

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ПОЗВОНОЧНИКА

А. Лычагин, кандидат медицинских наук,
Г. Кавалерский, доктор медицинских наук, профессор,
Я. Рукин, кандидат медицинских наук,
П. Петров,
С. Демин,
В. Черепанов, кандидат медицинских наук
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва
E-mail: mail@travma.moscow

Сочетанное дегенеративно-дистрофическое повреждение тазобедренных суставов и поясничного отдела позвоночника может обусловить необходимость персонализированной коррекции алгоритма лечения и установки компонентов эндопротеза тазобедренного сустава.

Ключевые слова: Hip-spine-синдром, эндопротезирование, тазобедренный сустав, фасет-синдром, боль, коксартроз.

Актуальность проблемы лечения больных с сочетанными дегенеративно-дистрофическими повреждениями тазобедренных суставов и позвоночника определяется высокой частотой встречаемости (28,5%) комбинации этих заболеваний, особенно в пожилом возрасте [11, 12]. Мы придерживаемся общей концепции, связанной с возрастным снижением подвижности в поясничном отделе позвоночника и тазобедренных суставах на фоне дегенеративных изменений [8]. Известно, что коксартроз вызывает патологическое нарушение сагиттального баланса позвоночного столба, приводящее к люмбалгии (Hip-spine-синдром). Мы отметили, что восстановление амплитуды движений в тазобедренных суставах приводит к умеренному снижению интенсивности неврологической симптоматики.

Рентгенологически те или иные признаки коксартроза встречаются у 27% людей в возрасте старше 45 лет [1]. В большинстве случаев эндопротезирование тазобедренного сустава является эффективным методом лечения коксартроза, однако результаты проведенного эндопротезирования при сочетанной патологии поясничного отдела позвоночника не всегда оказываются удовлетворительными [2, 8].

В литературе редко описываются результаты лечения больных с выраженным сочетанным дегенеративно-дистрофическим повреждением тазобедренных суставов и поясничного отдела позвоночника [7].

Лечение и реабилитация ортопедических пациентов с коксартрозом и сочетанным синдромом дугоотростчатых суставов — важная медицинская, социальная и экономическая проблема. Сочетанная патология тазобедренного сустава и поясничного отдела позвоночника остается частой причиной временной нетрудоспособности. При сочетанной патологии тазобедренных суставов и поясничного отдела позвоночника число пациентов с инвалидностью составляет от 7 до 37,6 % [3].

S. Burns и соавт. [12] сделали вывод, что после успешно выполненного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС) нередко нарастает болезненность в поясничном отделе позвоночника, что снижает результаты эндопротезирования. Целью эндопротезирования является восстановление опороспособности конечности и амплитуды движений в тазобедренном суставе, коррекция длины конечности, но при значимой патологии в поясничном отделе позвоночника изменение устоявшихся биомеханических взаимоотношений приводит к разрыву функционального стереотипа, изменению подвижности поясничного отдела позвоночника, регрессу перекоса таза, что вызывает динамическую компрессию спинномозговых корешков.

В зависимости от длительности, выраженности и характера изменений поясничного отдела позвоночника целесообразно изменять очередность при выполнении ТЭТС и декомпрессивно-стабилизирующей операции (ДСО) на позвоночнике, а также персонализировано корректировать предоперационное планирование эндопротезирования, в том числе целенаправленно сохранять укорочение или удлинение конечности, изменять офсет [4].

S. Dagenais и соавт. [13] отметили, что 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. Эффект лечения часто отсутствует, поскольку трудно определить источник болевого синдрома. Вот почему важно правильно и подробно собирать анамнез заболевания, тщательно проводить физикальное обследование пациента, в том числе с выполнением специализированных клинических тестов, направленных на локализацию источника боли [5].

C. Offierski и соавт. (1983) пришли к выводу, что при вторичном Hip-spine-синдроме, возникающем после ТЭТС, патологические процессы взаимосвязаны и отягощают друг друга. Например, сутулость может быть связана с нарушением сагиттального баланса на фоне коксартроза со сгибательной контрактурой, что, в свою очередь, усугубляет дегенеративный стеноз поясничного отдела позвоночника.

Детальное обследование пациента и, в частности, позвоночно-тазового комплекса имеет важное значение в понимании адаптации каждого человека к дисбалансу, вызванному нарушениями позвоночника или крупных суставов нижних конечностей [6].

