

ПРОФИЛАКТИКА РАННЕЙ АРТРОПЛАСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ АСЕПТИЧЕСКОМ НЕКРОЗЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

И.Ф. Ахтямов, О.Г. Анисимов, А.Н. Коваленко, М.Э. Гурылева, Ю.В. Будяк

*Казанский государственный медицинский университет,
г. Казань*

Введение

Проблема лечения асептического некроза головки бедренной кости (АНГБК) у взрослых актуальна до сегодняшнего дня, о чём свидетельствует неослабевающее внимание к этой проблеме как у нас, так и за рубежом, особенно если учесть, что это заболевание людей трудоспособного возраста – 20–50 лет [2, 3, 4, 7, 8]. Трудности ранней диагностики из-за схожести симптоматики в период начала заболевания с различного рода патологическими состояниями и зачастую стремительное развитие болезни приводят к характерным дегенеративным процессам в головке бедренной кости, результатом которых является инвалидизация больного [6].

Наилучшие результаты лечения на современном этапе дает артропластика тазобедренного сустава [5], однако с учетом возраста пациентов возникают проблемы при последующей смене имплантата. С другой стороны, предшествующие органосохраняющие операции создают технические сложности при эндопротезировании и ухудшают его результаты [1, 9]. Еще больше настораживают сообщения о плохих результатах ревизионных операций эндопротезирования у пациентов с остеонекрозом [6].

Цель – разработать сохраняющий сустав метод лечения АНГБК, позволяющий отсрочить тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава и оценить его клиническую эффективность.

Материал и методы

К пациентам с ранними стадиями АНГБК были отнесены пациенты с диагнозом, подтвержденным на МРТ и РКТ до коллапса головки бедра. 32 пациента на ранних стадиях для оценки эффективности методов консервативного лечения были распределены на основную и контрольную группы.

Количество пациентов на ранних стадиях заболевания в основной группе составило 16: 2 женщины и 14 мужчин. Им проводилось лечение по предложенной нами методике. Средний возраст на момент начала лечения состав

вил 41 год (минимальный – 21, максимальный – 61). Средний период наблюдения – 1,64 года (0,54–5 лет). Пациенты основной группы получали курсы пролонгированной эпидуральной анальгезии по разработанной нами методике. На основании современных представлений о механизмах развития заболевания разработан и внедрен метод лечения АНГБК на ранних стадиях, отвечающий требованиям современного алгоритма этапного лечения данного заболевания – «Способ стойкого купирования болевого синдрома при дегенеративно-дистрофических заболеваниях тазобедренного сустава» (заявка на изобретение № 2008117721). Его суть заключается в том, что через эпидуральный катетер соответственно уровню иннервации области тазобедренного сустава вводят раствор анестетика в низкой концентрации шприцевым насосом в течение 6–8 дней.

Количество пациентов контрольной группы на ранних стадиях заболевания составило 16: из них 2 женщины и 14 мужчин. Средний возраст на момент первичного лечения по стандартно применяемой методике (сосудистые препараты, НПВС) составил 53 года (минимальный – 18, максимальный – 57). Средний период наблюдения – 1,5 года (0,5–3,3 года). Наблюдение продолжалось до коллапса головки бедра. Пациенты получали сосудистые и противовоспалительные препараты в составе консервативной терапии.

В основе клинико-функциональной характеристики каждого конкретного случая лежит оценка нарушений у пациентов с патологией тазобедренного сустава по шкале Харриса (Harris W.H., 1969). Оценку проводили перед началом лечения и по завершении периода наблюдения. Для определения субъективной эффективности и удовлетворенности пациентов проведенным лечением проводилось исследование их качества жизни на этапах лечения при помощи опросника ВОЗ «КЖ-100».

Из инструментальных методов исследования использовались рентгенография, РКТ, МРТ.

Общий балл по шкале Харриса у пациентов основной группы с АНГБК на ранних стадиях составил 46–70,63 (в среднем 62,04, что является неудовлетворительным результатом).

Среднее значение общего балла по шкале Харриса у пациентов контрольной группы с АНГБК на ранних стадиях составило 69,9, что также является неудовлетворительным результатом, хотя и максимально приближено к нижней границе удовлетворительных значений. По категории «боль» средняя величина составила 24 балла, «функция» – 37 балла, «наличие деформации» – 4 балла и «амплитуда движения» – 4,83 балла.

При сравнении качества жизни в контрольной и основной группах (стандартная терапия и консервативное лечение по предложенной нами методике) можно сказать, что достоверные различия в качестве жизни пациентов имеются лишь по двум шкалам опросника – общего качества жизни и уровня независимости. Вероятно, это связано с тем, что количество пациентов со второй стадией заболевания выше в основной группе. По остальным показателям опросника ВОЗ «КЖ-100» достоверных различий между показателями не выявлено.

Таким образом, различия в качестве жизни больных контрольной и основной групп, направленных на консервативное лечение, сравнимо.

Результаты

Сравнение результатов консервативного лечения выявило значительные различия в отдельных показателях и, что более значимо, в значениях общего балла по шкале Харриса. По среднему значению общего балла основная группа находилась в категории удовлетворительной оценки функции тазобедренного сустава, в то время как среднее значение общего балла по шкале Харриса в контрольной группе относилось к неудовлетворительному результату.

