

КИСТКИН А. И., ИПОЛИТОВ И. Ю., ЧЕКУШИНА Л. В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НА БАЗЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 4

Аннотация. В 2016–2017 гг. эндопротезирование тазобедренного сустава в 52% случаев выполнялось пациентам с деформирующим коксартрозом, реже – при чрезвертельных и при длительно несрастающихся (сроком 2 года и более) переломах шейки бедренной кости, в 2% случаев – при вколоченных переломах шейки бедренной кости. До проведения операций у всех больных результаты клинической оценки по шкале Харриса составили менее 70 баллов, что указывало на неудовлетворительное функционирование сустава. После проведения тотального эндопротезирования интенсивность болевого синдрома, хромота, необходимость в дополнительной опоре значительно уменьшилась, увеличилась способность передвигаться на расстояние.

Ключевые слова: деформирующий коксартроз, перелом, эндопротезирование, тазобедренный сустав.

KISTKIN A. I., IPPOLITOV I. YU., CHEKUSHINA L. V.

THE RESULTS OF PRIMARY HIP ENDOPROSTHESIS REPLACEMENT PERFORMED IN REPUBLICAN CLINICAL HOSPITAL NO. 4

Abstract. In 2016-2017 hip endoprosthesis replacement was performed in 52% of cases in patients with deforming coxarthrosis, less often in patients with endoprosthetic and long-term non-union (for 2 years or more) femoral neck fractures, in 2% of cases – in cases of fractures of the femoral neck. Before the operations all the patients scored less than 70 points on Harris Hip score, indicating poor functioning of the joint. After total endoprosthesis replacement the intensity of pain syndrome, lameness, the need for additional support significantly decreased, the ability to move a distance increased.

Keywords: deforming coxarthrosis, fracture, endoprosthesis, hip joint.

Введение. По данным ВОЗ количество заболеваний и повреждений тазобедренного сустава растет с увеличением продолжительности жизни и общим старением населения [1]. Актуальность проблемы с каждым годом повышается, так как постоянно растет уровень повреждений и выявляемость заболеваний тазобедренного сустава как у основной возрастной группы, так и у стареющего населения [1; 2].

В России вопросы оперативного лечения выраженных дегенеративных изменений тазобедренного сустава до последнего времени сводились к различным вариантам межвертельной остеотомии бедра, таза, артродезированию. Использование различных

вариантов ранее общепринятого оперативного лечения при патологии тазобедренного сустава не давало удовлетворительных результатов. Эндопротезирование тазобедренного сустава значительно улучшило качество жизни населения, поэтому изучение эффективности данного метода является актуальным вопросом, затрагивающим ряд различных научных работ [1–4].

Цель работы – анализ результатов проведения первичного эндопротезирования тазобедренного сустава на базе Республиканской клинической больницы № 4.

Материалы и методы. В основу работы положен клинический материал 50 больных, находящихся на стационарном лечении в травматологическом отделении № 6 ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница № 4» (г. Саранск) в 2016–2017 гг., которым было проведено первичное тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Женщин лечилось 29, мужчин – 21. Возраст варьировал от 42 до 84 лет.

Структура патологии тазобедренного сустава представлена на рисунке 1.

