отделении №3 Новосибирского НИИТО в период с 2008 года по июль 2016 года выполнено 45 тотальных эндопротезирований лучезапястного сустава с использованием керамического имплантата Mo**je MBW**.

Пациенты, поступившие для хирургического лечения, были разделены на три группы наблюдения. К первой, наиболее многочисленной, были отнесены пациенты, перенесшие травматические повреждения кистевого сустава (n=33); ко второй группе – пациенты с остеохондропатией кистевого сустава (n=7) и к третьей группе – пациенты, страдающие ревматоидным артритом (n=5).

Последняя группа на наш взгляд является наиболее проблематичной в виду выраженного остеопороза и системного поражения связочного аппарата. По этой причине пациентам последней группы было выполнено 5 операции при минимальных изменениях со стороны мягких тканей и сохранной костной ткани по данным денситометрии.

В предоперационном периоде пациентам выполнялось рентгенографическое исследование пораженной области в стандартных (прямой, боковой) проекциях. Пациентам с выраженной деформацией и остеолизом выполнялось МСКТ-исследование с целью определения степени поражения костной ткани. Пациентам с ревматоидным артритом помимо клинического осмотра, выполнялась денситометрия с целью выявлений степени остеопении. При выявлении остеопороза оперативное вмешательство не проводилось. Оперативные вмешательства выполнялись согласно технологии описанной производителем керамических имплантатов.

**Результаты и обсуждение**

В отделении пропагандируется ранняя разработка суставов кисти в послеоперационном периоде. Именно по этой причине пациентам не блокируют оперированный сустав иммобилизационными повязками. Основным фиксирующим устройством после тотального эндопротезирования сустава является фигурное бинтование. Пациентам с первого дня после оперативного вмешательства рекомендуется выполнять «качательные» движения в пределах болевых ощущений. Контрольными точками осмотра для пациентов являются 6 недель, 6 и 12 месяцев с момента операции, затем ежегодный осмотр для оценки состояния и объема движений в кистевом суставе.

Через 6 месяцев у пациентов, как правило, отмечается болезненность в области оперированного сустава только при интенсивных нагрузках. В среднем по субъективной визуально-аналоговой шкале (ВАШ), болевые ощущения с 8 баллов снижались до 4. Интенсивность нагрузок пациенты определяют либо сами, либо вместе с лечащим доктором. Во многом период реабилитации зависит от длительности заболевания и старания пациента. В ряде случаев наблюдались пациенты, которые после выполнения эндопротезирования лучезапястного сустава избавлялись от болевых ощущений, а объем движений был «достаточным» для потребностей пациента. В подобных случаях можно ограничиться рекомендациями динамического наблюдения и максимальной адаптации оперированной кисти – стараться выполнять основной объем мелких, не силовых, работ оперированной рукой.

При осмотре через год после оперативного вмешательства пациенты могут выполнять силовые нагрузки, основываясь на собственных ощущениях.

Из 45 случаев эндопротезирования лучезапястного сустава в одном случае по прошествии годового периода пациенткой отмечены сохранившиеся боли в суставе, усиливающиеся при движении. По данным рентгенографии признаков нестабильности компонентов не было отмечено, однако пациентка настояла на дальнейшем оперативном лечении. Ей было предложено выполнить артродез лучезапястного сустава. Во время оперативного вмешательства: в полости сустава признаки импрегнации инородными тканями и некроз тканей отсутствовали; суставная жидкость имела прозрачный желтоватый цвет; компоненты эндопротеза были хорошо фиксированы, так что потребовалось выполнение послабляющей продольной остеотомии лучевой и головчатой костей для удаления компонентов эндопротеза. В процессе операции полость была заполнена аллокостью, а кистевой сустав – фиксирован накостной пластиной. Удаленные компоненты эндопротеза макроскопически не были подвержены ни окислению, ни разрушению.

В остальных случаях пациенты были довольны проведенным лечением. Они отмечали снижение болевого синдрома, сохранение, или увеличение объема движений в лучезапястном суставе. Отдаленные результаты наблюдений свидетельствуют о хорошей интеграции компонентов эндопротеза и удовлетворительном объеме движений. У пациентов с ревматоидным артритом, как правило, сохраняется болевой синдром, носящий периодический характер, что связано с воспалительными проявлениями в смежных суставах.

Выводы: Эндопротезирование лучезапястного сустава с использованием керамических имплантатов является перспективным направлением ортопедической помощи.