

7. Красовский Н. И., Помелов В. С. Сов. мед., 1972, 8, стр. 66.
8. Линденбретен Л. Д. Сов. мед., 1972, 8, 34.
9. Напалков П. Н., Артемьева Н. Н. Сов. мед., 1972, 8, стр. 51.
10. Сосина Б. М., Михайлова А. Н. Вестник рентген., 1971, 3, стр. 83.
11. Ханбабян Б. Б., Адамян А. А. Материалы X Всесоюзного съезда рентгенологов и радиологов. Ереван, 1977, стр. 414.
12. Шор Л. М., Розанов Н. Б., Топчиашвили З. А. Чрескожная чреспеченочная холангиография в хирургии желчных путей. Калининград, 1966.

УДК 616.728.2—002—031.5—089

М. И. ПАНОВА, О. В. ОГАНЕСЯН, А. К. КАШКО

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОСТОРОННЕГО ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПО К. М. СИВАШУ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ

Изложен опыт одностороннего тотального замещения тазобедренного сустава по К. М. Сивашу у больных коксартрозом. Прослежены отдаленные результаты лечения в сроки от 1 года до 11 лет после операции. Показана высокая эффективность метода в лечении тяжелых форм коксартроза. Существующая возможность возникновения поздних осложнений не умаляет ценности метода.

За последние 15 лет в лечении коксартроза достигнуты большие успехи, обусловленные внедрением метода тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Большинство авторов считают, что в лечении тяжелых форм деформирующего артроза (III стадия) следует отдавать предпочтение тотальному эндопротезированию, т. к. эта операция приводит к восстановлению двигательной функции сустава [1, 3, 4]. По данным Charnley [5], тяжелые формы коксартроза явились показанием к имплантации искусственного тазобедренного сустава в 70% случаев от общего количества больных, оперированных по этому методу.

Целью данной работы явилось обобщение значительного клинического опыта одностороннего тотального эндопротезирования тазобедренного сустава по К. М. Сивашу у больных с тяжелыми формами коксартроза, накопленного ортопедическим отделением ЦИТО, и изучение отдаленных результатов лечения.

Наблюдения охватывают результаты лечения 193 больных, оперированных с 1969 по 1980 год. Из них двусторонним коксартрозом страдали 152 (78,8%), односторонним—41 больной (21,2%). Большинство больных (71,5%) были в возрасте от 41 до 60 лет. Женщин было 158, мужчин—35.

В этиологической картине заболевания преобладал диспластический коксартроз (119), у 34 человек коксартроз развился на почве болезни Пертеса или эпифизеолиза головки бедра, у 19—после повреждения тазобедренного сустава, у 4 причиной развития коксартроза послужило воспаление в области тазобедренного сустава, у 17 больных причину коксартроза установить не удалось.

Операция тотального замещения тазобедренного сустава эндопротезом К. М. Сиваша производилась по общепринятой методике [1, 4].

У ряда больных мы встретились с определенной спецификой операции, обусловленной анатомическими особенностями в области тазобедренного сустава, которые свойственны больным коксартрозом: а) при диспластическом коксартрозе часто встречается плоская, склерозированная вертлужная впадина. Шейка и головка бедренной кости нередко находятся в положении антефлексии и подвывиха. Костно-мозговой канал бедренной кости может быть узким и неровным или не имеющим физиологического сужения; б) при коксартрозе на почве болезни Пертеса шейка бедренной кости укорочена, отмечается высокое стояние большого вертела; в) у больных, перенесших ранее операции на тазобедренном суставе, имеются выраженные рубцовые изменения в тканях и нередко оставшиеся металлические конструкции; г) длина конечностей обычно неодинакова, определяется атрофия мышц больной ноги, недостаточность ягодичных мышц. Как правило, у больных имеются изменения в поясничном отделе позвоночника (остеохондроз, спондилоартроз).

Все эти особенности могли повлиять на исход эндопротезирования и всегда учитывались перед операцией.

При оценке результатов тотального эндопротезирования мы использовали трехбалльную систему: хорошо, удовлетворительно и неудовлетворительно, как и большинство отечественных авторов [1, 2].

Отдаленные результаты операции оценены у 193 больных в сроки от 1 года до 11 лет после операции (табл. 1).

