



Болевой синдром в области тазобедренного сустава у пациентов молодого возраста

Проф. Тихилов Р.М.

Основная проблема заболеваний ТБС – болевой синдром

- Основная причина жалоб
- Наиболее важный фактор качества жизни
- Самый значимый показатель шкал функциональной оценки

Возможные причины болевого синдрома в области ТБС

- Дисплазия
- Асептический некроз головки бедренной кости
- Феморо-ацетабулярный импинджмент
- Последствия травм ТБС
- Системные заболевания
- Спинальные боли

Проблемы ТБС у пациентов молодого возраста

- Стойкий болевой синдром
- Выраженное ограничение функции сустава
- Четкая рентгеновская картина



**Невозможность
восстановления функции с
сохранением сустава**



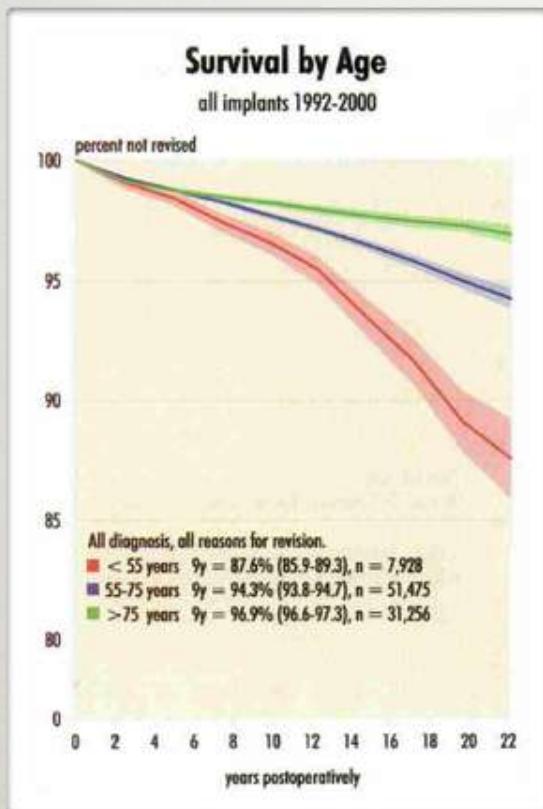
**ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**



**УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА
ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ**



Результаты эндопротезирования – зависят от возраста



Данные Шведского регистра
(H Malchau et al. 2002 г.)

- Большая степень активности
- Большая нагрузка на имплантат
- Проблемы ремоделирования костной ткани

Дисплазия ТБС



- **Маркеры дисплазии**
 - Угол Виберга
 - Угол краниолатеральной инклинации ВВ
 - Степень покрытия головки
- **Распространенность ~ 2 случая выраженной дисплазии на 1000 новорожденных, 5-20 случаев на 1000 нестабильности ТБС**

[Broughton NS A Textbook Of Pediatric Orthopaedics. 1997]
[Mitchell PD, Redfern RC. J Pediatr Orthop. 2007 Dec]
- **В структуре дегенеративно-дистрофических заболеваний ТБС, дисплазия различной степени составляет до 79% случаев, из них около 19% приходится на выраженную дисплазию**

[Harris WH. Clin Orthop Relat Res. 1986 Dec]

Варианты хирургического лечения

- Остеотомии таза
- Остеотомии бедренной кости
- Сочетание различных вариантов остеотомий



Эффект остеотомий таза

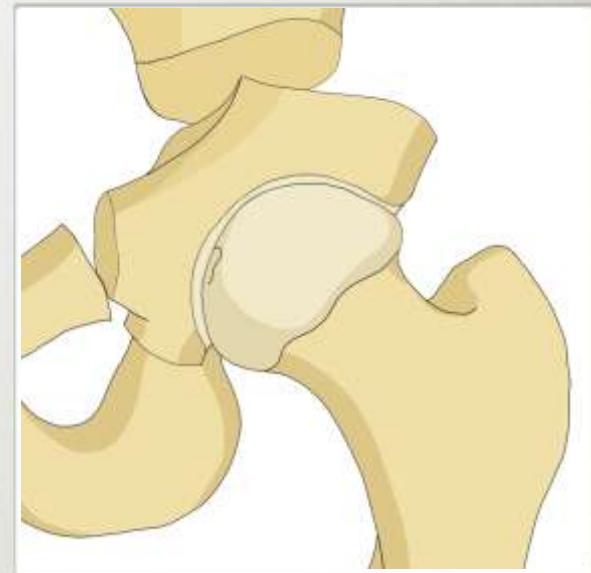
- **Оптимизация биомеханики ТБС**
 - Увеличение ацетабулярного индекса
 - Увеличение угла Виберга
 - Правильное распределение нагрузки
- Купирование болевого синдрома
- ▶ Побочные проблемы

Феморо-ацетабулярный импинджмент

- Первое описание феморо-ацетабулярного импинджмента (ФАИ) опубликовано более 100 лет назад в руководстве по ортопедии, как следствие эпифизиолиза головки бедренной кости у детей

(Vulpius O, Stoffel A. 1913)

- Smith-Petersen 1935 г. – обозначил феморо-ацетабулярный импинджмент как причину развития раннего коксартроза
- Neuman, Herndon, Strong 1935 г. – первое оперативное вмешательство по устраниению феморо-ацетабулярного импинджмента



Актуальность

За период с 1998 по 2009 гг. опубликовано 336 работ*



* PubMed.com – 2009 год

Сложности диагностики?

