

УДК 616.728.2-089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ КОКСАРТРОЗОМ

О.П. Кезля, к.м.н., доцент

БелМАПО

Большое количество предложенных операций при коксартрозе ставит задачу обоснования выбора метода хирургического лечения. Задержать прогрессирующее дегенеративно-дистрофических изменений возможно лишь при условии хирургической коррекции биомеханики тазобедренного сустава.

Своевременно выполненный и правильно выбранный метод органосохраняющих реконструктивно-восстановительных операций у больных коксартрозом могут на длительный срок задержать развитие дегенеративно-дистрофического процесса в тазобедренном суставе и обеспечить его функцию.

Ключевые слова: тазобедренный сустав, коксартроз, реконструктивно-восстановительные операции.

A large number of existing surgical methods in coxarthrosis make it necessary to ground the choice of surgical procedure. It is surgical correction of hip joint biomechanics that can delay progressing degenerative-dystrophic changes.

Timely performed and properly chosen method of organopreserving reconstructive-restorative surgery for patients with coxarthrosis can considerably delay progressing degenerative-dystrophic process in the hip joint and allow its functioning.

Key words: hip joint, coxarthrosis, reconstructive-restorative surgery.

Введение

Коксартроз – полиэтиологическое заболевание, как правило, постоянно прогрессирующее и ведущее к тяжелой инвалидизации пострадавших. В связи с этим при своевременно проведенном и правильно выбранном методе хирургического вмешательства можно не только предупредить прогрессирование заболевания, но и улучшить конечный результат лечения.

Выбор метода хирургического лечения должен зависеть от характера патологического процесса в тазобедренном суставе, стадии заболевания, возраста больного, его профессии и т. д. [2, 4]. Поскольку основным патогенетическим звеном в развитии коксартроза является перегрузка отдельных участков суставных поверхностей, предупредить прогрессирование дегенеративно-дистрофических изменений возможно лишь при условии хирургической коррекции биомеханики тазобедренного сустава [3, 4, 8].

Среди хирургических методов лечения коксартроза большое распространение получили различные виды межвертельной остеотомии бедра [1, 6, 7]. Базовыми операциями при этой патологии считаются вальгизирующая или варизирующая остеотомии (Bombelli, Pauwells), но в последнее время чаще применяются комбинированные вмешательства, корригирующие положение головки бедра в нескольких плоскостях [5].

Материал и методы

Органосохраняющие реконструктивно-восстановительные операции на тазобедренном суставе в клинике травматологии и ортопедии Бел МАПО выполнены у 271 больного. По поводу идиопати-

ческого коксартроза были оперированы 127 больных: у 71 больного выполнена межвертельная вальгизирующе-медиализирующая остеотомия бедренной кости, из них со второй стадией – 27 больных, с третьей – 44.

Межвертельная вальгизирующе-медиализирующая остеотомия с чрескостной артропластикой выполнена у 56 больных, из них со II стадией заболевания 18 (32%), с III стадией – 38 (68%) больных.

Из 50 больных с диспластическим коксартрозом у 24 выполнена межвертельная вальгизирующая остеотомия, из них с II стадией заболевания было 7 больных, с III стадией – 17. У 26 больных была произведена надвертлужная остеотомия таза по Хиари, из них 19 больных со II стадией заболевания и у 7 – с III стадией.

Из 94 больных с асептическим некрозом головки бедренной кости у 42 выполнена межвертельная вальгизирующе-медиализирующая остеотомия, из них у 17 больных со второй стадией заболевания, у 23 – с третьей и у 2 больных – с четвертой стадией.

Межвертельная ротационная остеотомия выполнена у 52 больных, из них с первой стадией заболевания было 7 больных, со второй – 35, с третьей стадией – 10 больных.

Результаты и обсуждение

Срок наблюдения после реконструктивных операций составил более 10 лет.

