

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
БИШКЕКСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ**

**Диссертационный совет К.14.08.373**

На правах рукописи  
УДК 616.728.2- 001+616-089.28

**КАЗАКОВ СОВЕТБЕК КУМУШБЕКОВИЧ**

**ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ  
И ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

14.00.22 – травматология и ортопедия

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Бишкек-2008**

### ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** Одним из приоритетных направлений современной медицины является улучшение качества жизни больных, за счет снижения инвалидности. Известно, что патология тазобедренного сустава подразумевает ряд заболеваний как врожденного, так и приобретенного характера. В связи с этим важным аспектом ортопедии является разработка и внедрение в практику высокоинформативных методов ранней диагностики и современных способов оперативного лечения патологии суставов. Наиболее актуальной проблемой восстановительной хирургии опорно-двигательного аппарата является восстановление безболезненной подвижности суставов и опорной функции конечности (Шапошников Ю.Г., 1997; Загородний Н.В., 2000, 2002, 2005; Девятова М.В., 2006).

Хирургическое лечение заболеваний и повреждений тазобедренного сустава на протяжении длительного времени развивалось эмпирически, зачастую интуитивно проводились те или иные оперативные вмешательства, которые были далеки от совершенства и не приносили должного положительного результата. Все операции на проксимальном отделе бедра, а именно на тазобедренном суставе, в настоящее время можно разделить на следующие группы: корригирующие, декомпрессивные, мобилизующие, костно-пластические, стабилизирующие (артродез), паллиативные (операция Фосса) и денервирующие (Акрамов И.Ш. с соавт., 1995; Барабаш А.П. с соавт., 1995). Несмотря на существование множества методик и способов операций, многие из них не отвечают требованиям сегодняшнего дня. После проводимых реконструктивно-восстановительных операции при патологии тазобедренного сустава, остается довольно высокий процент неудовлетворительных результатов. Так, Танькут В.А. и Кулиш Н.И. (1991) из 846 реконструктивно-восстановительных операций на тазобедренном суставе в 48% случаев через 8-10 лет выявили неудовлетворительные результаты. Результаты хирургического лечения переломов шейки бедра согласно данным как отечественных, так и зарубежных авторов также далеки от совершенства. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения переломов шейки бедра (Загородний Н.В., 2002) проявляются в виде формирования ложных суставов, развитие асептического некроза головки бедра, перелом пластины фиксаторов, пенетрацией последних в полость малого таза. Анализируя отечественные и зарубежные литературные данные по результатам оперативных вмешательств при заболеваниях тазобедренного сустава можно сделать вывод, что практически все виды костно-пластических и корригирующих операций имеют короткий «светлый промежуток» положительного исхода и носят паллиативный характер, после чего неизбежно наступает прогрессирование па-

Работа выполнена в Бишкекском научно-исследовательском центре травматологии и ортопедии

**Научный руководитель:** член-корреспондент НАН КР,  
доктор медицинских наук, профессор  
Джумабеков Сабырбек Артисбекович

**Официальные оппоненты:** член-корреспондент АМН РК,  
доктор медицинских наук,  
профессор Абдуразаков  
Уразбай Абдуразакович (г. Алма-Ата)

доктор медицинских наук,  
профессор Прохоренко  
Валерий Михайлович (г. Новосибирск)

**Ведущая организация:** Российский университет  
Дружбы народов (г. Москва)

Защита диссертации состоится «23» сентября 2009 года в 14 часов на заседании диссертационного совета К.14.08.373 при Бишкекском научно-исследовательском центре травматологии и ортопедии (720027, г. Бишкек, ул. Кривоносова 206).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии (720027, г. Бишкек, ул. Кривоносова 206).

Автореферат разослан «10» февраля 2008 года.

Ученый секретарь  
диссертационного совета  
кандидат медицинских наук



Анаркулов Б.С.

тологического процесса в суставе. Это в свою очередь требует повторного оперативного вмешательства, выполнение которого часто затруднено из-за предыдущих операций.