Таблица 1

Отдаленные результаты одностороннего эндопротезирования тазобедренного сустава по К. М. Сивашу у больных коксартрозом

Результат	Срок после операции в годах						Всего
	1—2	3—4	5—6	7—8	9—10	более 10	
Хороший	42	43	20	16	9	2	132
Удовлетворительный	10	12	4	6	6	1	39
Неудовлетворительный	4	5	4	4	2	3	22

Клиническую оценку результатов операции сочетали с рентгенологическим исследованием. Оно включало в себя снимки обоих тазобедренных суставов, рентгенографию оперированного сустава на всем протяжении эндопротеза в 2 проекциях. Нередко рентгенографию искусственного сустава производили с приложением нагрузки. При таком исследовании можно выявить признаки нестабильности фиксации эндопротеза, перелом его ножки и т. п.

Как видно из табл. 1, у 132 больных (68,4%) достигнуты хорошие функциональные результаты: больные передвигаются без использования дополнительных средств опоры, хромота отсутствует или умеренная, имеется безболезненное сгибание в оперированном тазобедренном суставе в пределах 90—60°.

У 39 пациентов (20,2%) отмечен удовлетворительный исход лечения: остаются умеренные боли при ходьбе, используется дополнительная опора (палка, костыль), имеется выраженная хромота, сгибание в оперированном суставе 60—40°.

Больные двусторонним коксартрозом, у которых после эндопротезирования одного из тазобедренных суставов были достигнуты безболез-

ненная подвижность и хорошая опорность оперированной конечности, отмечали при наблюдении уменьшение боли в противоположном тазобедренном суставе. Этого мы не наблюдали у пациентов с неудовлетворительными исходами операции, когда болезненная опорность оперированной конечности приводила к функциональной перегрузке неоперированного тазобедренного сустава.

К неудовлетворительным результатам операции мы отнесли случаи, связанные с расшатыванием эндопротеза, возникновением поздней инфекции, переломами ножки эндопротеза и случаи выраженного развития параартикулярной оссификации. Эти пациенты предъявляли жалобы на постоянную боль, плохую опорность конечности или болезненное ограничение движений в оперированном суставе. Большинство из них нуждалось в повторной операции.

Таблица 2

Причины неудовлетворительных результатов тотального эндопротезирования тазобедренного сустава по К. М. Сивашу у больных коксартрозом в отдаленные сроки после операции

Осложнение	Срок возникновения в годах						Всего
	1—2	3—4	5—6	7—8	9—10	более 10	
Расшатывание эндопротеза	3	4	2	1	2	2	14
Поздняя инфекция	—	—	2	1	—	—	3
Перелом ножки	—	1	—	2	1	—	4
Выраженная параартикулярная оссификация	1	—	—	—	—	—	1

Из табл. 2 видно, что основной причиной неудовлетворительных результатов в отдаленные сроки после тотального замещения тазобедренного сустава является расшатывание эндопротеза. Сроки возникновения этого осложнения различны. У 8 больных имелось расшатывание обоих компонентов эндопротеза, у 4—только ножки, у 2—только гнезда эндопротеза. Из 14 больных с расшатыванием эндопротеза у 8 была произведена операция замены эндопротеза. Одна больная оперирована повторно дважды из-за возникновения повторного расшатывания после реимплантации искусственного тазобедренного сустава. Показанием к операции замены эндопротеза служили постоянные боли в области искусственного сустава, резкое нарушение опороспособности оперированной ноги. Кроме того, учитывали возраст больного, функциональную активность и характер трудовой деятельности. Замену эндопротеза старались производить конструкцией большего размера для обеспечения лучшей фиксации.

Остальные больные с нестабильностью фиксации эндопротеза не оперированы из-за наличия сопутствующих заболеваний и престарелого возраста.

Результаты операций замены эндопротеза по поводу его расшатывания прослежены в сроки от 1 года до 4 лет после реоперации. У всех пациентов достигнут удовлетворительный безболезненный объем движений в оперированном суставе и хорошая опорность конечности.

По нашему мнению, причиной расшатывания эндопротеза у больных коксартрозом являются вышеописанные особенности тазобедренного сустава и высокая функциональная нагрузка на искусственный сустав, которая у больных деформирующим артрозом обычно значительно выше, чем у пациентов с болезнью Бехтерева и ревматоидным артритом.

Другая группа поздних осложнений—развитие инфекции в области эндопротеза. Это грозное осложнение мы встретили у 3 пациентов в сроки от 5 до 8 лет после операции. У 1 больной нагноение произошло после инъекции в ягодичную мышцу на стороне операции. В связи с угрозой сепсиса эндопротез пришлось удалить. У двух других больных причиной развития поздней инфекции явилось обострение эндогенной (хронический тонзиллит и пиелонефрит). Эти больные продолжают лечение в отделении раневой инфекции ЦИТО, где им проводится активная антибактериальная терапия с целью сохранения эндопротеза. Для профилактики поздних гнойных осложнений эндопротезирования мы рекомендуем санацию очагов хронической инфекции, возникающих после операции (кариозные зубы, хронический тонзиллит и т. п.).

