

Coxarthrosis in young age

Kuliyev A.¹, Nabiyev E.², Bunyatov R.³ (Republic of Azerbaijan)

Коксартроз у лиц молодого возраста

Кулиев А. М.¹, Бунятов Р. Н.², Набиев Э. Г.³ (Азербайджанская Республика)

¹Кулиев Аждар Мамедкули оглы / Kuliyev Ajdar – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник;

²Набиев Этимад Гасанали оглы / Nabiyev Etimad - кандидат медицинских наук, заведующий отделом;

³Бунятов Рамиз Нурали оглы / Bunyatov Ramiz - кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, отдел детской травматологии и ортопедии НИИ травматологии и ортопедии Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики, г. Баку, Азербайджанская Республика

Аннотация: клиническое проявление деформирующего коксартроза, быстрое развитие патологического процесса в суставе и, вследствие этого, выраженное нарушение опорной и двигательной функции нижней конечности с нарастающим болевым синдромом крайне быстро приводят к инвалидизации пациента.

Abstract: clinical manifestations of deforming coxarthrosis, the rapid development of the pathological process in the joint, resulting in severe violation of the supporting and locomotor functions of the lower limbs with increasing pain very quickly lead to disability of the patient.

Ключевые слова: коксартроз, лица молодого возраста, инвалидизация пациента.

Keywords: coxarthrosis, young persons, disability of the patient.

Коксартроз по праву считается болезнью цивилизации, а его частота не имеет тенденции к снижению [7]. Им страдает не менее 25% больных с данной патологией крупных суставов. Из 2% всех пациентов ортопедического профиля каждый одиннадцатый утрачивает трудоспособность [6, 10]. Поэтому проблема восстановления полноценной функции тазобедренного сустава является достаточно актуальной в современной ортопедии.

Одной из основных причин деформирующего коксартроза у лиц молодого возраста являются различные виды травмы проксимального отдела бедренной кости [1]. При его остеосинтезе частота несращений, дефектов и ложных суставов шейки бедренной кости доходит до 1,5%, аваскулярных некрозов головки бедренной кости до 0,5-0,6% [1, 8, 17].

Второй, наиболее частой причиной дегенеративно-дистрофического поражения тазобедренного сустава у лиц молодого возраста является его врожденное недоразвитие - дисплазия [2, 4, 14].

Рентгенологическая диагностика и степень анатомических нарушений в пораженном тазобедренном суставе подробно была описана ранее [3, 9].

Иммамалиев А. С. выделяет 4 стадии деформирующего коксартроза [3].

I стадия - клиническая симптоматика выражена нерезко. При рентгенологическом исследовании - начальные признаки развития коксартроза, недоразвитость сустава, которые носят обратимый характер.

II стадия - на рентгенограммах выявляется нарушение контуров головки бедра, снижение высоты суставной щели, участки склероза крыши вертлужной впадины, костно-хрящевые разрастания.

III стадия - развиваются резкие клинические проявления. На рентгенограммах определяется практически полное отсутствие суставной щели, грубые деформации измененной головки бедренной кости, наличие в ней множественных дессиминированных кист различного размера, значительные костно-хрящевые разрастания. Прогноз при данной стадии заболевания неблагоприятный.

IV стадия - патологического процесса отмечается практически полное разрушение суставных элементов, грубейшая деформация тазобедренного сустава.

Среди внутрисуставных операций приоритетными были операции, которые производили моделирование суставных поверхностей головки бедра и вертлужной впадины специальными фрезами. [5, 6, 9]. Впервые о сочетании вне- и внутрисуставных операций при лечении поздних стадий деформирующего коксартроза было упомянуто в работах [15] и в дальнейшем, при исследовании этих операций было предложено несколько модификаций. Однако у большинства прооперированных больных отдаленные результаты были неудовлетворительными. Инвалидность со временем при корригирующей остеотомии бедра нарастала с 26% до 58%, после медиализирующей остеотомии с 54% до 81%, после артрореза - с 20% до 75%, а после декомпрессионных операций - с 23% до 54%. Поэтому поиски более эффективных вмешательств привели ортопедов к разработке и применению радикального лечения - эндопротезированию сустава. В клинике методика протезирования тазобедренного сустава имплантатами с пористым покрытием с положительным результатом начала применяться с конца 1970 годов [12, 13, 16, 18, 19]. Анализ результатов лечения показал, что, если рентгенологически отмечается вращение кости, то признаков нестабильности нет. Для вращающейся кости считается оптимальным покрытием эндопротеза микропористое с размером частиц на его поверхности от 100 до 400 мкм [11].

