

## ХИРУРГИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

Поливода А. Н., Чатковский А. Л.

Областная клиническая больница, Областной клинический медицинский центр, г. Одесса, Украина.

**Вступление.** Двустороннее поражение тазобедренных суставов является одной из наиболее тяжелых и сложных патологий опорнодвигательного аппарата. За последнее время накопился достаточный положительный опыт применения тотального эндопротезирования в лечении данной группы больных. Вместе с тем, дискуссионными остаются такие вопросы, как условия компенсации позвоночно-тазового дисбаланса мышечной кинематической цепи, последовательность хирургического и восстановительного лечения, а также выбор рациональной схемы реабилитации.

**Цель работы** – разработать алгоритм хирургических и реабилитационных подходов у больных при двустороннем эндопротезировании тазобедренных суставов.

**Материал и методы.** За период 2008-2015г.г. у нас на лечении находилось 276 больных с двусторонним поражением тазобедренных суставов. Соотношение мужчин и женщин составило 1:2. Средний возраст пациентов был 58,5 года. Показаниями к замене обоих суставов были выраженные болевой синдром и функциональные нарушения при: идиопатическом коксартрозе 93(33,7%), диспластическом коксартрозе 67 (24,3%), асептическом некрозе головки бедренной кости 53 (19,2%), ревматоидном артрите 19 (6,9%), других системных заболеваниях 5 (1,8%), последствия травмы суставов 39(14,1%). Тотальное цементное эндопротезирование выполнено у 108 пациентов (39,1%), бесцементное у 159 (57,6%). В остальных 9 случаях (3,3%) применен гибридный тип фиксации компонентов. Обследование включало стандартные лабораторно-инструментальные и клиничко-рентгенологические методы. Оценка отдаленных результатов проводилась с помощью шкал Дабиньи-Постель (D'Aubigne-Postel) и Харриса (Harris) в сроки от года до 5 лет.

**Результаты.** При планировании оперативного вмешательства решались следующие вопросы: необходимость и возможность одномоментной операции, очередность суставов при двухэтапном лечении, интервал между операциями, тип фиксации, реабилитационная программа. Одномоментная операция выполнена пяти пациентам. При выполнении вмешательства в два этапа средний интервал между операциями составил 6,5 месяцев. Увеличение сроков между операциями приводит к повышенному износу эндопротеза. Первым оперировали наиболее скомпрометированный сустав, который, как правило, имел и худшие клиничко-рентгенологические показатели. В большинстве остальных случаев применено бесцементное эндопротезирование. У пожилых больных и пациентов с системными заболеваниями предпочтение отдаем цементным методикам эндопротезирования, что обусловлено остеопорозом и необходимостью быстрой послеоперационной мобилизации. Послеоперационная реабилитация напрямую связана со способом фиксации компонентов, их первичной стабильностью, и степенью выраженности бедренного-поясничного синдрома.

Положительные результаты лечения были получены у 262 пациентов (95%). Причинами неудовлетворительных исходов у 14 наших пациентов были: нестабильность компонентов эндопротеза (1,1%), нейропатия малоберцового нерва (0,7%), нагноение раны (1,4%), ТЭЛА (1,4%), перипротезный перелом (0,4%).

**Выводы.** Комплексный и дифференцированный подход к выбору хирургической реабилитационной тактики при двустороннем поражении тазобедренных суставов позволяет добиться хороших результатов в подавляющем большинстве случаев.