

ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА С КОСТНОЙ ПЛАСТИКОЙ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ

Шорустамов Мухаммад Тоджалиевич¹

Нурметов Сарвар Таджибаевич²

¹Отделение хирургии кисти и суставов, д.м.н.,

Ташкентской медицинской академии. Ташкент. Узбекистан.

Телефон: +998 (91) 164 11 48

shorustamov.muxammad.1965@mail.ru

²Магистрант кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Ташкентской медицинской академии. Ташкент. Узбекистан

Телефон: +998 (94) 117 49 59

nurmetov.sarvar@mail.ru

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7181723>

Цель исследования. Цель исследования — проанализировать результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава с использованием костной аутопластики дна вертлужной впадины у больных с диспластическим коксартрозом .

Материал и метод исследования.

Для оценки эффективности импактной костной аутопластики дна вертлужной впадины при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава проведен ретроспективный анализ течения заболевания у 18 пациентов с диспластическим коксартрозом, в период с 2019 по 2022 год. Средний возраст больных составил $38,2 \pm 3,62$ года. распределение больных по полу: 13 женщин/5 мужчин или 72.22%/27.77%. Все 18 больных (100%) — люди трудоспособного возраста, из них 60% (12 больных) — инвалиды 3-й группы.

Всем 18 больным выполнено бесцементное тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава с использованием вертлужных компонентов фиксации «press-fit» и пары трения «металл-полиэтилен», дополненное костной пластикой дна вертлужной впадины аутотрансплантатом, сформированным из кости дна вертлужной впадины кости.

Хирургическая техника. В положении больного на здоровом боку под спинальной анестезией после трехкратной обработки операционного поля выполнен боковой доступ к тазобедренному суставу по Хардингу. Рассечение кожи, подкожно-жировой клетчатки и широкой фасции бедра

проводили по классической методике. Произведено продольное рассечение капсулы сустава и вывих головки бедренной кости.

После обнажения дна вертлужной впадины остроконечным желобоватым долотом производили «трапецевидную» остеотомию дна вертлужной впадины и продавливали до упора трансплантат в впадину. Убедившись, что трансплантат плотно вклинился в вертлужную впадину, затем при помощи шарошек формировали впадину необходимых размеров.

Полученные результаты. Оценку эффективности оперативного лечения начинали с клинического обследования больных, которое включало осмотр послеоперационной зоны, измерение абсолютной и относительной длины конечностей, определение объема движений в тазобедренном суставе с помощью гониометра таблица 1. Отеков, гиперемии, повышения местной температуры и свищевых ходов, свидетельствующих о воспалительном процессе, ни у одного из больных не выявлено.

Таблица 1. Объем движений в оперированном тазобедренном суставе

Индекс	Terms of definition	
	перед тотальным эндопротезированием	после тотального эндопротезирования
Сгибание	57.5 ± 16.58*	109 ± 9.9*
Разгибание	2.7 ± 2.06*	8.7 ± 4.22*
Приведение	2.7 ± 3.07*	9.8 ± 4.5*
Отведение	11.4 ± 6.89*	22 ± 6*
Наружняя ротация	10.4 ± 6.57*	24.4 ± 5.8*
Внутренняя ротация	22 ± 6.36	23.6 ± 4.39

Анализ результатов показал снижение показателя в зависимости от реабилитационного периода, что свидетельствовало об уменьшении выраженности болевого синдрома у пациентов после тотального эндопротезирования. При этом в первые 3 мес отмечен значительный скачок, что, скорее всего, связано с дополнительным приемом анальгетиков на фоне восстановления анатомического центра вращения и уравнивания мышечных сил во время вмешательства.

По данным послеоперационных рентгенограмм, у всех пациентов вертлужный компонент был вдавлен в истинную вертлужную впадину (100%). Средние значения костного покрытия чашки эндопротеза составили $94,8 \pm 3,79$ %, угол латерального наклона — $43,5 \pm 5,77^\circ$.

Выводы:

Использование костного аутотрансплантата из дна вертлужной впадины тазобедренного сустава у больных диспластическим коксартрозом Hartofilakidis 1-2 типа, а также диспластический коксартроз третьей и четвертой степени является эффективным способом обеспечения полного покрытия вертлужного компонента, что улучшает результаты хирургического лечения и снижает частоту асептической нестабильности чашки эндопротеза.

