Хирургическое лечение крупных суставов при ревматических заболеваниях.

Картанбаев Жениш Жанышович,
аспирант 3 года обучения, кафедра «травматологии и ортопедии», Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина. Кыргызстан, г.Бишкек.
Email: www.jen8789@mail.ru

Джумабеков Сабырбек Артисбекович,
академик НАН КР, д.м.н., профессор.
Кыргызстан, г. Бишкек.

Шамшиев Мирлан Абдубаитович,
студент 5 курса педиатрического факультета, Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина. Кыргызстан, г.Бишкек.

Резюме: В статье приводится клиническое наблюдение 70 больных с быстропрогрессирующим активным ревматическими заболеваниями, прооперированные методом тотального эндопротезирования. На примере, которого показана эффективность хирургического лечения, что позволило сохранить функцию суставов и улучшить качество жизни. Приводятся детали оперативной техники эндопротезировании с применением разработанным долотом, что позволяет свободно производить наружную ротацию бедренной кости без рассечения окружающих тканей и с экономной резекцией шейки бедренной кости. Ближайшие и отдаленные результаты лечения изучены по методике Центрального института травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова (СОИ-3).

Ключевые слова: ревматические заболевания, коленный сустав, тазобедренный сустав, тотальное эндопротезирование.

Актуальность: Ревматические заболевания (РЗ) относятся к числу наиболее распространённых как у нас в стране, так и за рубежом. Среди них, ревматоидный артрит является наиболее распространенной формой воспалительного заболевания суставов и поражает около 1% населения (в СНГ - 0,8%, в Европе и Северной Америке - 1-2%). Ежегодная заболеваемость составляет около 0,02% [1]. К примеру, в структуре первичной инвалидности ревматические заболевания занимают второе место, а по временной нетрудоспособности - первое место среди болезней внутренних органов [2].

Инвалидность при ревматических заболеваниях с самого первого момента её установления становится пожизненной, продолжаясь десятки лет, поражая людей молодого и среднего возрастов. Доказано, что в 10-33% случаев такие больные не способны самостоятельно перемещаться вне дома, а многие из них нуждаются в постоянной помощи, поскольку лишены возможности обслуживать себя. Поэтому проблема полного восстановления безболезненной подвижности крупных суставов и опорной функции нижней конечности у больных с данной формой болезни является актуальной проблемой современной ортопедии [3, 4].

После применения эндопротезирования у больных исчезает болевой синдром, увеличивается объем движений, они начинают ходить без дополнительной опоры, многие возвращаются к активной трудовой деятельности, улучшается качество жизни пациентов [5].

Однако применение эндопротезирования при анкилозе у данной категории больных имеет свои отличительные особенности в силу ряда специфичных причин: изменения костных и

мягкотканых структур в области крупных суставов от других заболеваний и повреждений данной области. При анкилозе наблюдается полное отсутствие анатомических ориентиров сустава, что создаёт технические трудности для хирурга, в последующем влияющие на стабильность компонентов эндопротеза. Кроме того наблюдается значительные изменения в мышечной группе вокруг тазобедренного сустава (ригидность, контрактуры), которые значительно затрудняют как само проведение операции, так и создают трудности в реабилитационном периоде. Одним из факторов риска при данной операции является остеопороз костей скелета. Он относится к наиболее ранним признакам заболеваний, приводящий в последующем к нестабильности компонентов эндопротеза при неправильном подборе метода фиксации эндопротеза [6].

Учитывая все эти обстоятельства, проблема хирургического лечения путем эндопротезирования у больных с ревматическими заболеваниями представляется особенно актуальной.

Материал и методы. Исследования основаны на анализе 70 пациента обоего пола с РЗ, которым было произведено эндопротезирование коленного и тазобедренного сустава в отделении патологии суставов БНИЦТО за период с 2011 по 2016 г. Возраст больных колебался от 18 до 77 лет. Средний возраст пациентов 43,5+13.5 лет. В нашем исследовании преобладали женщины – 42 (60%), мужчины было- 28 (40%) . Основная группа состояла из лиц трудоспособного возраста. Больные распределены на 2 нозологические группы: ревматоидный полиартрит- 44, анкилозирующий спондилоартрит- 26.

Одним из современных и эффективных методов лечения больных с РЗ, позволяющих избавить пациентов от болей и обеспечить высокий уровень качества жизни, на сегодняшний день является тотальное эндопротезирование. Эндопротезирование крупных суставов нижних конечностей является одной из наиболее распространенных ортопедических операций, и прогнозируется дальнейший рост потребности в подобных вмешательствах.

Показания тотальному эндопротезированию коленного и тазобедренного сустава является: коксит, резкая боль и выраженные деструктивные изменения, наличие порочных установок (варус, вальгус), приводящие к снижению опорной и двигательной функции, ограничение ходьбы, трудовой активности, самообслуживания , ухудшение здоровья и качества жизни, при невысокой активности заболевания.

Произведено 50 операция эндопротезирование тазобедренного сустава и 71 коленных суставов. 45 больным произведено полисегментарное эндопротезирование крупных суставов (таб. №1).

Таблица №1. Количество прооперированных больных с односторонним и полисегментарным эндопротезированием крупных суставов.