По данным Лирцман В.М. с соавт. (1990), Неверов В.А. (1990), Иванов В.М. (1994) процент неудовлетворительных результатов составляет от 28 до 60%. Неудовлетворенность результатами паллиативных операций при патологии тазобедренного сустава побудила многих ортопедов к изысканию новых оперативных методик, которые обеспечили бы стабильность, безболезненность, а также подвижность суставов, т. е. более радикального метода лечения - эндопротезирования тазобедренного сустава. В настоящее время в мире насчитываются более 60 видов эндопротезов тазобедренного сустава и поток новых разработок не останавливается (Корнилов Н.В., 1996; Загородний Н.В., 1998, 2000, 2002). Количество положительных результатов в сроки с момента операции до 10 лет после операции составляют 95-97%, от 10 до 15 лет-90-95%, 15-20 и более лет- 85% случаев эндопротезирования (Campbell P. et al., 1992). После 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. Анализ литературы последних лет показывает, что многие неудачи и осложнения при эндопротезировании тазобедренного сустава связаны с нечетким определением показаний и противопоказаний к операции, неудачным методом подбора эндопротеза и методом его фиксации (Булибина Т.И., 2006, Девятова М.В., 2006).

**Цель исследования.** Улучшение результатов оперативного лечения больных с заболеваниями и повреждениями тазобедренного сустава.

#### **Задачи исследования:**

1. Провести сравнительный анализ собственных клинических и функциональных результатов эндопротезирования в зависимости от патологических изменений тазобедренного сустава.
2. Изучить факторы, влияющие на результативность исходов эндопротезирования.
3. Изучить ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения больных после тотального эндопротезирования.
4. Провести анализ ошибок и осложнений после эндопротезирования.

#### **Научная новизна работы:**

1. Разработано устройство для снижения травматичности операции при обработке вертлужной впадины (подана заявка в Кыргызпатент №2202 от 14.11.08).

2. С целью профилактики нагноительных процессов предложен способ дренирования подкожно-жирового слоя (рационализаторское предложение №34\08 от 10.10.2008 года).

3. Для введения костного цемента в костномозговой канал предложен вакуум-эффект усиливающий прочность крепления ножки эндопротеза (рационализаторское предложение № 35/08 от 10.10.2008 года).

#### **Практическая значимость полученных результатов:**

1. Применение предложенных способов (рационализаторское предложение № 34/08 и 35/08) значительно улучшит ближайшие и отдаленные результаты тотального эндопротезирования при повреждениях и заболеваниях тазобедренного сустава.

2. Предложенное новое устройство (подана заявка в Кыргызпатент №2202 от 14.11.08) значительно снижает травматичность операции, соответственно уменьшает послеоперационные осложнения.

#### **Экономическая значимость полученных результатов.**

1. Снижение числа неудовлетворительных результатов лечения патологии тазобедренного сустава методом эндопротезирования, соответственно снижение уровня инвалидизации больных.

2. Эндопротезирование тазобедренного сустава является радикальным методом лечения патологии суставов сравнительно с традиционными, что значительно сокращает длительность и кратность стационарного лечения с экономией времени и материальных средств пациентов.

3. Эффективная медико-социальная реабилитация больных с патологией тазобедренных суставов будет способствовать уменьшению дней нетрудоспособности.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. При лечении тяжелых поражений тазобедренного сустава различного генеза, эндопротезирование на сегодняшний день является оптимальным методом выбора.

2. Тотальное эндопротезирование является наиболее функционально выгодным оперативным вмешательством при заболеваниях и повреждениях тазобедренного сустава.

3. Результаты тотального эндопротезирования зависят от характера, степени и времени патологических изменений тазобедренного сустава.

4. Применение алгоритмов подготовки, проведения операции эндопротезирования тазобедренного сустава и послеоперационной реабилитации, способствует снижению количества осложнений.

**Личный вклад соискателя.** Личное участие соискателя охватывает участие во внедрение метода эндопротезирования в клиническую практику в ортопедических отделениях БНИЦТО. Автором лично проведено на-

копление и обработка клинического материала, соавторство двух рационализаторских предложений за № 34/08, № 35/08 и 1 изобретения (подана заявка в Кыргызпатент №2202 от 14.11.08).

**Апробация результатов исследования.** Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены; на I съезде травматологов и ортопедов Кыргызстана (с.Бостери, 2006); международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии на современном этапе» (г.Алма-Ата, 2007); 59 международном конгрессе Ассоциации ортопедов Египта (г.Каир, 2007); совместном заседании сотрудников кафедры травматологии, ортопедии и ЭХ КГМА и БНИЦТО (г.Бишкек, 2008); международной научно-практической конференции «Перспективы развития научно-инновационной деятельности» (г.Бишкек, 2008).

**Внедрение результатов исследования.** Результаты исследования внедрены в клиническую практику Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии.

**Публикации по теме диссертации.** По материалам диссертации опубликовано 6 научных работ, получены удостоверения на два рационализаторских предложения за № 34/08, № 35/08(от 10.10.08).

