Результаты эндопротезироования при диспластическом коксартрозе.

Уз НИИТО Отд. Последствия травм

Мирзаев Ш.Х.

Среди артрозов тазобедренного сустава диспластический коксартроз составляет до 40%. Широкая распространённость, раннее проявление клиники и прогрессирующее течение – являются характерным для этого заболевания. В конечном итоге резко понижает трудоспособность, осложняет семейные отношения, ломает привычный жизненный уклад человека.

Диспластический коксартроз является не только медицинской, но и социально значимой проблемой. Многолетний опыт применения органосохраняющих операций при лечении больных с коксартрозом (различные варианты остеотомии таза, межвертельные остеотомии бедренной кости, артродезы и др.) показали, что эффективность этих вмешательств высока на ранних стадиях коксартроза и существенно снижается на поздних стадиях. Это подтверждают показатели инвалидности, которые по прошествии времени нарастают после корригирующих остеотомий с 26% до 58%, декомпрессионных операций с 29% до 54%, артродезов с 20% до 75%. Неудовлетворённость функциональными результатами лечения побудила ортопедов к поиску, разработке и применению радикальных методов артропластики тазобедренного сустава - эндопротезированию. (Р.М.Тихилов, В.М.Шаповалов).

Радикальным методом лечения диспластического коксартроза, как и при других видах коксартроза, является тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Объём и сложность операции зависят от степени дисплазии сустава. При I- II- степенях проводится стандартное эндопротезирование, без особых затруднений. При дисплазии III-IV степени, вледствии полного вывиха бедра, эндопротезирование требует тщательного предоперационного планирования и особую подготовку хирурга, индивидуального подбора вида эндопротеза в каждом конкретном случае. В зависимости от степени гипоплазии и расстояния между вывихнутой головкой и истинной вертлужной впадиной проводится планирование методики эндопротезирования. Для подбора метода операции большое значение имеет одно- или двухстороннее поражение.

В клинике УзНИИТО с 2006 по 2016г прооперировано 48 больных с IV – дисплазии тазобедренного сустава. 45 женщин, 3 мужчин. Средней возраст больных 35 лет. У 11 больных был двусторонний коксартроз.

Всем больным проведено тотальное энопротезирование тазобедренного сустава. Больные в зависимости проведённого метода эндопротезирования разделены на 3 группы. В первой группе у 10 больных было проведено эндопротезирование по методу Paavilainen. Во второй группе у 6 больных было проведено эндопротезирование тазобедренного сустава в два этапа: первой этап - низведение бедра с помощью аппарата Илизарова, второй этап - этап эндопртезирование тазобедренного сустава. У 22 больных третьей группы произведено эндопротезирование с укорачивающей остеотомией в подвертельной области.

У всех больных операционные раны заживались первичным натяжением, инфекционных осложнений не наблюдались. У 2 больных мы отмечали осложнения в виде пареза малоберцового нерва. Результаты операций оценены по шкале Харриса. 1 группе – в среднем 80 баллов. 2 группе в среднем 77. 3 группе – в среднем 86 баллов.

При оценки послеоперационных рентгеновских снимков после операции по Paavilainen больше всего нарушались анатомические структуры проксимальной части бедренной кости. После подвертельной укорачивающей операции через 5-6 месяцев рентгенологическая картина проксимальной части бедра ничем не отличается от бедра как после стандартного эндопротезирования, что в случае повторного вмешательства упростит реэндопротезирование и даст возможность для получения хороших результатов. После двухэтапного эндопротезирования из-за резкого удлинения конечности очень трудно разработать тазобедренный и коленный сустав оперированной конечности. Часто больных беспокоит боли по ходу седалищного нерва.

Учитывая вышеперечисленные моменты можно сделать вывод, при эндопротезирования дисплазии 4 степени, самым оптимальным методом является – одноэтапное эндопротезирования с применением подвертельной укорачивающей резекцией.