

Рис. 5.36. Продолжение.

ж—и — рентгенограммы таза и левого ТБС через 1 год после операции; к—м — функциональный результат через 1 год.

5.13. Лечение двустороннего коксартроза

Под нашим наблюдением находились 293 больных с двусторонним коксартрозом в возрасте от 36 до 82 лет. Мужчин было 198, женщин — 95. Из них с идиопатическим коксартрозом — 97, диспластическим коксартрозом — 84, асептическим некрозом головки бедренной кости — 60, последствиями остеотомий и прочими заболеваниями ТБС — 52. Всем больным было проведено консервативное и оперативное лечение, причем 163 из них эндопротезирование ТБС выполняли поэтапно в период от 1 до 12 мес, 75 больным — одноэтапное двустороннее эндопротезирование и 55 — оперативное вмешательство лишь на одном ТБС.

Научные публикации свидетельствуют о высокой частоте двусторонних поражений ТБС, составляющей от 10 до 40 % больных с артрологической патологией [Панова М. И., 1975, 1977, 1982, 1991; Тошев В. Д., 1980; Гурьев В. П., 1984; Корнилов Н. В. и др., 2003; Johnson K., 1975; Jergesen H. et al., 1978; Gradillas E., Volz R., 1979; Espley A., Herbert M., 1981; McDonald I., 1982; Wapner J. et al., 1984; Soundry M. et al., 1985; Eggli S. et al., 1996].

В большинстве сообщений прослеживается тенденция обсуждать в основном вопросы, касающиеся оперативного лечения. Между тем из-

вестно, что двусторонний коксартроз — тяжелое страдание, приводящее, как правило, к инвалидности. Одновременное поражение двух суставов наблюдают при идиопатическом, диспластическом коксартрозе, асептическом некрозе головки бедренной кости, неспецифических и специфических заболеваниях ТБС, опухолях и их метастазах. Естественно, что в каждом случае в зависимости от многих обстоятельств и должны определяться цели предстоящих оперативных вмешательств. Вполне разумное стремление к восстановлению функции обоих ТБС обсуждалось еще в 30—40-е годы прошлого столетия. Wiles (1938) впервые произвел последовательное замещение двух ТБС с удовлетворительным результатом. Считается, что впервые за рубежом одноэтапное эндопротезирование двух ТБС выполнил в 1976 г. М. Ritter, а в России — в 1980 г. — А. В. Воронцов.

Уровень современной медицины, а также материальное обеспечение лечебных учреждений позволяют по-новому подойти к хирургическому лечению данной патологии, что подтверждается развернувшейся за рубежом широкой дискуссией о возможности и целесообразности одноэтапного двустороннего эндопротезирования ТБС у рассматриваемой категории больных, которое, по мнению многих авторов, сокращает сроки пребывания в стационаре, количество вы-

полняемых инвазивных и неинвазивных манипуляций, а также использование медикаментозных препаратов, способствует скорейшему восстановлению функции нижних конечностей и снижает экономические затраты на лечение более чем на 30 %.

Кроме того, относительно поэтапного последовательного эндопротезирования не существует единого мнения о сроках между операциями, поэтому они растягиваются от 6 нед до нескольких лет [Мовшович И. О., 1996; Корнилов Н. В. и др., 1997; Eftekhar N., 1978; Eggl S. et al., 1996]. Однако по сравнению с общепринятым методом последовательного восстановления пораженных суставов одноэтапные оперативные вмешательства сопровождаются большим риском и кровопотерей, являются более агрессивными, продолжительными и, следовательно, создают условия для возникновения дополнительных осложнений.

Тем не менее, несмотря на отдельные отрицательные моменты одноэтапного двустороннего эндопротезирования, выявлены лишь минимальные различия в частоте общих и местных осложнений, швизбок, а также в достигаемых результатах по сравнению с общепринятым хирургическим лечением двустороннего коксартроза. В настоящее время одноэтапное двустороннее эндопротезирование ТБС с некоторыми оговорками признается эффективным, рациональным и находит все большее число сторонников. К сожалению, в отечественной литературе сообщения о лечении двустороннего коксартроза путем одноэтапного замещения обоих ТБС встречаются гораздо реже, чем за рубежом.