**Структура и объём диссертации.** Материалы диссертации изложены на 120 страницах электронного набора шрифтом Times New Roman, Кириллица (размер 14, интервал 1,5). Работа состоит из введения, 4-х глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Диссертация иллюстрирована 14 таблицами и 51 рисунком. Библиография включает 207 источников, из них 111 – отечественных авторов и авторов стран ближнего зарубежья, 96 – авторов дальнего зарубежья.

Статистическая обработка полученных материалов проведена по методу Фишера-Стьюдента, доработанная Ойвином.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материал и методы исследования.** Работа основана на клиническом материале 179 больных с различной патологией тазобедренного сустава, находившихся на оперативном лечении в БНИЦТО в отделении патологии суставов с 2004 по 2007 годы. Для решения поставленных в данной работе задач, мы использовали анамнестический, клинический, функциональный, лучевой, и лабораторный методы исследования. Из представленной табл.1 видно, что из общего числа наблюдений мужчин было 78 человек(43,6 %) и женщин - 101 человек (56,4 %). Самому молодому пациенту было 19 лет, самому пожилому – 86 лет. Средний возраст обследуемых

составил – 52,5 лет. Среди обследуемых преобладали лица женского пола - 101 человек. Изолированные правосторонние поражения тазобедренного сустава наблюдались у 92 человек, левостороннее - у 76 человек и двухстороннее - у 11 человек.

Таблица 1

Возрастная и половая характеристика больных

Пол	Возраст больных (в годах)							Всего	
	До 21	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Старше 70	Абс.	%
Муж.	5	4	15	22	16	12	4	78	43.6
Жен.	6	17	13	18	19	17	11	101	56.4
Итого	11	21	28	40	35	29	15	179	100

Все больные были распределены на 4 нозологические группы. Как видно из табл. 2 среди всех пациентов преобладали больные с коксартрозом - 51 человек, на втором месте отмечены пациенты с асептическим некрозом головки бедренной кости (АНГБ) - 47 и далее, соответственно больные с дисплазией - 42 и с переломом шейки бедренной кости - 39 человек.

Таблица 2

Распределение больных по нозологическим группам

Нозология	Количество	%
Коксартроз	51	28,5
АНГБК	47	26,2
Дисплазия	42	23,5
Перелом шейки бедренной кости	39	21,8
Итого	179	100

Из числа обследованных подавляющее большинство пациентов - 126 человек (70,3%) отметили боли в тазобедренном суставе различной интенсивности и продолжительности, прогрессирующее укорочение конечности, хромоту, появление сгибательно-приводящей контрактуры. У 53 женщин (29,6%) вышеуказанные жалобы появились после вторых родов. Большинство обследуемых мужчин (53 человек) и ряд женщин (21 больная) появление болей связывают с тяжелыми физическими нагрузками, профессиональными занятиями спортом, продолжительным пребыванием на ногах. До поступления в Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии большинству больных проводилось многократное комплексное консервативное стационарное и амбулаторное лечение по месту жительства, включавшее в себя витаминотерапию, применение сосудистых препаратов, физиотерапевтическое лечение, курсы лечебной физкультуры, массажа, санаторно-курортного лечения. Эффек-

тивность консервативной терапии была незначительной и непродолжительной, или отсутствовала совсем и через некоторое время боли в тазобедренных суставах появлялись вновь и, как правило, усиливались.

Для обследования больных, нами была взята за основу методика по Harris (1969), позволяющая чётко установить тяжесть нарушений опорной и двигательной функции тазобедренного сустава. По этой методике оценивается степень выраженности болевого синдрома, патологические установки конечности, виды укорочения, амплитуда движений в поражённом суставе, уровень самообслуживания и качество жизни. Производиться опрос пациентов согласно опроснику, после этого показатели суммируются, и производится общая оценка состояния тазобедренного сустава - отличное (90-100 баллов), хорошее (80-89 баллов), удовлетворительное (70-79 баллов), неудовлетворительное (менее 70 баллов).

Анализ полученных до операции клинических результатов у 179 больных показал, что большинства пациентов страдали патологией тазобедренного сустава на протяжении длительного времени в пределах 8-14 лет. Исследования опорной и двигательной функции тазобедренного сустава, а также определения качества жизни, проводимая по методике Harris выявили низкий уровень баллов во всех 4 нозологических группах, так при коксартрозе средняя величина оценочных баллов составила 38, при АНГБ этот показатель не превышал 36 баллов, дисплазия- 34, перелом шейки бедренной кости- 32 баллов. При общей оценке баллов во всех нозологических группах состояния тазобедренного сустава трактовалось как неудовлетворительное. Данная категория больных неоднократно получала курсы консервативного лечения на протяжении длительного времени и, как правило, отмечало временный непродолжительный эффект, что в конечном итоге явилось причиной обращения за оперативным вмешательством.