Суставы	Всего больных	пол		Количество больных с эндопротезированием	
		м	ж	односторонним	полисегментарный
Коленный	41	5	36	15	26 (эндопротезов 56)
Тазобедренный	29	23	6	10	19 (эндопротезов 40)
Всего:	70	28	42	25	45 (эндопротезов 96)

Методика хирургического лечения.

Тотальное эндопротезирование коленного сустава. Больного укладывали в положении на спине под общей или проводниковой анестезией. Для профилактики интраоперационного кровотечения накладываем автоматический жгут. Срединным кожным разрезом производим артротомию. Далее соответствующим инструментом обрабатывается мыщелки бедра и большеберцовый кость с учетом вальгусной или варусной деформации коленного сустава. Последующим компоненты эндопротеза устанавливается костным цементом. Выполняют контроль движений в суставе, проверяют длину и ось конечности. Осуществляют тщательный гемостаз, активное дренирование и послойное ушивание раны.

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Под общей или проводниковой анестезией производят стандартный доступ к шейке бедренной кости. Производится поперечная резекция шейки бедренной кости с помощью устройства (Патент № 192 от 28.08.15) в сагиттальном направлении, что позволяет свободно производить наружную ротацию бедренной кости без рассечения окружающих тканей и с экономной резекцией шейки бедренной кости, при этом радиус дистального отдела шейки бедренной кости становится меньше радиуса, необходимого для свободного вращения . Далее производят наружную ротацию бедренной кости. Соответствующими инструментами механически обрабатывается вертлужная впадина и костномозговой канал. После обработки вертлужной впадины часто обнаруживали дегенеративные кисты или дефект вертлужной впадины. В связи с этим уменьшается площадь контакта ацетабулярного компонента с костью, что способствует ранней нестабильности ацетабулярного компонента. Для профилактики послеоперационных осложнений нами предложено рационализаторское предложение №20/14 от 03.11.2014: «Замещение полости дефекта вертлужной впадины аутотрансплантатом при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава». При дефектах вертлужной впадины для увеличения площади контакта на границе кость-имплантат заполняется костной стружкой, полученной после обработки вертлужной впадины фрезами .

Последующим устанавливается компоненты эндопротеза. Для облегчения вправления головки эндопротеза в случае ригидности мышц бедра нами разработано рационализаторское предложение № 16/15 от 27.04.15: «Способ вправления головки тотального эндопротеза тазобедренного сустава при РЗ». Вправление головки эндопротеза без дополнительных травм заключается в следующем. После установки тазовых и бедренных компонентов эндопротеза через шейки ножки эндопротеза проводится стерильная марлевая лента . Далее с его помощью осуществляется дистракция конечности и производится вправление головки эндопротеза. Выполняют контроль движений в суставе, проверяют длину конечностей. Осуществляют тщательный гемостаз, активное дренирование и послойное ушивание раны.

Результаты и обсуждение. При анализе отдаленных результатов установлено, что у большинства пациентов оценочный балл состояния тазобедренных и коленных суставов по методике СОИ-3 составляет в среднем 75 баллов. Это обусловлено тем, что хорошие показатели восстановления функции тазобедренного и коленного сустава нивелируется сопутствующими патологическими изменениями в позвоночном столбе и организме в целом. Из отдаленных результатов показало: хорошие результаты восстановительного лечения достигнуты у 91,3%, удовлетворительные — у 8,7% пациентов, которые смогли вернуться к состоянию, близкому к преморбидному. У пациентов, перенесших реконструктивно-восстановительные мероприятия на крупных суставах, качество жизни значительно превышало средние значения по всем шкалам опросника.

Заключение. Эндопротезирование тазобедренного или коленного сустава обеспечивает долгосрочное восстановление качества жизни, связанного со здоровьем, до уровня популяционной

нормы у пациентов с тяжелыми дегенеративными изменениями суставов нижних конечностей при РЗ. Для получения оптимальных результатов лечения необходимо избегать длительной отсрочки операции после появления показаний к эндо-протезированию сустава. Внедрение новых методов и подходов к лечению пациентов при эндопротезировании суставов нуждается в оценке с позиции не только заболеваемости и стоимости лечения, но и влияния на качество жизни, связанное со здоровьем.

Литература.

1. Беневоленская, Л.И. Эпидимиология ревматических болезней/ Л.И.Беневоленская, М.М. Бржезовский//М. 2002. - С.225-237.
2. О взаимосвязи минеральной плотности и биохимических показателей костной ткани при коксартрозе / С. Н. Лунев [и др.] // Травматология и ортопедия России. - 2008. - №1. - С.48-53.
3. Волченко, Д. В. Оценка качества жизни пациентов с травмами и заболеваниями тазобедренного сустава / Д. В. Волченко, Н. И. Ким // Вестник РГМУ- 2005. -С. 54-55.
4. Громадский В.Н. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава у больных ревматоидным артритом. Диссер. канд.мед.наук. (14.01.21.). Институт травматологиии ортопедии АМН Украины, Киев, 2003. С. 28-35.
5. Дятчина, Л.И. Ранняя диагностика и лечение анкилозируюшего спондилоартрита/ Л.И.Дятчина//, -М, 2011. -С. 12-25.
6. Бушманов, А. В. Численное моделирование прочности фиксирующего устройства «КРАБ» / А.В. Бушманов, Л. А. Соловцова / Медицинская информатика. - 2006. - №2. - С.37-42.