Больной У., 43 года. В детстве по поводу врожденной вывиха бедер проведено консервативное лечение. В возрасте 40 лет появилась боль в тазобедренных суставах. При рентгенографии диагностирован двусторонний диспластический коксартроз. Предложено оперативное лечение, от которого он отказался. Проведены консервативная терапия, санаторно-курортное лечение. Многократно назначались внутрисуставные инъекции аналога-40, алфлутопа и т. д. Однако это приносило лишь временный положительный эффект. Боль в области тазобедренных суставов постепенно усилилась, появилось ограничение движений в суставах. Был вынужден постоянно пользоваться тростью при ходьбе, принимать анальгетики. При осмотре: ходит с тростью, хромота на обе ноги. Синдром Тренделенбурга положительный с обеих сторон.

Отмечается гипотрофия мышц левого бедра — длина окружности левого бедра в средней трети 47 см, правого бедра на этом же уровне 50 см. Движения в тазобедренных суставах значительно ограничены. Пульсация на периферических артериях нижних конечностей отчетливая, иннервация стоп не нарушена. На рентгенограммах двусторонний диспластический коксартроз III стадии (рис. 5.37, а, б).

28.09.01 г. по нашему методу выполнено одноэтапное двустороннее эндопротезирование тазобедренных суставов бесцементными эндопротезами Байомет (Великобритания), слева: чашка пресс-фит 54; ножка 12,5; головка +3, справа: чашка пресс-фит 56; ножка 12,5; головка +3. Интраоперационная кровопотеря 800 мл, дренажная кровопотеря за последующие 3 сут — 750 мл. На 4-е сутки начал ходить на костылях. При обследовании через 5 лет: состояние удовлетворительное, ходит

без вспомогательных средств. Боли и хромоты нет, объем движений в тазобедренных суставах полный (рис. 5.37, е—и). На рентгенограммах положение эндопротезов тазобедренных суставов стабильное (рис. 5.37, в—д). Оценка результата лечения по Харрису 100 баллов.

Наблюдения за больными с двусторонним коксартрозом и оперированными в два этапа свидетельствуют, как правило, об отсутствии положительной динамики со стороны неоперированного сустава в течение года. Более того, больные, ощутившие некоторое улучшение состояния после операции на одном суставе, в дальнейшем продолжают принимать медикаментозные средства для уменьшения боль в другом. У них нарастает скованность, усиливаются боли, развивается контрактура ТБС, в том числе на оперированном суставе, и в конечном счете они остаются инвалидами [Косинская Н. С., 1961; Демина Э. Н. и др., 1995; Корнилов Н. В. и др., 1997; Welters et al., 2002].

Больной К., 44 года. Боли в области тазобедренных суставов появились около 7 лет назад. Через 3—4 года возникло выраженное усиление болевого синдрома, боли в тазобедренных суставах наблюдались в покое и по ночам. При рентгенографии выявлен двусторонний идиопатический коксартроз, рекомендовано оперативное лечение. При поступлении в госпиталь: больной ходит с тростью, хромота на правую ногу. Симптом Тренделенбурга положительный справа. Отмечается гипотрофия мышц правого бедра и голени: длина окружности правого бедра в средней трети 50 см, левого бедра на этом же уровне 54 см, длина окружности правой голени в верхней трети 38 см, левой голени на этом же уровне 39 см. Движения в правом тазобедренном суставе: разгибание 170°, сгибание 130°, отведение 0°, приведение 10°, ротационные движения качательные. Движения в левом тазобедренном суставе: разгибание 170°, сгибание 110°, отведение 10°, приведение 10°, ротационные движения по 10° в каждую сторону. Движения в тазобедренных суставах болезненные, больше справа. Пульсация на периферических артериях отчетливая, иннервация стоп не нарушена. Укорочение правой ноги на 1,5 см. На рентгенограммах: двусторонний идиопатический коксартроз III—IV стадии (рис. 5.38, а, б). 15.09.03 г. выполнено эндопротезирование правого тазобедренного сустава бесцементным эндопротезом Цваймюллера: чашка 5; ножка 6; головка XL. Интраоперационная кровопотеря составила 450 мл, дренажная — 350 мл. Послеоперационный период без особенностей. Рана зажила первичным натяжением. Обучен ходьбе на костылях. Выписан в удовлетворительном состоянии для амбулаторного лечения.

21.05.04 г. выполнена операция — тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава бесцементным эндопротезом Цваймюллера (чашка 6; ножка 5; головка XL). Интраоперационная кровопотеря составила 400 мл, дренажная — 350 мл. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, инфузионная терапия. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 13-е сутки со дня операции.