Проведенные рентгенологические, а также компьютерно-томографические исследования позволили нам предварительно наметить план оперативного вмешательства, провести подбор эндопротезов с учетом имеющихся патологических изменений. При анализе полученных до оперативных рентгенограмм и КТ-изображений тазобедренных суставов нами всех случаев выявлены тяжелые патологические изменения тазобедренных суставов. Во многих случаях патологические изменения соответствовали последним стадиям заболеваний, что явилось основанием для радикального лечения данных больных методом эндопротезирования.

На основании данных клинического исследования, лучевой диагностики и биомеханических исследований, показаниями к операции служили:

-деформирующий коксартроз 3-й стадии с выраженными дегенеративно-дистрофическими изменениями головки бедра и вертлужной впадины, с длительным некупирующимся болевым синдромом;

-двусторонний, односторонний диспластический коксартроз 3-й стадии с наличием дегенеративно-дистрофических изменений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и наличием стойких контрактур тазобедренных суставов;

-асептический некроз головки бедренной кости с резко выраженным кистозным изменением сочленяющихся поверхностей тазобедренного сустава, с наличием дегенеративно-дистрофических изменений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, стойких контрактур поражённого сустава и некупирующимся болевым синдромом.

- переломы, ложные суставы шейки бедренной кости с выраженными изменениями со стороны головки бедра и вертлужной впадины, с некупирующимся болевым синдромом.

Минимальный предоперационный койко-день составил 4 дня, максимальный - 18 суток. Средний предоперационный койко-день составил 7,4 дня. С целью профилактики тромбоэмболии у больных с варикозным расширением вен назначались антикоагулянты, накладывали эластичный бинт на конечность.

При планировании предстоящего оперативного вмешательства необходимо было прежде всего, определить тип фиксации эндопротеза, вид и размер вертлужного и бедренного компонента, длину шейки и размер головки, а также возможную необходимость применения дополнительных фиксаторов (проволочные серкляжи, кольца из металла) в случае возникновения внештатных ситуаций.

Для подбора типоразмера эндопротеза определяли ширину костномозгового канала бедренной кости, что производилось в наиболее узком месте костномозгового канала на протяжении предполагаемого бедренного компонента путем сравнения измеренной величины с показаниями линейки по рентгенограммам в задней и боковой проекциях, а также степень кривизны бедренной кости (по методике Кобба). Операцию тотального эндопротезирования тазобедренного сустава осуществляли переднебоковым доступом, основные требования, к которым были определены Загородним Н.В. (1998) и заключались в следующем:

- в максимальном открытии раны при минимальном повреждении мягких тканей; минимальной травматизации области большого вертела и минимальном скелетировании мягких тканей;

- возможностью расширения доступа с переходом его в латеральный в случае необходимости приближения к другим отделам таза или бедра;

- исключения возможности повреждения крупных сосудов и нервных стволов;
- возможности свободного манипулирования проксимальным концом бедренной кости в ране;
- тщательном восстановлении целостности мягких тканей после завершения установки компонентов эндопротеза;
- сокращении продолжительности операции имплантации тотального эндопротеза во времени;
- достижении хорошей стабильности сустава.

Все оперативные вмешательства по поводу эндопротезирования тазобедренного сустава проводились под спинномозговой анестезией (СМА) либо эндотрахеальным наркозом.

Оперативное вмешательство состояло из трех основных этапов.

1. подготовка бедренного компонента;
2. подготовка вертлужного компонента;
3. имплантация эндопротеза.

