

ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА

И. Ахтямов, О. Соколовский, С. Туренков

Казанский государственный медицинский университет

Белорусский НИИ травматологии и ортопедии

Специализированная ортопедо-травматологическая больница г. Омска

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ



**ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАРИАНТОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ
И ТИПА ПАТОЛОГИИ**

ИССЛЕДУЕМАЯ ГРУППА ПАЦИЕНТОВ С ДКА



Пол	Возрастные группы (лет)					Всего	
	18-30	31-40	41-50	51-60	>60	Абс.	%
Женщины	36	46	36	18	4	140	89
Мужчины	4	2	4	4	2	16	11
Всего: Абс.	40	48	40	22	6	156	
%	25,6	30,7	25,6	14,1	4		100

ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДУЕМОЙ ГРУППЫ



- 132 пациента с двусторонней патологией
- 94 имеют группу инвалидности
- 28% пациентов с сочетанной дисплазией ОДА

Особенности хирургического лечения ДКА



1. Большинство операций, разработанных для детей и подростков, малоэффективны у взрослых пациентов.
2. Определенные ограничения в возможности использования ЭПТБС для лиц молодого возраста (определенный срок службы конструкции, возможности ревизионного протезирования при асептическом расшатывании и т.п.).
3. Желание молодых пациентов иметь хорошую и безболезненную походку заставляет их настаивать на операции.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО СТАДИЯМ ЗАБОЛЕВАНИЯ



Стадия ДКА	Количество оперированных суставов
II	68 (35%)
III	129 (65%)
Всего:	197 (100%)

КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ



- выраженность клинических проявлений, т.е. стадия процесса,
- возраст пациента,
- распространённость (одно- или двусторонность) поражения,
- разность длины нижних конечностей,
- биомеханические взаимоотношения элементов сустава,
- недостаточность крыши вертлужной впадины.

Классификация ДКА по Хартофилакидис



Тип I



Тип II



Тип III



Критерии оценки результатов лечения (шкала Харриса + КЖ)

- опороспособность конечности,
- достаточный объем и безболезненность движений,
- восстановление равной длины нижних конечностей.

Результаты ЭПТБС без пластики свода вертлужной впадины (Тип I - II)



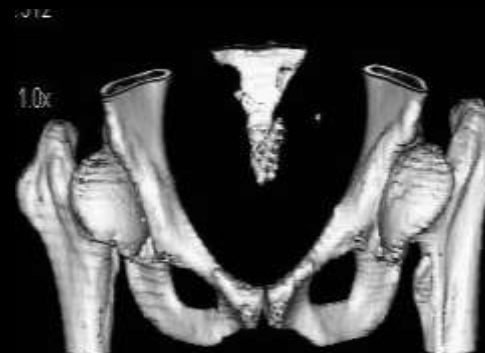
Количество оперированных суставов

Стадия	Хорошо		Удов-льно		Неудов-льно		ВСЕГО	
	Абс	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
II	28	24,1	6	5,2	-	-	34	29
III	60	51,7	18	15,5	4	3,5	82	70
Всего	88	75,8	24	20,7	4	3,5	116	100

Клинический пример ЭПТБС без пластики вертлужной впадины (ДКА – I типа)



15 лет



РКТ 23 года



23 года



38 и 41 МПО

Результаты ЭПТБС с пластикой свода вертлужной впадины (Тип – II)



Стадия	Результаты						Всего о
	Хорошо		Удовлетв		Неудовлет		
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	
II	5	11,9	4	9,5	-		9
III	24	57,1	7	16,7	2	4,7	33
Всего абс.%	29	69,0	11	26,3	2	4,7	42 / 100%

Клинический пример аутопластики вертлужной впадины при ЭПТБС (Тип – II)



6 лет



36 лет



36 лет – П/О



18 лет



42 года – 6 ЛПО

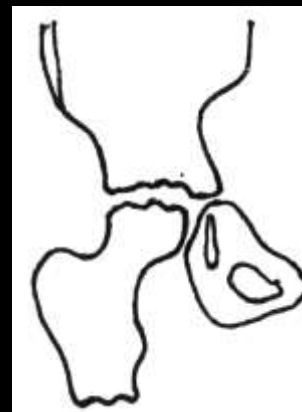
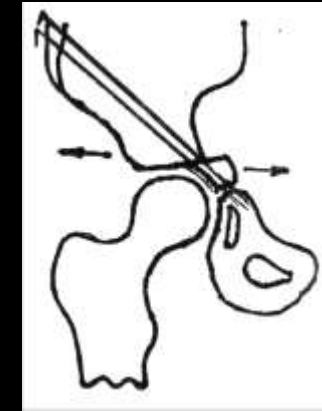
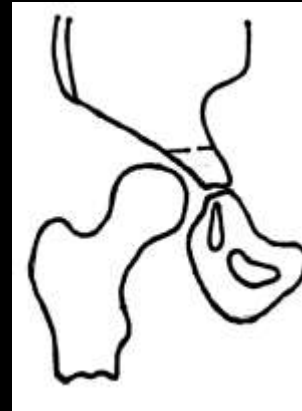
Этапное лечение высокого вывиха бедра (Тип – III)



ДВУХЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА



- **I этап – формирование крыши вертлужной впадины на ранних стадиях ДКА**
- **II этап – тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава на терминальных стадиях ДКА**



Первый этап лечения ДКА



16 лет



R-гр по Lude



R-гр с внутренней ротацией



8 месяцев после тройной остеотомии таза



6 лет П/О

Клинический пример первого этапа лечения ДКА



18 лет



3 МПО



8 лет ПО



Функциональные возможности через 8 лет ПО

Клинический пример второго этапа - ЭПТБС



22 года



30 лет - 8 лет после ОТ



33 года - 38 месяцев после ДКА

Результаты этапного лечения ДКА



Варианты лечения	Хороший	Удов.	Неудов.
С предварительным низведением АВФ	8	-	1
С предварительной остеотомией таза	18	12	-
Всего	26	12	1

Осложнения



■ ПОВЛИЯВШИЕ НА РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ

■ Нейропатия седалищного нерва –	2 (1%)
■ Нестабильность бедренного компонента –	1 (0,5%)
■ Нестабильность тазового компонента –	5 (2,5%)
■ Инфицирование эндопротеза с последующим удалением –	4 (2%)
Всего:	11 (6%)

■ НЕ ПОВЛИЯВШИЕ НА РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ

■ Тромбоз глубоких вен голени –	7 (3,5%)
■ Перипротезные переломы во время операции –	4 (2%)
■ Вывихи эндопротеза -	12 (6%)

ВЫВОДЫ



- Лечение ДКА у взрослых должно проводиться с учетом биомеханических взаимоотношений элементов тазобедренного сустава, стадии процесса и возраста пациента.
- Применение корригирующих операций на тазовом компоненте позволяет улучшить клинико-рентгенологические характеристики в ТБС и значительно отсрочить проведение радикальных вмешательств, в т.ч. эндопротезирования.

ВЫВОДЫ



- Предварительное низведение проксимального отдела бедренной кости аппаратом внешней фиксации (при высоких вывихах бедра) позволяет избежать послеоперационных неврологических и функциональных осложнений.
- Разработанная тактика хирургического лечения диспластического коксартроза у взрослых позволила получить положительные исходы лечения в 94% случаев.