На базе Washington University School of Medicine осмотрены 51 пациент (52 бедра) с клиникой феморо-ацетабулярного импинджмента *

- Пациенты наблюдались в среднем 4.2 ± 2.9 специалистами (распределение, 1-16) прежде чем был поставлен диагноз
- Время от начала симптоматики до постановки точного диагноза ФАИ составило 3,1 года, (в среднем 2; от 3 мес., до 15 лет)
- У большинства пациентов в анамнезе выявлено длительное течение заболевания в следствие неправильной или отсроченной диагностики, что повлекло за собой безуспешное лечение
- В 13% случае проводились безуспешные хирургические вмешательства на различных анатомических областях

*John C. et al. 2009 год

Причины неправильной диагностики

- недостаточное знание практическими врачами данной патологии
- скрытое, постепенное начало заболевания
- особенности болевого синдрома
- длительное сохранение достаточной подвижности в суставе, создающее видимость клинического благополучия

Что делать?

- Несpecificный болевой синдром
- Функция сустава мало ограничена
- Нет явных рентгеновских признаков артоза



Pincer – «ацетабулярный» тип



- ▶ Характеризуется неправильной анатомией вертлужной впадины при неизмененном проксимальном отделе бедренной кости



Сам – «бедренный» тип



- Характеризуется неправильной морфологией соединения головки и шейки бедренной кости при неизмененной вертлужной впадине



в



Помощь в диагностике

Компьютерная томография:

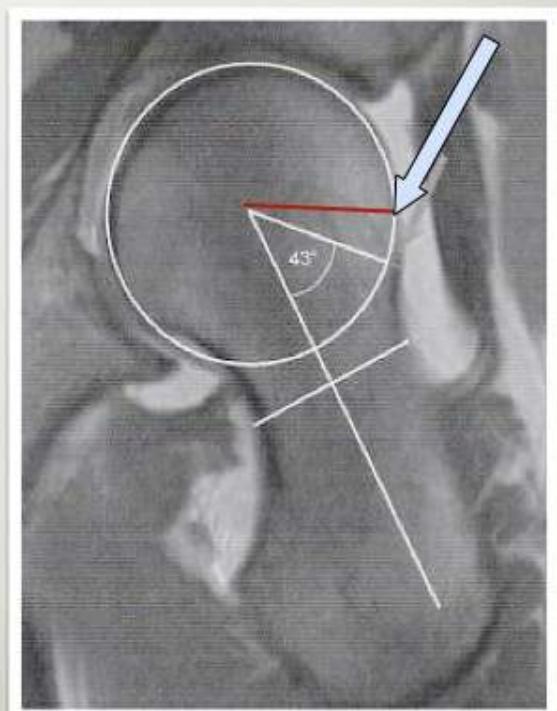
Угол альфа дает объективное представление передней поверхности сочленения головки и шейки бедренной кости

-в норме не более 43°

[Notzli et al. 2002; Beaule et al. 2005]

-Чем больше угол альфа, тем больше
предрасположенность к импинджменту

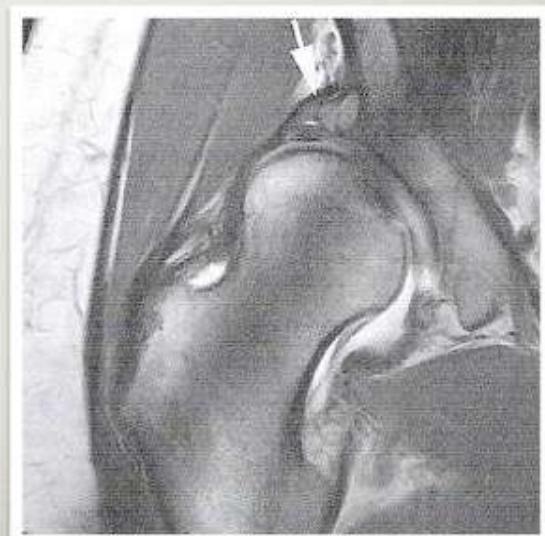
-Угол более 55 градусов указывает
на «сам» импиджмент