У всех пациентов применялся переднелатеральный доступ по Хардингу. В области большого вертела распатором субperiостально отделяют мягкие ткани от передней половины вертела и далее тупым образом разъединяют *m. gluteus medius* на уровне ее передней и средней трети. При отведении такого единого комплекса кпереди и наружной ротации бедра обнажается капсула сустава, которая иссекается с целью вывихивания в рану головки бедренной кости. С помощью специального шаблона намечалась линия резекции шейки. Резекцию шейки бедренной кости осуществляли осциляторной пилой. Резецированную головку бедренной кости удаляли из раны, тщательно осматривали, оценивали ее форму и состояние хрящевого покрова и хранили до окончания операции (для возможной пластики крыши или дна вертлужной впадины). Специальным подъемником, подведенным под большой вертел, головка бедра вывихивалась в рану. Разработка канала проводилась развертками и рашпилями, начиная с малой величины с постепенным их увеличением до величины, запланированной перед операцией. После обработки и формирования бедренного канала на дно его устанавливалась костная пробка, приготовленная из резецированной головки, на 1,5 - 2 см ниже конца эндопротеза. В подготовленный канал вводилась тестовая ножка эндопротеза и тестовая головка. Проверялись стабильность бедра путем его пробных тракционных движений, амплитуды сгибания, разгибания, отведения и ротационных движений. При подготовке вертлужного компонента, иссекаются мягкие ткани по периметру впадины, остатки круглой связки со дна впадины. При этом используются специальные элеваторы для вертлужной впадины. именуе-

мые «коброй», но так как у «кобры» малая рабочая поверхность, нами разработан собственный инструмент для этих целей (подана заявка в Кыргызпатент). Данный инструмент имеет два фиксирующих крючка и большую рабочую поверхность, что в значительной степени облегчает работу при обработке вертлужного компонента (рис.1).

Далее долотом сбиваются остеофиты, расположенные вокруг вертлужной впадины. Затем фрезами, начиная с малого диаметра (44 мм), производили разработку впадины под углом наклона 45° к плоскости стола до субхондральной костной пластинки, не обнажая губчатую кость впадины. После этого, в случае использования эндопротеза с цементной фиксацией, в стенках впадины формируются анкерные отверстия в количестве 3-4, глубиной 8 - 10 мм и диаметром 4 -6 мм с помощью анкерного сверла. Затем используется шаблон вертлужного компонента для тестовой установки с правильной его ориентацией.

Далее установочным инструментом производилась установка полиэтиленовой чашки с наклоном к горизонтальной плоскости под углом 45° и в положении антеверсии на 10°. Затем установочный инструмент удалялся и импактором чашка удерживалась до окончания процесса полимеризации костного цемента, остатки которого тщательно удалялись по периметру. После удаления импактора чашка укрывалась стерильными салфетками.

При подготовке бедренного канала к введению костного цемента пульсирующим промыванием физиологическим раствором из канала удаляли остатки костной стружки и сгустки крови. В канал помещали полиэтиленовую трубку, подключенную к отсосу (рационализаторское предложение №35/08 от 10.10.2008 года). С помощью данной разработки проводилось более эффективное удаление остатков крови, костного детрита из костномозгового канала бедренной кости и введение костного цемента (рис. 2). После введения цемента полиэтиленовая трубка удалялась, костный цемент уплотнялся.

После окончания процесса полимеризации костного цемента на шейку ножки эндопротеза одевалась вновь тестовая головка среднего размера. Вновь проверялись все виды движений в суставе, стабильность эндопротеза и длина конечности. При удовлетворительной функции, тестовую головку удаляли, заменяли истинной головкой аналогичного размера и вправляли в вертлужной компонент эндопротеза. Еще раз проверяли движения в суставе. Как правило, под шейку эндопротеза устанавливался полиэтиленовый дренаж с выводом его на поверхность бедра через отдельный разрез. В подкожной жировой клетчатке, с целью полной эвакуации остатков крови и тканевого секрета для оптимального заживления по-

слеоперационной раны на всем ее протяжении оставлялся полиэтиленовый желобчатый дренаж с просветом 4 миллиметра (рационализаторское предложение № 34/08 от 10.10.2008 года) на 24 часа (рис. 3).

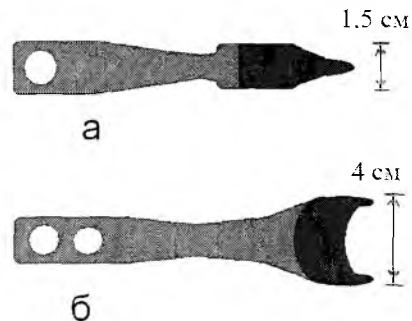


Рис. 1 Существующий (а) и новый элеватор (б).