Осмотрен через 4 года после второй операции. Состояние удовлетворительное. Ходит без дополнительных средств опоры, хромоты нет, объем движений в тазобедренных суставах ограничен незначительно (рис. 5.38, е—и). Продолжает работать тренером футбольной команды. На рентгенограммах положение эндопротезов правого и левого тазобедренных суставов правильное, стабильное (рис. 5.38, в—д). Оценка результата лечения по Харрису 92 балла.

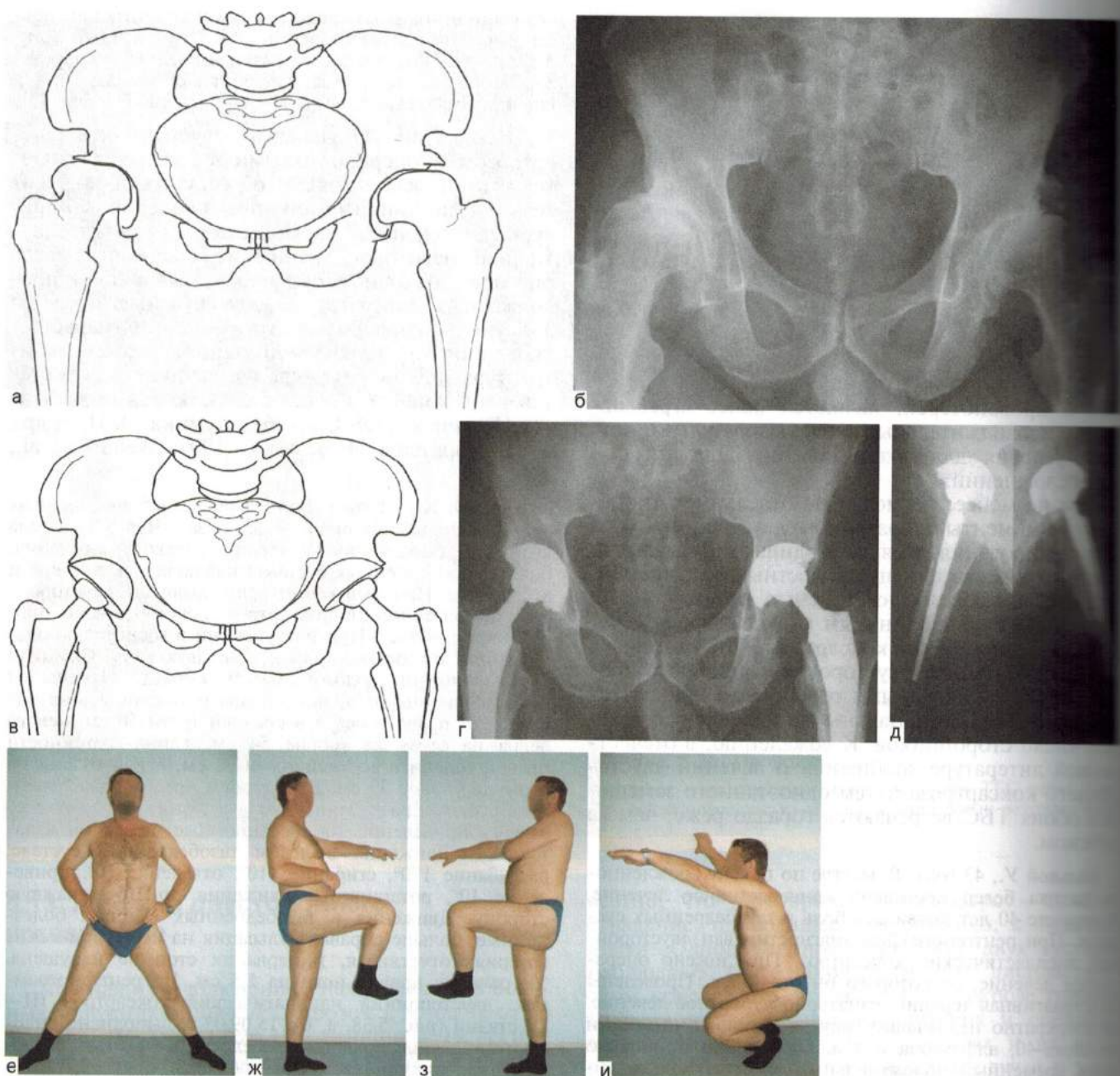


Рис. 5.37. Двусторонний диспластический коксартроз III стадии у больного У. а, б — схема и рентенограмма таза до операции; в—д — схема и рентенограммы через 5 лет после одноэтапного двустороннего эндопротезирования ТБС; е—и — функциональный результат через 5 лет.