Помощь в диагностике

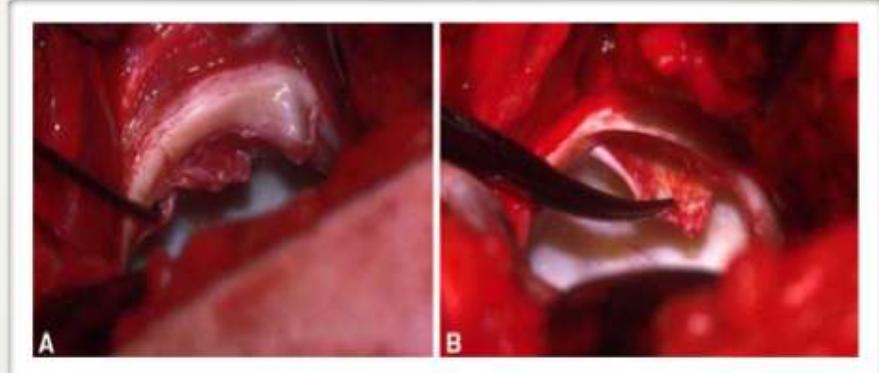
Магнитно-резонансная томография:

- Состояние суставной губы
- Состояние хряща
- Состояние капсально-связочного аппарата
- Определение угла альфа

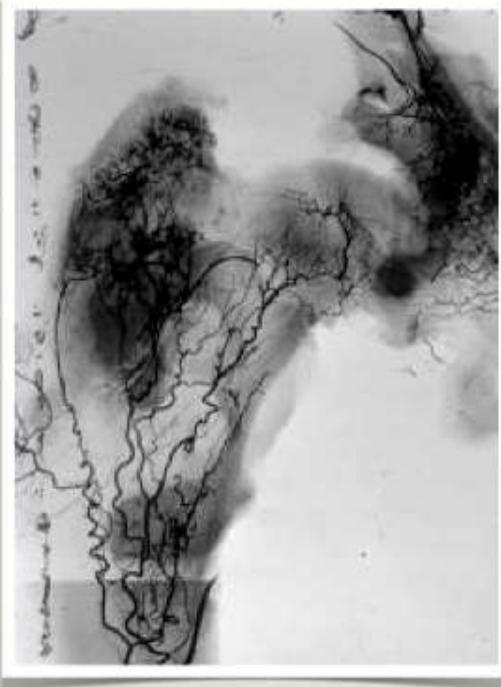


Хирургическое лечение при ФАИ

- Нормализация взаимоотношений в суставе
- Купирование болевого синдрома
- Возможные проблемы с нарушением питания головки



Асептический (аваскулярный) некроз головки бедренной кости



Предрасполагающие факторы

**Мужчины болеют в 8 раз чаще женщин
Молодой возраст 20-50 лет**

Врожденные:

-Различные варианты дисплазии тазобедренного сустава

-Нарушения обмена веществ

Приобретенные:

- В анамнезе травмы и оперативные вмешательства на ТБС

- ДДЗ поясничного отдела позвоночника

- Прием гормональных препаратов

- Ожирение

- Профессиональная вредность

- Хроническая интоксикация

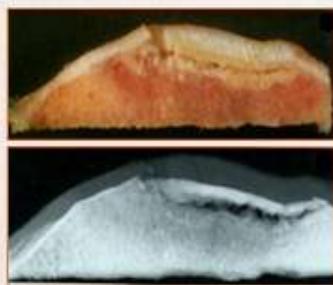
- Занятия тяжелыми видами спорта

Ятрогенные:

- после хирургических вмешательств

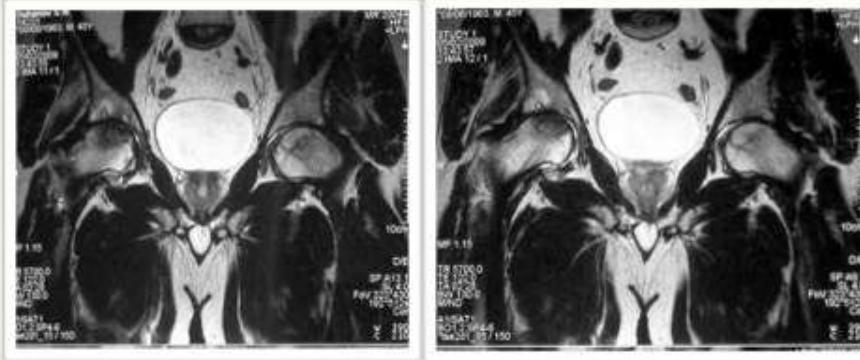
Проблемы АНГБК

- ▶ Быстрое прогрессирование



- ▶ Тяжелые последствия

Ранние стадии



- Возможность малоинвазивного хирургического лечения
- Высокая вероятность полного восстановления

Варианты хирургического лечения

- ▶ Туннелизация, декомпрессия
- ▶ Пластическое замещение очага некроза
- ▶ Корригирующие остеотомии

Эффективность хирургического лечения

- Зависит от стадии процесса



Благодарю за внимание

