



## ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА С КОСТНОЙ ПЛАСТИКОЙ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ

**Шорустамов Мухаммад Тоджалиевич<sup>1</sup>**

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

<sup>1</sup>Ташкентской медицинской академии. Ташкент. Узбекистан.

Телефон: +998 (91) 164 11 48

shorustamov.muxammad.1965@mail.ru

**Нурметов Сарвар Таджибаевич<sup>2</sup>**

<sup>2</sup>Магистрант 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.7155811>

Аннотация. Диспластический коксартроз составляет от 6,5% до 25% основной патологии суставов среди взрослого населения мира. Радикальным лечением диспластического коксартроза, как и других видов остеоартроза, является эндопротезирование таза. В последнее десятилетие общее эндопротезирование стало распространенным и эффективным методом лечения диспластического коксартроза. Однако имеющиеся анатомические особенности тазового пояса, такие как его гипоплазия или неадекватная форма костной ткани в его основании или нижней части вертлужной впадины, не только сильно затрудняют хирургическое вмешательство, но и значительно снижают его эффективность, значительно ухудшая послеоперационные клинические исходы и увеличивая число осложнений. Современным и оптимальным методом решения этой проблемы является остеотомия дна или ямки вертлужной впадины через остеотомию.

В настоящее время метод создания новой формы путем остеотомии в нижней части или ямку вертлужной впадины является одним из наиболее эффективных методов лечения диспластического коксартроза, который позволяет обеспечить правильное распределение веса поперек таза, а в конечном итоге устранить сильные боли у больных в короткое время и позволяет улучшить работу суставов.

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. Таблица 1 распределение больных по полу: 15 женщин/5 мужчин или 75%/25%. 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 впадиныкости.

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. Отеков, гиперемии, повышения местной температуры и свищевых ходов, свидетельствующих о воспалительном процессе, ни у одного из больных не выявлено.

Анализ результатов по шкале ВАШ рис.1 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.

#### **Литература:**

1. 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.
2. 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.
3. Рибачук О. И., Кукуруза Л. П., Торчинський В. П. Тотальне ендопротезування кульшового суглоба при його дисплазії //Ортопедія, травматологія і протезування. 1999. № 1. С. 29-30. Ribachuk OI, Kukuruza LP, Torchins'kii VP. Total'ne endoprotezuvaniia kul'shovogo sugloba pri iogo displazii [Total replacement of the hip for its dysplasia]. Ortopediia, travmatologii i protezirovanie. 1999;(1):29-30.
4. 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]. Sovremennye tekhnologii v travmatologii, ortopedii : oshibki i





oslozhnieniia-profilaktika i lechenie : materialy mezhdunar. kongressa. M. 2004. s. 151.

5. 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.

6. 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.

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

8. 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.

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

10. 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.