Особенности послеоперационного течения больных с двусторонним коксартрозом во многом зависят от проведенного оперативного лечения. Так, еще М. Ritter и А. Stringer (1980) привели данные о 392 одноэтапных эндопротезированиях тазобедренных суставов у 196 больных и сравнили их с результатами последовательного эндопротезирования у 427 пациентов. Различий между больными двух групп по возрасту, полу и предоперационной патологии не было. Средняя продолжительность операций при одноэтапном двустороннем эндопротезировании составила 3 ч, при одностороннем — 1 ч 15 мин. Количество послеоперационных осложнений значимо не от-

личалось. Только после одностороннего эндопротезирования эктопические оссификаты развились у 25 % больных, а при одноэтапном двустороннем эндопротезировании — в 36 % случаев. Частота инфекционных осложнений не превышала 1 % в обеих группах. Средний койкодень составил 14 и 16 сут соответственно. Отдаленные результаты лечения в обеих группах (боли, амплитуда движений, улучшение качества жизни) оценены как хорошие. Авторы пришли к выводу, что одноэтапное двустороннее эндопротезирование является оправданным способом хирургического лечения больных с заболеваниями обоих ТБС.

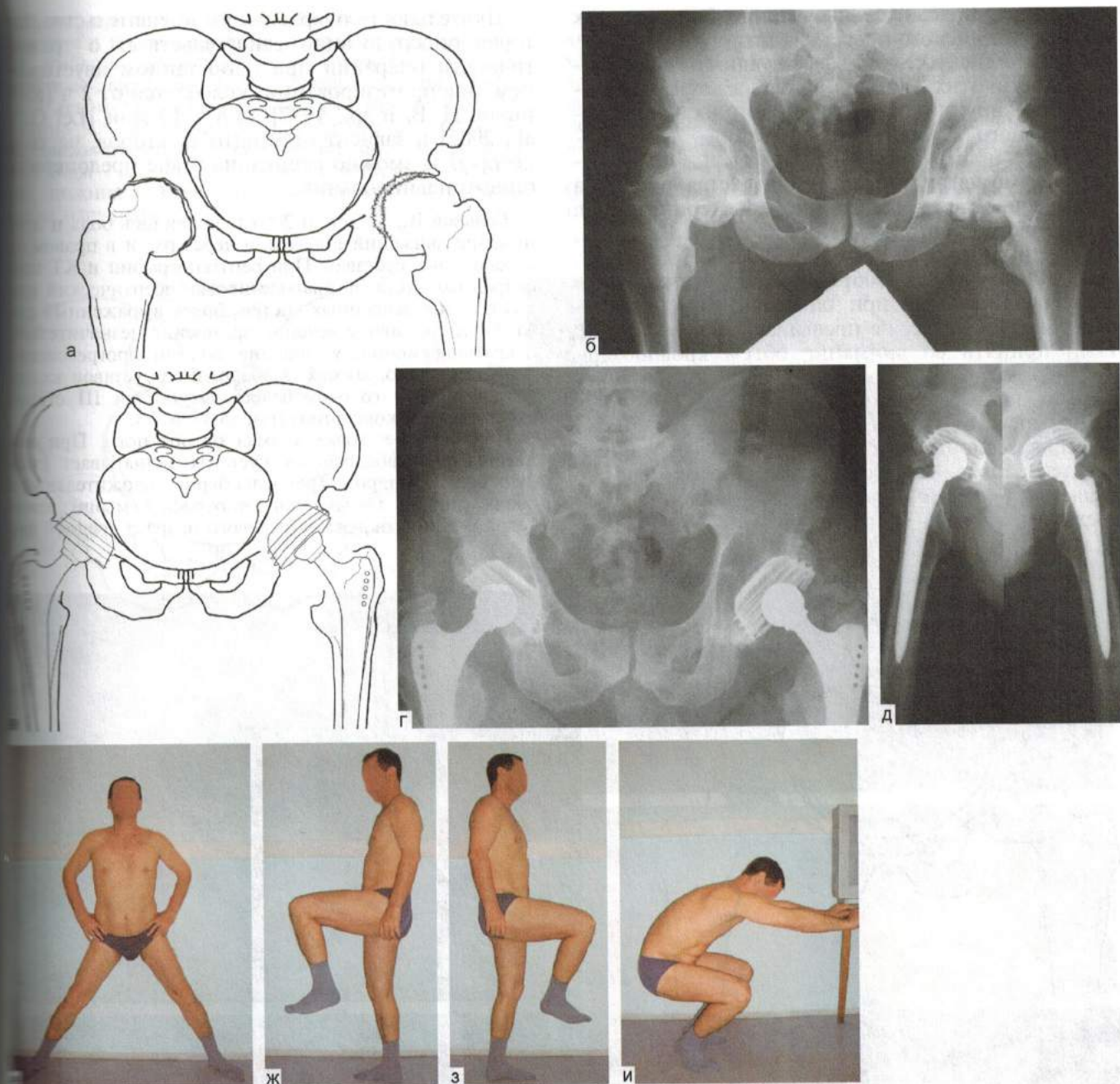


Рис. 5.38. Двусторонний идиопатический коксартроз III—IV стадии у больного К.

а, б — схема и рентгенограмма таза до операции; в—д — схема и рентгенограммы через 4 года после 2-й операции; е—и — функция через 4 года после 2-й операции.

Н. Husted и соавт. (1995, 2000) не отметили тяжелых осложнений при анестезии и в ближайшем послеоперационном периоде после одноэтапного двустороннего эндопротезирования ТБС у 79 больных. Авторы считают, что у больных с двусторонней патологией ТБС целесообразно выполнять эндопротезирование в один этап.

И. Kim и соавт. (2002) провели сравнительный анализ последовательного одностороннего и одноэтапного двустороннего эндопротезирования ТБС с цементной и бесцементной фиксацией. Всего под наблюдением находились 156 пациентов, 50 из них выполнено 100 одноэтапных двусторонних имплантаций и 106 — эндопротезиро-