У 4 пациентов был обнаружен перелом ножки эндопротеза, диагностированный в сроки от 3 до 10 лет после операции. Эти больные, хотя имеют возможность передвигаться с помощью костылей, нуждаются в операции замены эндопротеза и поэтому отнесены в группу неудовлетворительных исходов. При цилиндрической форме костномозгового канала, а также при его изогнутости ножка эндопротеза прилегает неплотно к стенкам бедренной кости, что способствует неравномерной нагрузке, усталости металла и, в конечном счете, приводит к перелому бедренного компонента эндопротеза.

Один пациент был реоперирован по поводу массивных параартикулярных оссификатов, резко ограничивающих подвижность в искусственном тазобедренном суставе. Срок наблюдения после удаления оссификатов небольшой, но движения в суставе улучшились.

Остальные осложнения, которые мы наблюдали у больных в отдаленные сроки после операции, несущественно повлияли на исход лечения. Сюда мы относим случаи развития параартикулярной оссификации (25 чел.), не ограничивающей подвижности в тазобедренном суставе. В это число входят также случаи неудачных исходов эндопротезирования, связанные с расшатыванием и поздней инфекцией, так как при этих осложнениях развитие параартикулярной оссификации наблюдается практически постоянно. У 10 больных было выявлено развитие «ложного сустава» в области несросшегося большого вертела, у трех из них с образованием кист в месте прохождения металлической шпонки. Часто эти осложнения являются лишь рентгенологической находкой и не беспокоят больных, поэтому мы отнесли такие исходы операции в группу благоприятных результатов.

Таким образом, накопленный клинический опыт и изучение отдаленных результатов тотального эндопротезирования тазобедренного сустава по К. М. Сивашу показали, что эта операция является высокоэффективным оперативным средством в лечении тяжелых форм коксартро-

за. В 88,6% наблюдений получены хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты лечения. Все же, несмотря на совершенствование операционной техники и системы лечебных мероприятий, опасность возникновения осложнений в отдаленные сроки после операции продолжает существовать, и в этом плане необходимы дальнейшие разработки.

Центральный институт травматологии и ортопедии
им. Н. Н. Приорова

Поступила 11/III 1981 г.

Մ. Ի. ՊԱՆՈՎԱ, Օ. Վ. ՀՈՎՀԱՆԵՍՅԱՆ, Ա. Կ. ԿԱՇԿՈ

ԿՈՆԲ-ԱԶԳՐԱՅԻՆ ՀՈԴԻ ՄԻԱԿՈՂՄԱՆԻ ՀՍՏ Կ. Մ. ՍԻՎԱՇԻ
ԷՆԴՈՊՐՈԹԵԶԱՎՈՐՄԱՆ ՀԵՌԱՎՈՐ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ
ԿՈՔՍԱՐԹՐՈԶԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Շարադրված է կոքսարթրոզով հիվանդների մոտ կոնք-ազդրային հոդի բաց Սիվաշի ամբողջական միակողմանի փոխարինման փորձը:

Ուսումնասիրվել են բուժման հեռակա արդյունքները վերահատուկ ժամանակահատվածից հետո 1-ից 11 տարիների ընթացքում: Ցույց է արված մեթոդի բարձր արդյունավետությունը կոքսարթրոզի ծանր ձևերի բուժման ժամանակ: Հետազոտվում է բարդությունների առաջացման հնարավորությունը չի նվազեցնում մեթոդի արժեքը:

M. I. PANOVA, O. V. HOVANESSIAN, A. K. KASHKO

REMOTE RESULTS OF THE ONE-SIDED ENDOPROSTHETICS
OF THE HIP JOINT ACCORDING TO K. M. SIVASH IN
COXARTHROSIS

The experience of the one-sided total substitution of the hip joint according to K. M. Sivash is described in treatment of patients with coxarthrosis.

The remote results of the treatment have been studied (from 1 year up to 11 years after the operation). The effectiveness of this method of treatment of the severe form of coxarthrosis is shown.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гурьев В. Н. Двусторонний коксартроз и его оперативное лечение. Таллин, 1975.
2. Нигматуллин К. К. Дисс. канд. М., 1973.
3. Панова М. И. Ортопед. травматол., 1977, 12, стр. 53.
4. Сиваш К. М. Аллопластика тазобедренного сустава. М., 1967.
5. Charnley J. J. Bone Jt Surg., 1972, 54-B, 61.