REFERENCES

1. Петров А. Б., Ковалева И. Д., Рузанов В. И. Способ ацетабулопластики при дисплазии тазобедренного сустава // Современные технологии в травматологии, ортопедии : ошибки и осложнения, профилактика и лечение : материалы междунар. конгр. М., 2004. С. 127. Petrov AB, Kovaleva ID, Ruzanov VI. Sposob atsetabuloplastiki pri displazii tazobedrennogo sustava [A technique of acetabuloplasty for the hip dysplasia]. Sovremennyye tekhnologii v travmatologii, ortopedii : oshibki i oslozhneniia, profilaktika i lechenie : materialy mezhdunar. kongr. M., 2004. s. 127.
2. Рибачук О. І., Кукуруза Л. П., Торчинський В. П. Тотальне ендопротезування кульшового суглоба при його дисплазії // Ортопедія, травматологія і протезування. 1999. № 1. С. 29-30. Ribachuk OI, Kukuруза LP, Torchins'kii VP. Total'ne endoprotezuvaniia kul'shovogo sugloba pri iogo displazii [Total replacement of the hip for its dysplasia]. Ortopediia, travmatologiia i protezirovanie. 1999;(1):29-30.
3. Ошибки, осложнения и меры их профилактики при эндопротезировании тазобедренного сустава / К. С. Сергеев, И. Н. Катренко, Е. В. Торопов, И. В. Кузнецов, А. А. Марков // Современные технологии в травматологии, ортопедии : ошибки и осложнения-профилактика и лечение : материалы междунар. конгресса. М., 2004. С. 151. Sergeev KS, Katrenko IN, Toropov EV, Kuznetsov IV, Markov AA. Oshibki, oslozhneniia i mery ikh profilaktiki pri endoprotezirovanii tazobedrennogo sustava [Errors, complications and their prevention measures for the hip replacement]. Sovremennyye tekhnologii v

travmatologii, ortopedii : oshibki i oslozhneniia-profilaktika i lechenie : materialy mezhdunar. kongressa. M. 2004. s. 151.

4. Эндопротезирование тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе / Т. Ж. Султанбоев, А. Н. Чучуло, Е. А. Жармухамбетов, А. Т. Кожаниязов // Новые технологии в травматологии и ортопедии : материалы VI съезда травматологов-ортопедов Узбекистана. Ташкент, 2003. С. 110. Sultanboev TZh, Chuchulo AN, Zharmukhambetov EA, Kozhaniiazov AT. Endoprotezirovanie tazobedrennogo sustava pri displasticheskom koksartroze [The hip replacement for dysplastic coxarthrosis]. Novye tekhnologii v travmatologii i ortopedii : materialy VI s"ezda travmatologovortopedov Uzbekistana. Tashkent. 2003. s. 110.

5. Тихилов Р. М., Шаповалов В. М. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава. СПб., 2008. С. 293-301. Tikhilov RM, Shapovalov VM. Rukovodstvo po endoprotezirovaniuu tazobedrennogo sustava [Guide to the hip replacement]. SPb. 2008. s. 293-301.

6. Amstutz HC, Smith RK. Total hip replacement following failed femoral hemiarthroplasty. J. Bone Joint Surg. 1979;61A(8):1161-1166.

7. Barrack RL, Murloy RD, Harris W.H. Improved cementing techniques and femoral component loosening in young patents with hip arthroplasty. A 12-year radiographic review. J Bone Joint Surg. 1992;74B(3):385-389.

8. Charnley J. Low friction arthroplasty of the hip. Theory and practice. Berlin. 1979.

9. Grove JF, Mani VJ, Ranawat CS. Total hip replacement in congenital dislocation and dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg. 1979;61A(1):15-23.

10. Gruen TA, McNeice GM, Amstutz HC. "Models of failure" of cemented stem type femoral components. A radiographic analysis of loosening. Clin Orthop Relat Res. 1979; (141):17-27.

11. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: Treatment by mold arthroplasty. J Bone Joint Surg. 1969;51A(4):737-755.

12. Lachiewicz PF, McCaskill B, Inglis A, Ranawat CS, Rosenstein BD. Total hip arthroplasty in juvenile rheumatoid arthritis two to eleven-year results. J Bone Joint Surg. 1986;68A(4):502-508.