При анализе результатов лечения у больных идиопатическим деформирующим артрозом нами было установлено, что после межвертельной вальгизирующе-медиализирующей остеотомии бедрен-

ной кости из 27 больных со II стадией заболевания хороший результат установлен у 14 (51,8%). Болевые ощущения не беспокоили. Рентгенологически установлена стабилизация процесса. Удовлетворительный результат у 7 больных (26%). Больные предъявляли жалобы на умеренные боли, которые усиливались при нагрузке. Рентгенологически отмечено изменение со стороны сустава: рост оссификатов, уменьшение суставной щели. Неудовлетворительный исход был установлен у 6 (22,2%) больных. Эти больные предъявляли жалобы на выраженные боли в суставе, резкое ограничение движений, при ходьбе использовали костыли. Рентгенологически – резкое прогрессирование патологических изменений в суставе. Необходимо отметить, что у всех больных с неудовлетворительным исходом был установлен короткий период развития болезни – 3-4 года. У этих больных, по данным остеосцинтиграфии тазобедренных суставов, сохранялся высокий уровень метаболической активности – 230-270%. У больных с III стадией заболевания хороший результат установлен у 18 (40,9%) больных, удовлетворительный – у 14 (31,8%), неудовлетворительный результат – у 12 (27,3%).

После выполнения межвертельной вальгизирующе-медиализирующей остеотомии с чрескостной артропластикой при контрольном осмотре из 18 больных со II стадией заболевания у 8 (44,4%) больных установлен хороший результат, удовлетворительный – у 6 (33,3%) больных и неудовлетворительный – у 4 (22,2%) больных. Из 38 больных с III стадией заболевания только у 8 (21%) больных установлен хороший результат, у 16 (42,1%) – удовлетворительный и у 14 (36,9%) больных результат лечения оказался неудовлетворительным. Компенсаторные возможности пораженного сустава у этих больных оказались исчерпанными, особенно наглядно это проявилось у больных с третьей стадией заболевания.

Из 24 больных с диспластическим коксартрозом после межвертельной вальгизирующе-медиализирующей остеотомии хороший результат установлен у 11 (45,8%) больных. Клинически больные данной группы отмечали умеренный болевой синдром после длительной физической нагрузки. Объем движений в оперированном суставе сохранился на прежнем уровне. Только 2 больных при ходьбе использовали трость. Рентгенологическая стабилизация процесса установлена у всех больных этой группы. У 9 (37,5%) больных диагностирован удовлетворительный результат, у них сохранялся умеренный болевой синдром, хромота при ходьбе. Рентгенологически определялись призна-

ки прогрессирования дегенеративно-дистрофического процесса. Неудовлетворительный результат у 4 (16,7%) больных обусловлен активным прогрессированием процесса, сопровождающимся значительным поражением сустава, выраженным болевым синдромом и потерей функции.

После остеотомии таза по Хиари из 19 больных со второй стадией заболевания хороший результат установлен у 13 (50%), удовлетворительный у 10 (38,5%) и неудовлетворительный у 3 (11,5%) больных. Необходимо подчеркнуть, что из 7 больных третьей стадией заболевания к десятилетнему сроку наблюдения ни в одном случае не установлен хороший результат.

У больных с асептическим некрозом головки бедренной кости через 10 лет после выполнения межвертельной вальгизирующей остеотомии установлено, что из 17 больных со II стадией заболевания хороший результат достигнут у 6 (35,3%), удовлетворительный – у 4 (23,5%) и у 7 (41,2%) больных результат признан неудовлетворительным. Из 23 больных III стадии заболевания хороший результат получен у 3 (13,1%), удовлетворительный – у 5 (21,7%) и неудовлетворительный – у 15 (65,2%) больных.

После ротационной остеотомии осмотрены 5 больных с первой стадией заболевания. Хороший результат установлен у 4 (80%) больных, удовлетворительный у 1 (20%) больного. Со второй стадией осмотрено 28 больных. Хороший результат установлен у 18 (64,2%) больных, удовлетворительный у 6 (21,4%) больных. В связи с прогрессированием дегенеративно-дистрофического процесса, выраженным болевым синдромом неудовлетворительный результат установлен у 4 (14,4%) больных.

У больных с третьей стадией установлен хороший результат у 3 (42,8%) больных, удовлетворительный у 3 (42,8%) и неудовлетворительный у 1 (14,4%) больного.