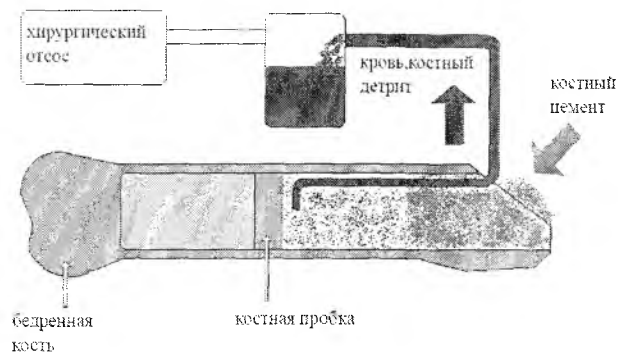


Рис.2 Способ применения вакуум-эффекта для введения костного цемента

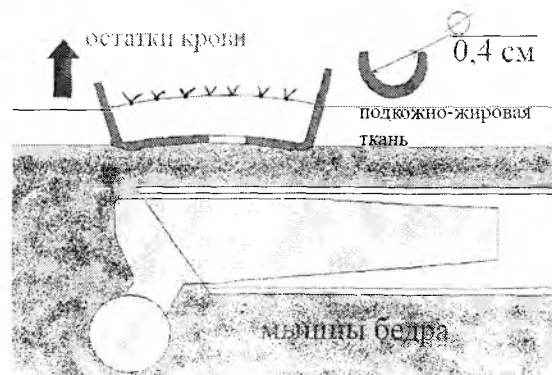


Рис. 3 Дренажирование подкожно-жировой клетчатки для удаления остатков крови

Сразу после операции пациента укладывали на спину с разведёнными и полусогнутыми в коленных суставах ногами, избегая избыточной внутренней ротации.

С целью предупреждения нагноения мягких тканей, продолжали начатую за 30 минут до операции антибиотикопрофилактику препаратами широкого спектра действия в среднетерапевтических дозах в течение 2-3 дней.

Упражнения в сроки от 5-го до 7-го дня, характеризующиеся острым воспалением тканей в области операции и выраженным болевым синдромом, проводили в шадящем режиме. Их задачей являлась профилактика послеоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, гипостатических осложнений, в том числе пролежней. В этот период больные обучались поворачиваться на бок, садиться в постели, свешивая ноги, ходить с костылями.

**Результаты собственных исследований.** Из общего числа прооперированных больных результаты лечения прослежены у 164 (91,6%) от 6 месяцев до 4-х лет. Оставшиеся больные на осмотр после проведения операции не явились, т.к. некоторые из них являлись жителями ближнего зарубежья, а некоторые пациенты сменили место жительства. Результаты лечения оценивали по клиническим и рентгенологическим критериям и констатировали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

При анализе больных с отличными отдаленными достигнутыми результатами, установлено, что большинство из них было в группе больных с АНГБК и коксартрозами, на таблице 3 показан средний балл оценки тазобедренного сустава по методике Harris в сравнительном аспекте до и после эндопротезирования.

Таблица 3

Оценка состояния тазобедренного сустава у пациентов по шкале Harris до и после эндопротезирования (средние величины)

Нозология	Баллы (до операции)	Баллы (после операции)
Коксартроз	38	92
АНГБК	36	90
Дисплазия	34	82
Перелом шейки бедра	32	80

Нами выявлены высокие уровни средних баллов во всех 4 нозологических группах, так при коксартрозе средняя величина оценочных баллов составила - 92, при АНГБ этот показатель был не ниже 90 баллов, при

дисплазии - 82, а при переломах шейки бедренной кости - 80 баллов. При анализе больных с хорошими отдаленными результатами, установлено примерное равенство численности больных во всех четырех группах. Причем это соотношение сохранялось при наблюдении в динамике. Также здесь следует указать, что при первом контрольном наблюдении через 6 месяцев с момента операции хорошие результаты отмечены только у больных, прооперированных в группах с АНГБК и коксартрозами. Во время второго осмотра, через год после операции, к хорошим результатам были отнесены больные, прооперированные с переломами шейки бедра и дисплазии. Таких больных было 9 человек. Больные, которым применялась установка укрепляющего кольца и цементной чашки эндопротеза, достигали хороших клинических и функциональных результатов не ранее чем 1-2 года с момента операции.

Это обстоятельство объясняется большей травматичностью и тяжестью операции, более длительными реабилитационными мероприятиями, общими реакциями организма на имплантат. Неудовлетворительные результаты отмечены у больных, у которых на различных сроках динамического послеоперационного наблюдения развились явления асептической нестабильности компонентов эндопротеза в 8-и случаях. Глубокое нагноение в позднем послеоперационном периоде, приведшее к удалению эндопротеза было диагностировано у 1 пациента. Результаты эндопротезирования показаны в таблице 4.