вание одного сустава. Сто эндопротезов имплантировано с использованием костного цемента, 106 — с пресс-фит-фиксацией. Значимых различий в течение ближайшего послеоперационного периода в группах не было выявлено. По мнению авторов, при одноэтапном двустороннем эндопротезировании ТБС использование костного цемента не оказывало существенного влияния на результаты операции.

В. К. Николенко и соавт. (2002—2006), Н. Welters и соавт. (2002), А. Vhan и соавт. (2006), признавая некоторые особенности одноэтапного двустороннего эндопротезирования, считают подобные операции безопасными и находят при их исполь-

зовании ряд положительных как для больного, так и для медицинского персонала позиций.

Однако дискуссия об эффективности и целесообразности этих методов продолжается и большинство хирургов остаются сторонниками последовательного эндопротезирования [Корнилов Н. В. и др., 1997; Bayona F. et al., 1999]; основным моментом дискуссии является проблема травматичности операции и кровопотери при ней. Большинство авторов [Корнилов Н. В. и др., 1997; Николенко В. К. и др., 2006; Lei G. et al., 2005; Bhan A. et al., 2006] сообщают, что кровопотеря, возникающая при одноэтапном оперативном вмешательстве, не превышает 1000 мл крови. Если принять во внимание объем кровопотери при первичном эндопротезировании, который, по разным данным, колеблется от 300 до 1100 мл в зависимости от вида и тяжести патологии, доступа, профессионализма хирургической бригады и анестезиологов, то обсуждаемая кровопотеря не является опасной и может быть восполнена во всех случаях.

Длительность оперативного вмешательства, которая опосредованно свидетельствует о травматичности операции при одноэтапном двустороннем эндопротезировании, колеблется от 2 ч [Корнилов Н. В. и др., 1997] до 4 ч 10 мин [Lei G. et al., 2005] и зависит от многих факторов, часть из которых возможно решить на этапе предоперационного планирования.

Больной В., 47 лет. В 2004 г. появились боль и ограничение движений в левом, а через год и в правом тазобедренных суставах. При рентгенографии и КТ тазобедренных суставов диагностирован асептический некроз головок бедренных костей, более выраженный слева. Консервативное лечение приносило незначительное и кратковременное улучшение, болезнь прогрессировала. На рентгенограммах тазобедренных суставов асептический некроз головок бедренных костей III стадии, двусторонний коксартроз (рис. 5.39, а—г).