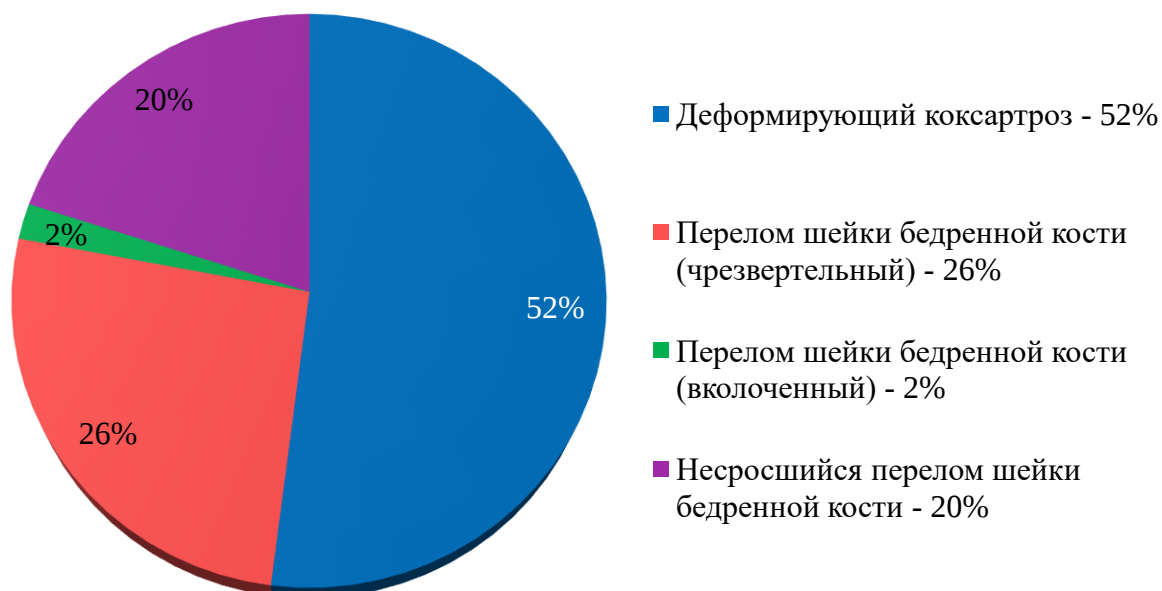


Рис. 1. Структура патологии тазобедренного сустава у обследованных больных.

В качестве имплантов для эндопротезирования во всех случаях был использован эндопротез фирмы Zimmer (США).

Бесцементная фиксация частей эндопротеза была применена у 39 пациентов, у 11 пациентов – полностью цементная. Выбор способа фиксации имплантатов зависел от возраста больного, степени выраженности остеопороза, а также характера изменений в вертлужной впадине и проксимальном отделе бедренной кости.

Клиническая оценка результатов эндопротезирования тазобедренного сустава проводилась по шкале Харриса [4], позволяющей оценить исходы после проведенного лечения. Система Харриса предполагает оценку 4-х 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 (табл. 1).

Таблица 1

Шкала Харриса

Категория	Баллы
Интенсивность болевого синдрома	- отсутствие боли - 44 балла; - слабая боль, исчезающая после короткого отдыха или изменения положения конечности - 40 баллов; - умеренная (временная) боль, требующая небольших доз анальгетиков или противовоспалительных препаратов - 30 баллов; - умеренная (постоянная) боль, требующая регулярного применения анальгетиков и противовоспалительных средств - 20 баллов; - сильная боль с выраженным ограничением движений в суставе, требующая постоянного применения больших доз анальгетиков и противовоспалительных препаратов - 10 баллов; - невыносимая боль, даже в состоянии покоя, купируется только наркотическими анальгетиками - 0 баллов
Хромота	- отсутствует - 11 баллов; - слабая - 8 баллов; - умеренная - 5 баллов; - сильная - 0 баллов
Использование дополнительной опоры	- не использование дополнительной опоры - 11 баллов; - использование трости при ходьбе на дальнее расстояние - 7 баллов; - постоянное пользование тростью - 5 баллов; - постоянная ходьба с одним костылем даже дома - 3 балла; - передвижение с помощью двух тростей - 2 балла; - ходьба с помощью двух костылей - 0 баллов
Способность передвигаться на расстояние	- ходьба без ограничения - 11 баллов; - возможность ходьбы без отдыха на 500-600 метров - 8 баллов; - возможность ходьбы без отдыха на 300 метров - 5 баллов; - ходьба только внутри квартиры - 2 балла; - ходить не может - 0 баллов

Результаты исследования. Анализ статистических данных показал, что в большинстве (52%) случаев эндопротезирование тазобедренного сустава выполнялось пациентам с деформирующим коксартрозом, реже – при чрезвертельных и при длительно несрастающихся переломах шейки бедренной кости, 2% пациентов было прооперировано при вколоченных переломах шейки бедренной кости.

У более 70% пациентов преобладала дисплазия вертлужной впадины. На операциях обнаруживалась в значительной степени плоская «блюдецобразная» вертлужная впадина с различной толщиной ее стенок (верхней, передней, нижней, задней и медиальной). В основном отмечалось значительное уменьшение переднезаднего размера по сравнению с верхненижним.

В большинстве случаев была использована техника формирования ложа за счет верхних и задних отделов стенок вертлужной впадины и цементная имплантация вертлужного компонента маленького размера (43–48) с максимальным сохранением костной ткани. Недопокрытие верхнего края вертлужного компонента до 10–15% считалось вполне допустимым и обычно заполнялось костной стружкой.

В 21 операции использовали костную аутопластику головкой бедренной кости в задневерхнем секторе. У 8 больных с целью укрепления крыши вертлужной впадины применена цементная пластика с армированием цемента 2–4 спонгиозными шурупами. Всем больным произведена имплантация вертлужного компонента за счет его запланированной медиализации с помощью предварительной циркулярной остеотомии дна вертлужной впадины.