Таблица 4

Результаты эндопротезирования больных с патологией тазобедренного сустава

Результат	Хороший результат	Удовл. результат	Неудовл. результат	Количество больных
Нозология				
Коксартроз	38(86,3%)	5(11,4%)	1(2,3%)	44(100%)
АНГБК	38(84,5%)	6(13,3%)	1(2,2%)	45(100%)
Диспластический коксартроз	29(76,2%)	6(15,9%)	3(7,9%)	38(100%)
Перелом шейки бедренной кости	28(75,7%)	5(13,5%)	4(10,8%)	37(100%)
Итого	133(81,1%)	22(13,4)	9(5,5%)	164(100%)

Положительный результат эндопротезирования достигнут у больных с АНГБК в 97,8 % случаях, при коксартрозах - 97,7 %, при дисплазиях этот показатель составил 92,1 % и при переломах шейки бедренной кости - 89,2%.

## ВЫВОДЫ

1. Сравнительный анализ полученных результатов эндопротезирования показал, что при асептическом некрозе головки бедра и коксартрозах восстановление мышечной силы и ходьбы, а также подвижности в новом суставе происходит быстрее, чем при переломах и диспластических коксартрозах.

2. Результативность исходов эндопротезирования зависит от технически правильно проведенной операции, состояния костной ткани, возраста больных и характера патологических изменений тазобедренного сустава.

3. Ближайшие и отдаленные результаты отслежены у 164 человек, хорошие и удовлетворительные результаты получены у 94,5 % больных, неудовлетворительные составили 5,5 %.

4. Наиболее грозным и тяжелым осложнением эндопротезирования является гнойное воспаление оперированного сустава в позднем послеоперационном периоде.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Применение предложенных устройств и способов дренирования операционной раны будут способствовать снижению числа осложнений и неудовлетворительных исходов.

2. При выполнении эндопротезирования тазобедренного сустава следует руководствоваться показаниями и противопоказаниями к операции, при этом учитывать возраст пациентов, характер патологии, а также двигательные возможности пациента.

3. В послеоперационном периоде необходимо на ранних этапах соблюдать двигательный режим, проводить адекватную реабилитацию, а также своевременно осуществлять профилактику хронических общесоматических заболеваний.

## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ ТРУДОВ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Современные подходы лечения повреждений и заболеваний тазобедренного сустава. // В сб.; Проблемы эхинококкоза в Кыргызстане. – Бишкек, 2002. – С.112-114. (соавт. Джумабеков С.А., Абакиров М.Д.)

2. Тотальное замещение тазобедренного сустава // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Эндохирургические методы в травматологии и ортопедии» - Бухара, 2006. – С. 9-10. (соавт.: Джумабеков С.А., Калчаев Б.Н., Рахматов Б.А., Асамидинов М.Н.)

3. Предварительная оценка опыта тотального замещения тазобедренного сустава эндопротезом фирмы «ЭСИ» // Статьи/тезисы I съезда



травматологов-ортопедов Кыргызстана / Центрально-Азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2006. – Том XII, прил. III. – С.102-104 (соавт.: Джумабеков С.А., Калчаев Б.Н., Рахматов Б.А., Кулуев Т.М., Асамидинов М.Н.).

4. Результаты эндопротезирования тазобедренного сустава в Кыргызской Республике // Травматология жене ортопедия. – Астана, 2007. – Том II, прил. II. – С. 59-62 (соавт.: Джумабеков С.А., Калчаев Б.Н., Рахматов Б.А., Асамидинов М.Н.).

5. Лечение переломов шейки бедренной кости на современном этапе // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2008. – Том XIV, № 5. – С.431- 432 (соавт.: Джумабеков С.А., Калчаев Б.Н.).

6. Эндопротезирование при заболеваниях и повреждениях тазобедренного сустава с оценкой качества жизни. // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2008. -Том XIV, № 6. – С.493 - 495.

**Казаков Советбек Күмүшбековичтин 14.00.22 – травматология жана ортопедия адистиги боюнча медицина илиминин кандидаты илимий даражасына талапкерликке «Жамбаш жана кашка жиликтин ашташындагы ооруларында жана жаракаттанышында тоталдык эндопротездөө» темасына жазылган диссертациялык ишине**

#### **КОРУТУНДУ**

**Негизги сөздөр:** Эндопротез, коксартроз, кашка жилик сөөгүнүн моюнунун сынышы, кашка жилик сөөгүнүн башынын асептикалык некрозу, дисплазия.