При осмотре: ходит хромая на обе ноги. При движениях в тазобедренных суставах испытывает сильную боль. Синдром Тренделенбурга положительный на обеих сторонах. Отмечается гипотрофия мышц левого бедра — длина окружности левого бедра в средней трети

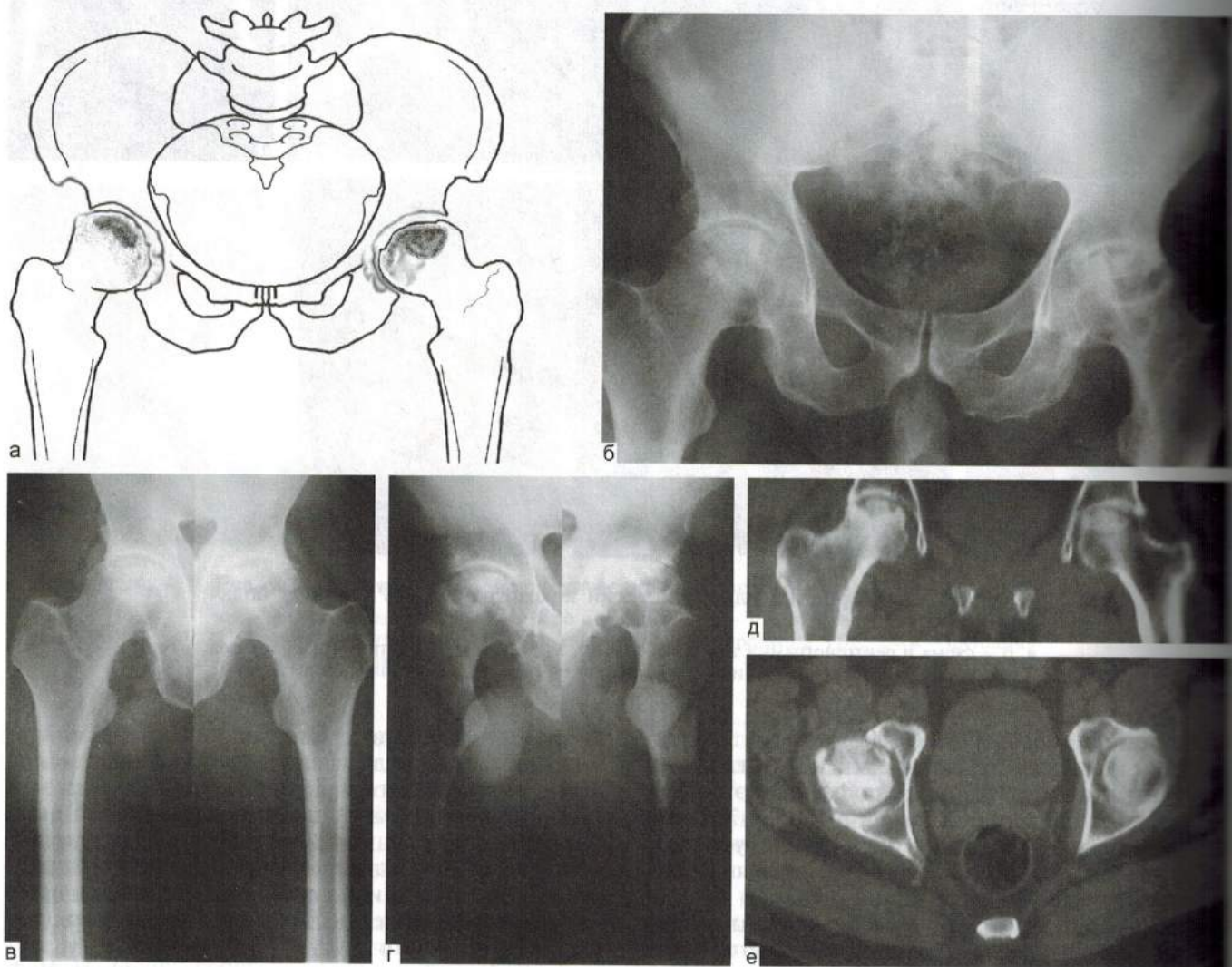


Рис. 5.39. Асептический некроз головок бедренных костей III стадии. Двусторонний коксартроз II стадии у больного В.

а—г — схема и рентгенограммы таза в динамике до операции; д, е — КТ головок бедренных костей: разрушение головок, асептический некроз III стадии.

56 см, правого бедра на этом же уровне — 57 см. Движения в правом тазобедренном суставе: разгибание 100°, сгибание 80°, отведение 15°, приведение 10°, ротационные движения по 10° в каждую сторону. Движения в левом тазобедренном суставе: разгибание 180°, сгибание 90°, отведение 5°, приведение 5°, ротационные движения по 5° в каждую сторону. Укорочение правой ноги 1 см. Пульсация на периферических артериях нижних конечностей отчетливая, иннервация не нарушена.