13 больных оперированы по поводу чрезвертельного перелома шейки бедренной кости и 1 больная по поводу вколоченного перелома шейки бедренной кости. Все эти травмы были получены либо в быту, либо на производстве.

10 больных были прооперированы по поводу длительно несрастающихся переломов шейки бедренной кости (сроком 2 года и более).

До проведения оперативного вмешательства у всех больных результаты клинической оценки по шкале Харриса составили менее 70 баллов, что указывало на неудовлетворительное функционирование сустава. После проведения тотального эндопротезирования эти показатели значительно улучшились (табл. 2, рис. 2), особенно у больных, прооперированных по поводу чрезвертельного перелома шейки бедра, длительно несрастающихся переломов шейки бедренной кости и деформирующего коксартроза: интенсивность болевого синдрома, хромота, необходимость в дополнительной опоре значительно уменьшилась, увеличилась способность передвигаться на расстояние.

Таким образом, проведенный анализ ближайших результатов первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава позволяет судить о высокой эффективности данного оперативного вмешательства, значительно улучшающего качество жизни пациентов и восстанавливающего функциональную активность сустава.

Таблица 2

**Клинические результаты лечения больных после первичного
тотального эндопротезирования тазобедренного сустава**

Количество больных: абсолютное число (%)	Количество баллов по шкале Харриса			
	100-90	89-80	79-70	<70
с деформирующим коксартрозом	-	24 (48%)	2 (4%)	-
с чрезвертельным переломом шейки бедра	-	7 (14%)	6 (12%)	-
с вколоченным переломом шейки бедра	-	-	1 (2 %)	-
с длительно несрастающимся переломом шейки бедра	-	10 (20%)	-	-

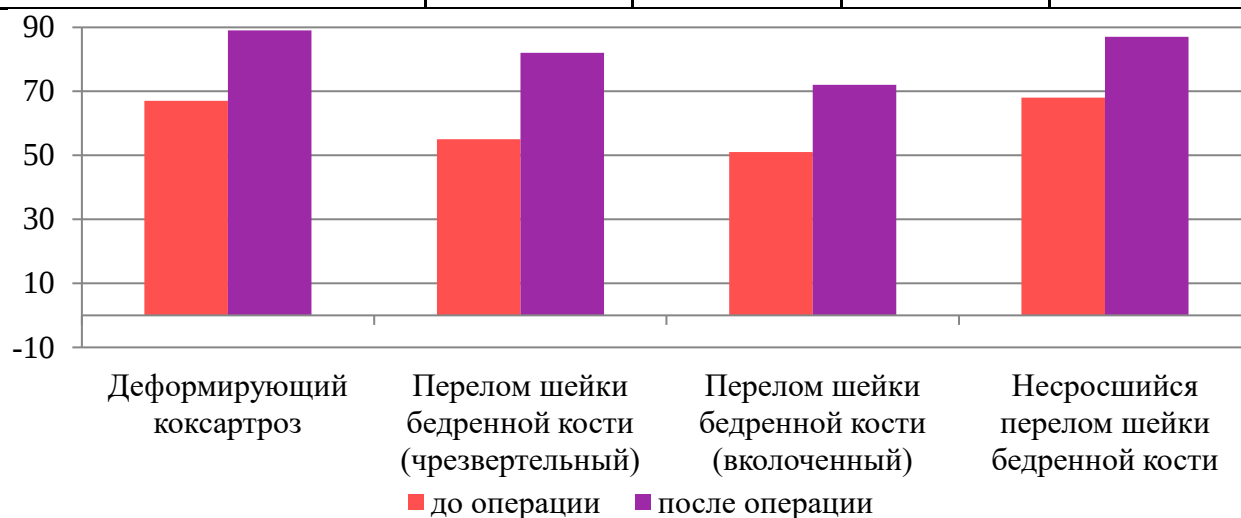


Рис. 2. Результаты лечения больных после первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава по Харрису, в баллах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абельцев В. П. Хирургическое лечение диспластического коксартроза. — М.: Медицина, 2011. — 218 с.

2. Зайцева О. П., Колотыгин Д. А., Вишняков В. А. Анализ ошибок и осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава // Эндопротезирование крупных суставов: материалы Всерос. конф. – М.: ЦИТО, 2011. – С. 47.
3. Слободской А. Б., Бадак И. С., Воронин И. В., Дунаев А. Г., Быстряков П. А. Эндопротезирование тазобедренного сустава в сложных случаях [Электронный ресурс] // Травма. – 2011. – Т. 12, № 2. – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/21708>.
4. Harris W. H. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment of mold arthroplasty // J. Bone Jt Surg. – 2011. – Vol. 54A. – pp. 61–76.