**Изилдөө объектиси:** Жамбаш жана кашка жилик ашташынын оорулары жана жаракаты менен ооруган 179 оорулуу.

**Изилдөөнүн максаты:** Жамбаш жана кашка жилик ашташынын ооруларын жана жаракатын операциялап дарылоодогу натыйжалардын оңолушу.

**Изилдөө ыкмалары:** Клиникалык, рентгенологиялык, статистикалык.

**Алынган натыйжалар жана алардын жанылыгы:** Сунуш кылынган ыкмаларды жана жолдорду колдонуу менен жамбаш жана кашка жилик ашташынын оорулары жана жаракаты менен ооруган оорулууларды дарылоодогу натыйжалардын анализи 93.7 % окуяда жакшы натыйжага жетишилди. Иштеп чыгылган жана клиникалык практикада колдонууга киргизилген жаңы аспап (элеватор) кашка жиликтин жамбаш менен бирикчү чуңкуруна иштөө берип жаткан кезде операциянын травмалуулугун бир топ төмөндөтүүгө мүмкүндүк берет,

сунуш кылынган тери астындагы май катмарларын дренаждоо ыкмасы операциядан кийинки кездеги ириңдөө процессин төмөндөтүүгө мүмкүндүк берет, иштеп чыгылган кашка жилик каналына сөөк цементин жиберүү ыкмасы эндопротездин учтарынын катуу бекемделишин жакшыртат. Операциядан кийинки реабилитациялык чаралардын жыйындысын колдонуу учурунда жамбаш жана кашка жилик ашташынын оорулары жана жаракаты менен ооруган оорулууларды дарылоо натыйжасын бир топ жакшыртат.

**Библиография:** Иш 14 таблица жана 51 сүрөт менен жабдылган, 207 маалымат булактарын камтыйт.

#### **РЕЗЮМЕ**

**диссертационной работы Казакова Советбек Кумушбековича на тему: «Тотальное эндопротезирование при заболеваниях и повреждениях тазобедренного сустава» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.22- травматология и ортопедия.**

**Ключевые слова:** эндопротез, коксартроз, перелом шейки бедра, асептический некроз головки бедра, дисплазия.

**Объект исследования:** 179 больных с заболеваниями и повреждениями тазобедренного сустава.

**Цель исследования:** улучшение результатов оперативного лечения больных с заболеваниями и повреждениями тазобедренного сустава.

**Методы исследования:** клинический, лучевой, статистический.

**Полученные результаты и их новизна:** разработанный и внедренный в клиническую практику инструмент (элеватор) позволяет значительно снизить травматичность операции во время обработки вертлужной впадины, предложенный способ дренирования подкожно-жирового слоя позволяет снизить нагноительные процессы в послеоперационном периоде, разработанный способ введения костного цемента в бедренный канал улучшает прочность крепления ножки эндопротеза. Анализ результатов лечения больных с заболеваниями и повреждениями тазобедренного сустава с использованием предложенных методов и способов позволил получить положительные результаты в 93.7 % случаев. Применение комплекса послеоперационных реабилитационных мероприятий значительно улучшает результаты лечения у больных при заболеваниях и повреждениях тазобедренного сустава.

**Библиография:** Работа иллюстрирована 14 таблицами и 51 рисунками, включает 207 источников.

**RESUME**

**Thesis work of Kazakov Sovetbek Kumushbekovich on the theme “Total hip replacement in case of diseases and injuries” for Candidate of Medicine Degree on the speciality 14.00.22- Traumatology and Orthopedics.**

**Content words:** endoprosthesis, coxarthrosis, subcapital fracture, quiet hip disease, dysplasia.

**Object of the research:** 179 patients having diseases and injuries of hip joint.

**Purpose of the research:** improvement of surgical treatment results of patients having diseases and injuries of hip joint.

**Methods of the research:** clinical, roentgenological and statistical.

**Obtained results and their novelty:** Analysis of results of patients' treatment having diseases and injuries of hip joint using applied methods and technique made it possible to get positive results in 93.7 % of cases. New instrument (elevator) that was developed and implemented in clinical practice enables to lower injury of operation under acetabulum debridement. Offered method of subcutaneous fat drainage makes it possible to lower suppurative processes in post operative period. Developed method of bone cement introduction into femoral canal makes better stem of joint holding power. Complex of post operative rehabilitation measures rather improve results of patients' treatment under diseases and injuries of hip joint

**Bibliography:** Thesis work is illustrated by 14 tables and 51 pictures, includes 207 sources among them.