

КОММЕНТАРИИ

Рассматриваемая тема, безусловно, актуальна по нескольким причинам. Очень часто коксартроз сочетается с дегенеративно-дистрофическим поражением пояснично-крестцового отдела позвоночника. По мнению J. During с соавторами, изменение осанки и походки провоцирует болевой синдром в позвоночнике [4]. Влияет ли порочное положение в тазобедренном суставе на анатомию тазово-поясничного сочленения и развитие дегенеративных изменений в нем? Несомненно, особенно если речь идет о длительно существующем одностороннем диспластическом коксартрозе с подвывихом или вывихом головки бедренной кости со всем комплексом изменений в вышележащих сегментах опорно-двигательного аппарата. Другое дело – быстро развивающееся разрушение головки при асептическом некрозе с развитием приводящей контрактуры сустава и ограниченной по времени перегрузкой позвоночника. Обратимы ли эти изменения и можно ли на основании предоперационного обследования оценить их степень? Это очень дискуссионный вопрос, требующий многоцентрового исследования с привлечением специалистов разного профиля и большого количества наблюдений с самым тщательным анализом рентгенограмм, данных МРТ и КТ. Но очевидно одно – устранение «суставного» фактора с корректной установкой эндопротеза существенным образом улучшает биомеханику пояснично-крестцового отдела позвоночника и походку пациента, уменьшая таким образом болевой синдром [2]. Как меняется положение таза после эндопротезирования? Динамическое наблюдение пациентов в течение 5 лет показало, что таз разворачивается кзади в зависимости от его исходного положения в среднем на $-9,9 \pm 6,3^\circ$ [8]. На каждый градус разворота таза происходит увеличение антеверсии вертлужной впадины (компонента) на 1° и уменьшение инклинации на $0,3^\circ$ [1]. Если же после эндопротезирования тазобедренного сустава сохраняется болевой синдром в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (скорее всего, обусловленный длительностью и выраженностью дегенеративных изменений), а целенаправленное и системное консервативное лечение не дает эффекта, то в этом случае необходимо рассматривать вопрос об оперативном лечении позвоночника. Это достаточно распространенная тактика лечения указанной группы больных, и вряд ли она претендует на какую-либо оригинальность. Однако надо пом-

нить, что хирургическая стабилизация пояснично-крестцового отдела позвоночника приводит к значительному ограничению движений таза и может быть причиной вывихов и других осложнений после эндопротезирования тазобедренного сустава [7].

Приведенные авторами статьи столь разительные различия в 9-месячных результатах лечения двух групп пациентов могут быть связаны с двумя причинами: либо имела место существенная недооценка исходного состояния поясничного отдела позвоночника, и болевой синдром в спине после эндопротезирования вышел на первый план, либо техническое выполнение эндопротезирования оставляло желать лучшего, что подчеркивает и сам автор, приводя примеры 6 пациентов (при очень ограниченном общем количестве наблюдений). Приведенный алгоритм вряд ли может лечь в основу практического применения из-за очень малого числа наблюдений, практической нереализованности целого ряда его положений (т.е. прописанные заключения имеют умозаключительный характер и не нашли практической реализации) и крайней спорности некоторых положений. Мы имеем в виду тезис о сохранении фронтального перекаса таза и анатомических отношений в сегменте «таз-поясничный отдел позвоночника» за счет удлинения конечности. В основе этого положения лежит мнение авторов о том, что при длительно существующем перекасе и так называемой ригидности позвоночника любые изменения в нем могут вызвать нарушения существующей компенсации и развитие стойкого болевого синдрома. Возможно это так, но тогда это положение требует строгого доказательства. В свою очередь, при этом также возникает целый ряд вопросов. Полностью ли надо сохранять перекас, или все же есть компенсаторные резервы в позвоночнике? Что является критерием «стойких» изменений? Какие функциональные пробы могут дать ответ на эти вопросы, и насколько изменится результат операции при краниализации центра ротации или функциональном удлинении бедра? Если восстановить анатомию тазобедренного сустава без относительного переудлинения ноги, возможна ли компенсация позвоночника в течение 12–24 мес. при интенсивном консервативном лечении? Если применять указанные рекомендации, какое положение вертлужного компонента можно считать оптимальным с учетом сохраняющегося перекаса таза и каким образом его можно

контролировать в ходе операции? Только имея ответы на эти вопросы, можно принять приведенную графическую таблицу как алгоритм.