На рентгенограммах тазобедренных суставов отмечаются выраженная деформация головок с явлениями субхондрального склероза, краевые костные разрастания головок бедренных костей и вертлужных впадин, рентгеновская суставная щель тазобедренных суставов сужена, но прослеживается, в головке левой бедренной кости имеется обширная киста, занимающая более 1/2 головки.

На компьютерной томограмме тазобедренных суставов (рис. 5.39, д, е): выраженная деструкция головок бедренных костей, умеренное поражение вертлужных впадин.

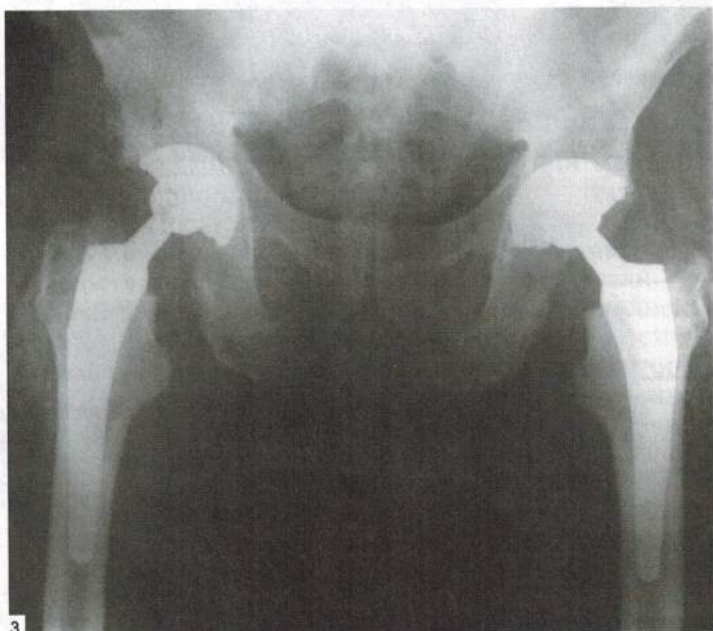
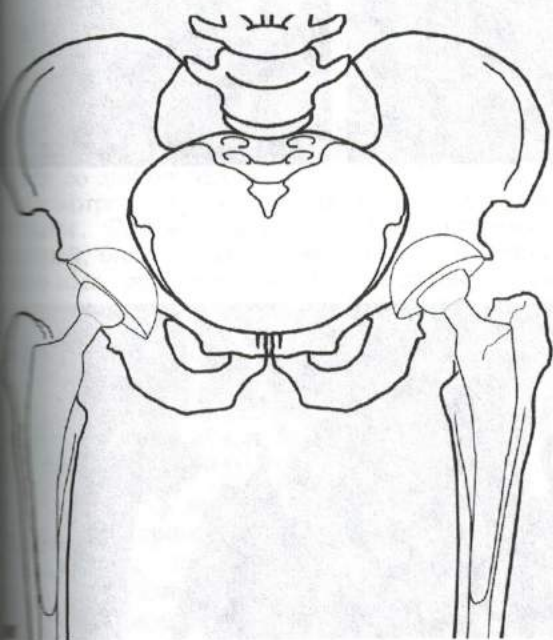


Рис. 5.39. Продолжение.

ж, з — схема и рентгенограмма после одноэтапного двустороннего тотального эндопротезирования ТБС; и—л — макропрепараты удаленных головок бедренных костей: грубая деформация, деструкция и гиперплазия гиалинового хряща, обширная киста в головке левой бедренной кости.