Таким образом, деформирующий коксартроз у лиц молодого возраста относится к наиболее тяжелым дегенеративно-дистрофическим поражениям тазобедренного сустава. Его клиническое проявление, быстрое развитие патологического процесса в суставе и, вследствие этого, выраженное нарушение опорной и двигательной функции нижней конечности с нарастающим болевым синдромом крайне быстро приводят к инвалидизации пациента.

Литература

1. *Войтович А. В.* Оперативное лечение больных с переломами проксимального отдела бедренной кости в системе медицинской реабилитации. Автореф докт. дисс., СПб, 1994. 18 с.
2. *Иммамалиев А. С., Зоря В. И., Паршиков М. В.* Отдаленные результаты лечения диспластического коксартроза // Ортопед., травматол., 1984. № 7. С. 7-11.
3. *Иммамалиев А. С., Зоря В. И., Паршиков М. В.* Рентгенологическая характеристика тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе // Ортопед., травматол., 1983. № 3. С. 9-14.
4. *Корж А. А., Тихоненков Е. С., Андрианов В. Л. и др.* Диспластический коксартроз. М.: Медицина, 1986. 208 с.
5. *Корж А. А., Кулиш Н. И., Танькут В. А.* Эволюция метода артропластики при коксартрозе // Ортопед., травматол., 1990. № 10. С. 1-7.
6. *Кулиш Н. И., Жигун А. И., Танькут В. А., Тарасенко В. И.* Коксартроз: Клиника, диагностика и лечение // Вестн. Рос. АМН,- 1992. № 5. С. 31-33.
7. *Мовшович И. А.* Принципы эндопротезирования суставов и костей. // Ортопед., травматол. и протезир., 1991. № 12. Стр. 34-38.
8. *Неверов В. А., Закари С. М.* Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава. СПб., 1997.
9. *Паршиков М. В.* Оперативное лечение диспластического коксартроза II-III стадии у взрослых: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1987. 23 с.
10. *Танькут В. А., Буракова Л. Г., Мезенцева Р. М.* Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе // Ортопед., травматол., 1998. № 3. С. 118-119.
11. *Холодаев М. Ю.* Биологическая фиксация эндопротеза при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава. Авт. дисс. канд. мед. наук. М., 2007. 19 с.
12. *Emerson R. H. et al.* Effect of circumferential plasma-spray porous coating on the rate of femoral osteolysis after total hip arthroplasty. // J. Bone Joint Surg., 1999. V. 81. P. 1291-1298.
13. *Engh C. A. et al.* Long-term results using the anatomic medullary locking hip prosthesis. // J. Clin. Orthop., 2001. V. 393. P. 137-146.
14. *Jasty M., Devon D. Goetz, M. D., Charles R., Bragdon B. S. et al.* Wear of polyethylene acetabular components in total hip arthroplasty. An analysis of the 128-components retrieved at autopsy or revision operations. // J. JBJS., 1997 V. 79 P. 349-358.
15. *Milch H.* The resection-angulation operation for arthritis and ankylosis of the hip // J. Intern. Coll. Surg. 1950. Vol. 13. Pp.750-756.
16. *McMinn G. J.* Hip replacement in C.D.H. // J. Bone Jt. Surg., 1996. V.78-B, Suppl. II.-P. 102.
17. *Parker M. G., Radin E. L.* The effect of a "Hanging hip" procedure in promoting the generation of functional articulating surfaces // Acta orthop.belg., 1997. Vol. 44. № 1. Pp. 132-139.
18. *Pillar R. M., Lee J. M., Maniopoulos C.* Observations on the effect of movement on bone ingrowths into porous-surfaced implants. // J. Clin. Orthop., 1998, V. 208. P. 108-113.
19. *Sakalkale D. P., Egn K. M. S, Hozack W. J. et al.* Minimum 10 year results of a tapered cementless hip replacement. // Clin Orthop Relat Res., 1999 May; (362):138-144.