Выводы

Отдаленные результаты реконструктивно-восстановительных операций при дегенеративно-дистрофических заболеваниях тазобедренного сустава свидетельствуют об их эффективности. Однако, анализируя различные виды оперативных вмешательств, необходимо отметить их отдельные особенности. У больных идиопатическим деформирующим артрозом результат межвертельной медиализирующе-вальгизирующей остеотомии бедренной кости зависит от стадии заболевания. У больных со второй стадией заболевания и низким уровнем метаболической активности процесса дан-

ное оперативное вмешательство является методом выбора и позволяет использовать компенсаторные возможности сустава в течение длительного периода. С третьей стадией заболевания межвертельную медиализирующе-вальгизирующую остеотомию бедренной кости можно выполнять у молодых лиц с умеренным ограничением движений в суставе, с длительным сроком развития процесса. При коротком периоде развития заболевания, а также высокой метаболической активности процесса независимо от возраста и стадии заболевания показано тотальное эндопротезирование. Межвертельная медиализирующе-вальгизирующая остеотомия бедренной кости с чрескостной артропластикой может быть использована у больных со второй стадией заболевания и неактивным течением патологического процесса. Больным с третьей стадией заболевания проведение межвертельной медиализирующе-вальгизирующей остеотомии бедренной кости с чрескостной артропластикой считаем непоказанным.

У больных диспластическим коксартрозом результативность оперативного вмешательства зависит от выраженности дисплазии, длительности заболевания, степени артрозных изменений в суставе. Межвертельная вальгизирующе-медиализирующая остеотомия и надвертлужная остеотомия таза по Хиари с межвертельной остеотомией бедра или без нее является высокоэффективным методом лечения больных второй стадией заболевания. У больных с третьей стадией заболевания выполнение указанных операций считаем неэффективным.

Межвертельная вальгизирующе-медиализирующая остеотомия больным асептическим некрозом головки бедренной кости независимо от стадии заболевания не показана. Межвертельная ротационная остеотомия в лечении больных асептическим некрозом головки бедренной кости эффективна у лиц с длительным периодом развития болезни и достаточным объемом движений в суставе. У больных с коротким периодом развития болезни и высоким уровнем активности метаболического процесса выполнение ротационной остеотомии не показано.

Заключение

Своевременно выполненный и правильно выбранный метод органосохранных реконструктивно-восстановительных операций у больных коксартрозом могут на длительный срок задержать развитие дегенеративно-дистрофического процесса в тазобедренном суставе и обеспечить его функцию.

Литература

1. Волошин В.П. Опыт хирургической коррекции биомеханики коксартроза // Актуальные проблемы травматологии и ортопедии: Материалы Респ. науч.-практ. конф. - М., 1995. - С. 107-109.
2. Горячев А.Н. Эволюция подходов к хирургическому лечению коксартрозов // Анналы травматологии и ортопедии - 1996 - № 3. - С. 21-22.
3. Деформирующий артроз тазобедренного сустава (клиника, диагностика, хирургическое лечение) Тихилов Р.М., Шаповалов В.М. - С-Пб., 1999 -112с.
4. Корнилов Н.В., Войтович А.В., Машков В.М., Эпштейн Г.Г. Хирургическое лечение дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава, - СПб: «ЛИТО Синтез», 1997. - 292
5. Овчинников Г.И., Катонин К.И., Кукуруза Л.П. Корректирующие межвертельные остеотомии в лечении асептического некроза головки бедренной кости у взрослых // Ортопедия, травм и протезирование. - 1989. - № 4. - С.35-38.
6. Ohsawa S., Inamori Y., Matsushita S., Norimatsu H., Ueno R. Factors influencing joint-preserving operations in the treatment of the late stages of osteoarthritis of the hip // J. Bone Jt. Surg. - 2000. - V.82-B. № 3. - P.369-374.
7. Sosaar V. Intertrochanteric osteotomy versus endoprosthesis // Symposium of Latvian and Italian traumatologists and orthopaedists. - Riga. 1990. - P. 24-25.
8. Millis M.B., Murphy S.B., Poss R. Osteotomies about the hip for the prevention and treatment of osteoarthritis // J. Bone Jt. Surg. - 1995. - V.77-A. № 4 -P.626-647.

Resume

SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH COXARTHROSIS

O.P. Kezlya

271 patients with coxarthrosis have undergone organopreserving reconstructive-restorative hip joint surgery at the Traumatology and Orthopedics Department of the Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education. The effect of surgery depends on the disease stage, metabolic activity of the process and the range of joint motions.

Timely and proper organopreserving reconstructive-restorative surgery for patients with coxarthrosis can considerably delay degenerative-dystrophic process in the hip joint and allow its functioning.