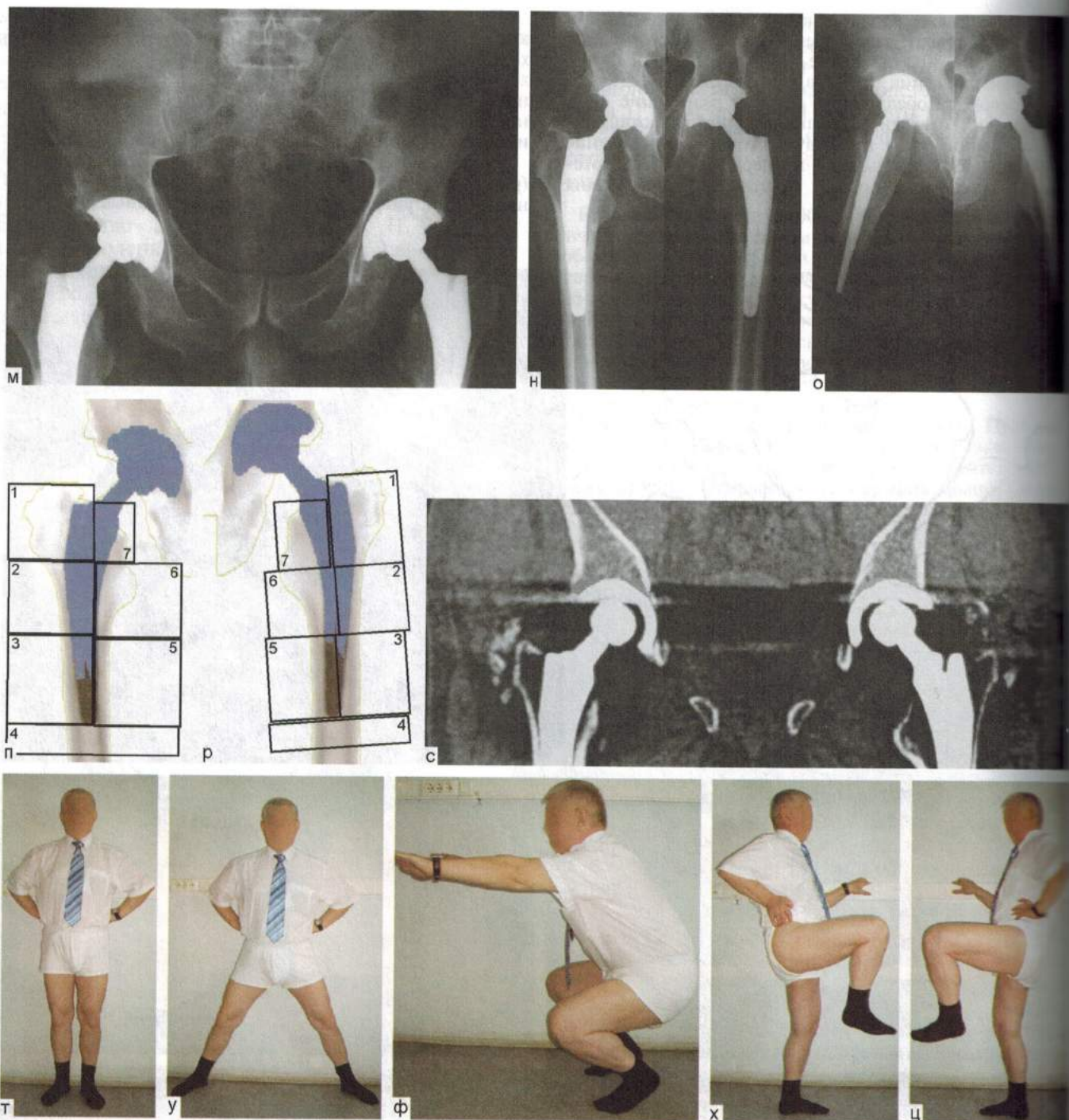


Рис. 5.39. Продолжение.

м—о — рентенограммы ТБС через 1,5 года после операции эндопротезирования; п, р — денситограммы проксимального отдела бедренных костей: нормальная плотность костной ткани охватывающей ножки эндопротезов; с — КТ тазобедренных суставов: стабильная фиксация эндопротезов; т—ц — функциональный результат через 1,5 года.

20.12.06 г. с целью восстановления функции тазобедренных суставов, купирования болевого синдрома и улучшения качества жизни пациента выполнена операция по нашему методу (рис. 5.39, ж, з) — одноэтапное двустороннее эндопротезирование тазобедренных суставов бесцементными эндопротезами Байомет (справа: чашка пресс-фит 56; ножка 15; головка +3; слева: чашка пресс-фит 56; ножка 15; головка +3). В положении на спине под эпидуральной анестезией из дугообразного переднелатерального доступа длиной 16 см послойно

выполнена артротомия левого тазобедренного сустава, произведена остеотомия шейки бедренной кости, обработана вертлужная впадина, резецирован ее избыточный задненижний край, установлены бесцементная чашка пресс-фит и полиэтиленовый вкладыш. В результате выведен проксимальный отдел бедренной кости, костно-мозговой канал обработан рашпилями, установлены ножка эндопротеза и металлическая головка. Затем аналогичная операция выполнена справа. Интраоперационная кровопотеря составила 700 мл.