Несмотря на положительную динамику, 2 пациента основной группы, получив квоты на бюджетное эндопротезирование, настояли на проведение артропластики, что можно объяснить лишь соответствующим психологическим настроем. У одного пациента развилась аллергическая реакция на препарат «Наропин», поэтому мы были вынуждены отказаться от дальнейшего участия этого пациента в исследовании.

На момент последнего визита после проведенного курса консервативной терапии по предложенной нами методике у пациентов основной группы отмечался рост среднего балла по шкале Харриса, который в среднем достиг 81,4 (66–100). Хотя, по данным рентгенографии, коллапса головки бедра не отмечалось, на магнитной томографии его признаки обнаружены у 1 пациента с

максимальным периодом наблюдения. Трудоспособность всех пациентов сохранена.

Величина в баллах по шкале Харриса у пациентов контрольной группы по окончании этапа традиционной консервативной терапии в среднем составила 43,48 (26,95–59,9). Все результаты оказались неудовлетворительными. По данным рентгенографии, у всех пациентов контрольной группы произошел коллапс головки бедра. Им выполнено тотальное эндопротезирование пораженного тазобедренного сустава.

Общее качество жизни больных контрольной группы в процессе проведенной стандартной терапии в контрольной группе несколько понизилось (54,17 против 45,14), и хотя различия были недостоверными, но стремились к ней ($t=1,96$). Аналогично повел себя показатель качества жизни по шкале независимости ($t=1,95$). Данные по шкале «Общественная жизнь» показали достоверное снижение качества жизни больных, остальные шкалы оказались интактными.

До лечения больные, набранные в основную группу для лечения пролонгированной эпидуральной анальгезией Наропином, имели более низкие показатели качества жизни, чем в контрольной группе. В процессе проведенного лечения по четырем из шести шкал опросника ВОЗ «КЖ-100» эмоционально-психологическое состояние больных достоверно повысилось: по шкале общего КЖ – с 44,44 до 66,66, физического благополучия – с 42,36 до 61,11, психологического здоровья – с 58,47 до 67,22, независимости – с 44,79 до 69,79. Особенно хорошие результаты наблюдались по шкалам, отражающим физическое состояние респондентов.

Выводы

Предложенная нами методика позволила замедлить течение АНГБК с положительной клинической динамикой у пациентов с ранними стадиями и отложить на период наблюдения эндопротезирование пораженного сустава.

Литература

1. Волокитина, Е.А. Технические особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при измененной анатомии тазовой и бедренной костей / Е.А. Волокитина, И.А. Атманский // Высокие технологии в травматологии и ортопедии: организация, диагностика, лечение, реабилитация, образование : материалы первого съезда травматол.-ортопед. Уральского Федерального округа. – Екатеринбург, 2005. – С. 235–236.
2. Зоря, В.И. Возможные причины асептического некроза головки бедренной кости взрослых и вопросы его диагностики / В.И. Зоря // Травматология и ортопедия России. – 1994. – № 5. – С. 46–53.

3. Митбрейт, И.М. Асептический некроз головки бедренной кости у взрослых / И.М. Митбрейт, Г.Н. Голубенко // Этиология, патогенез, выбор метода лечения : сб. научных трудов к 60-летию ГКБ №13 «Актуальные вопросы практической медицины». — М., 2000. — С. 366 — 368.
4. Aldridge, J.M. 3rd Avascular necrosis of the femoral head: etiology, pathophysiology, classification, and current treatment guidelines / J.M. Aldridge 3rd, J.R. Urbaniak // Am. J. Orthop. — 2004. — Vol. 33. — P. 327 — 332.
5. Excellent long-term survival of an uncemented pressfit stem and screw cup in young patients. Follow-up of 75 hips for 15 — 18 years / R. Ole, P. Siewers, M. Rokkum, B. Espehaug // Acta Orthop. — 2008. — Vol. 79, N 2. — P. 194 — 202.
6. Hungerford, D.S. Osteonecrosis: avoiding total hip arthroplasty / D.S. Hungerford // J. Arthroplasty. — 2002. — Vol. 17, N 4, Suppl. 1. — P. 121 — 124.
7. Mont, M.A. Bone circulation disorders / M.A. Mont, L.C. Jones // Orthop. Clin. North. Am. — 2009. — Vol. 40, N 2. — XIII.
8. Osteonecrosis of the hip: management in the 21st century / J.R. Lieberman [et al.] // Instr. Course Lect. — 2003. — Vol. 52. — P. 337 — 355.
9. Rijnen, W.H. Total hip arthroplasty after failed treatment for osteonecrosis of the femoral head / W.H. Rijnen, N. Lameijn, B.W. Schreurs, J.W. Gardeniers // Orthop. Clin. North. Am. — 2009. — Vol. 40, N 2. — P. 291 — 298.

Контактная информация:

Ахтямов Ильдар Фуатович — д.м.н. профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных ситуаций

e-mail: tonnchik@ya.ru