И все же, насколько важны положение таза и его сагиттальный баланс при эндопротезировании тазобедренного сустава? Большинство хирургов рассматривают эту проблему с точки зрения положения вертлужного компонента и профилактики вывиха в суставе [3]. Дело в том, что в случае мобильного тазово-позвоночного сочленения при переходе пациента из положения стоя в положение сидя таз ротируется кзади в среднем на 20°, увеличивая таким образом антеверсию вертлужной впадины практически на те же 20°. При развитии дегенеративных изменений в позвоночнике его мобильность резко уменьшается, поэтому увеличения антеверсии вертлужного компонента в положении пациента сидя не происходит [5], а это чревато импиджментом с передней стенкой чашки или впадины и развитием заднего вывиха бедра при определенных условиях [6].

Тем не менее, авторы подняли вопросы, имеющие большой практический интерес и нуждающиеся во всестороннем обсуждении, за что их следует поблагодарить.

Литература / References

1. Babish J.W., Layher F., Amiot L.P. The rationale for tilt-adjusted acetabular cup navigation. *J Bone Joint Surg Am.* 2008;90(2):357-365. DOI: 10.2106/JBJS.F.00628.
2. Ben-Galim P., Ben-Galim T., Rand N., Haim A., Hipp J., Dekel S., Floman Y. The effect of total hip replacement surgery on low back pain in severe osteoarthritis of the hip. *Spine.* 2007;32(19):2099-2102.
3. Buckland A.J., Vigdorichik J., Schwab F.J., Errico T.J., Lafage R., Ames C., Bess S., Smith J., Mundis G.M., Lafage V. Acetabular anteversion changes due to spinal deformity correction: bridging the gap between hip and spine surgeons. *J Bone Joint Surg Am.* 2015;97(23):1913-1920. DOI: 10.2106/JBJS.O.00276.
4. Doring J., Goudfrooij H., Keessen W., Beeker T.W., Crowe A. Toward standards for posture. Postural characteristics of the lower back system in normal and pathologic conditions. *Spine.* 1985;10(1):83-87.
5. Esposito C.I., Miller T.T., Kim H.J., Barlow B.T., Wright T.M., Padget D.E., Jerabek S.A., Mayman D.J. Does degenerative lumbar spine disease influence femoroacetabular flexion in patients undergoing total hip arthroplasty? *Clin Orthop Relat Res.* 2016;474(8):1788-1797. DOI: 10.1007/s11999-016-4787-2.
6. Gebhart J.J., Weinberg D.S., Bohl M.S., Liu R.W. Relationship between pelvic incidence and osteoarthritis of the hip. *Bone Joint Res.* 2016;5(2):66-72. DOI: 10.1302/2046-3758.52.2000552.
7. Sing D.C., Barry J.J., Aguilar T.U., Theologis A.A., Patterson J.T., Tay B.K., Vail T.P., Hansen E.N. Prior lumbar spinal arthrodesis increases risk of prosthetic-related complication in total hip arthroplasty. *J Arthroplasty.* 2016;31(9):227-232. DOI: 10.1016/j.arth.2016.02.069.
8. Suzuki H., Yutaka I., Kobayashi N., Ishida T., Ike H., Saito T. Postural and chronological change in pelvic tilt five years after total hip arthroplasty in patients with developmental dysplasia of the hip: a three-dimensional analysis. *J Arthroplasty.* 2016;31(1):317-322. DOI: 10.1016/j.arth.2015.07.026.

Р.М. Тихилов

д-р мед. наук, профессор директор ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» Минздрава России

И.И. Шубняков

канд. мед. наук главный научный сотрудник ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» Минздрава России

А.О. Денисов

канд. мед. наук ученый секретарь ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» Минздрава России

Коксо-вертебральный синдром – чрезвычайно актуальная тема в травматологии и ортопедии, поскольку одновременное существование проблем в тазобедренном суставе и позвоночнике встречается достаточно часто, и клиническая картина может носить перекрещивающийся характер. Проблему усугубляет и организационный аспект: врачи, занимающиеся хирургией тазобедренного сустава, редко практикуют операции на позвоночнике, а вертебрологи, наоборот, как правило, не занимаются эндопротезированием тазобедренного сустава.

Ввиду схожести субъективных жалоб зачастую очень сложно отличить внутрисуставную либо внесуставную патологию от дегенератив-

ного стеноза поясничного отдела позвоночника. Более того, эти состояния могут существовать одновременно, что осложняет определение преобладающего источника боли, и лишь точно определив его, можно выбрать оптимальный вид операции или последовательность операций [7].

Жалобы на боль в ягодице, бедре и/или колене вместе с хромотой или без нее весьма обычны для пациентов с дегенеративными изменениями в тазобедренном суставе и позвоночнике [16, 20, 22]. Невозможность точно определить основной источник боли приводит к неэффективному лечению и, соответственно, разочарованию пациента в возможностях медицины и появлению недоверия к врачам. Подробный структуриро-