По мнению С. Offierski и соавт. (1983), вторичный Hip-spine-синдром может развиваться по разным сценариям. Так, коксартроз со сгибательной контрактурой вызывает компенсаторный гиперлордоз поясницы и усугубляет фораминальный стеноз в сегменте L3–L4; приводящая контрактура бедра вызывает сколиоз и, следовательно, дегенеративный стеноз позвоночного канала.

Нами проанализированы результаты лечения 790 пациентов в возрасте от 45 до 88 лет с сочетанным повреждением тазобедренных суставов и поясничного отдела позвоночника, проходивших лечение в травматолого-ортопедических отделениях УКБ №1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с 2012 по 2016 г. У всех пациентов коксартроз и дегенеративно-дистрофическое повреждение поясничного отдела позвоночника подтверждались рентгенологически и клинически. Пациенты были разделены на 3 группы. В 1-ю группу были включены 673 пациента с преобладанием симптомов коксартроза, которым выполняли ТЭТС (рис. 1), во 2-ю – 100 пациентов с преобладанием симптомов повреждения поясничного отдела позвоночника, которым выполняли

одно- или многоуровневую ДСО на позвоночнике (рис. 2), в 3-ю – 17 пациентов, отказавшихся от оперативного лечения, которым проводилось комплексное консервативное лечение. Данные о распределении пациентов по возрасту и полу представлены на рис. 3.

Выраженность болевого синдрома оценивали по 10-балльной шкале: выраженный – от 7 до 10 баллов, умеренно выраженный – от 4 до 6 баллов, слабовыраженный – от 1 до 3 баллов, отсутствие болевого синдрома – 0 баллов. Оценку осуществляли на этапе госпитализации, через 5 дней после оперативного вмешательства или через 15 дней от начала консервативной терапии, а также на контрольном осмотре через 2 мес после оперативного лечения или после завершения курса консервативного лечения.

В 1-й группе до оперативного лечения выраженность болевого синдрома составила в среднем 6,87 балла, через 5 дней после операции – 5,46, через 2 мес – 2,28 балла; во 2-й группе – соответственно 6,67; 7,21 и 0,31 балла, в 3-й – 6,9; 5,21 и 6,1 балла.

В 1-й группе при госпитализации 21,2% пациентов жаловались на боли в паху, передней поверхности бедра, ягодичной области и проекции большого вертела, а также на эпизодическую боль в нижней части спины и голени, которая не рассматривалась как боль, связанная с патологией тазобедренного сустава. Боли в пояснице чаще отмечали у

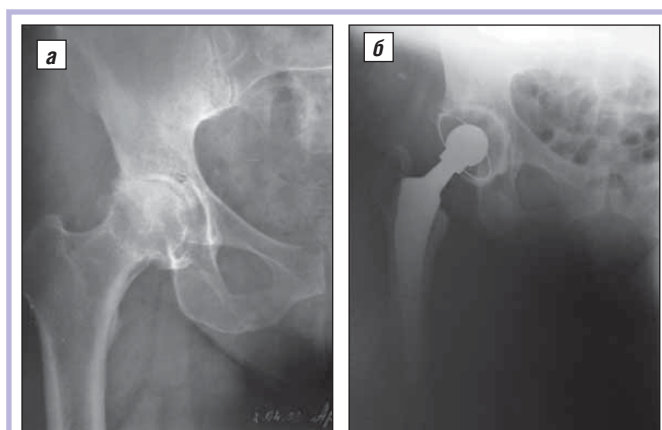


Рис. 1. Рентгенограммы пациента 1-й группы: а – до, б – после ТЭТС

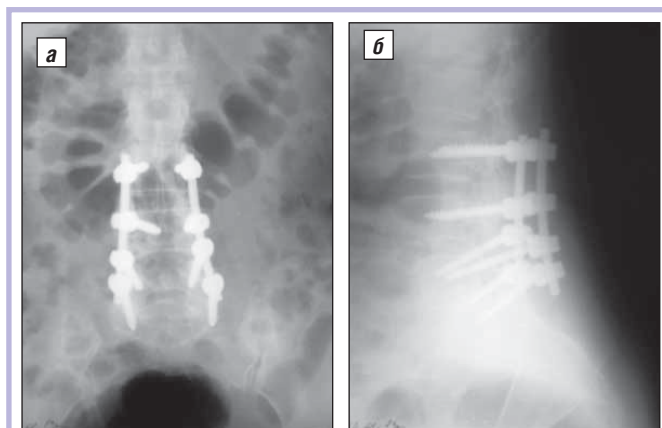


Рис. 2. Рентгенограммы пациента 2-й группы после ДСО поясничного отдела позвоночника: а – в прямой, б – в боковой проекциях

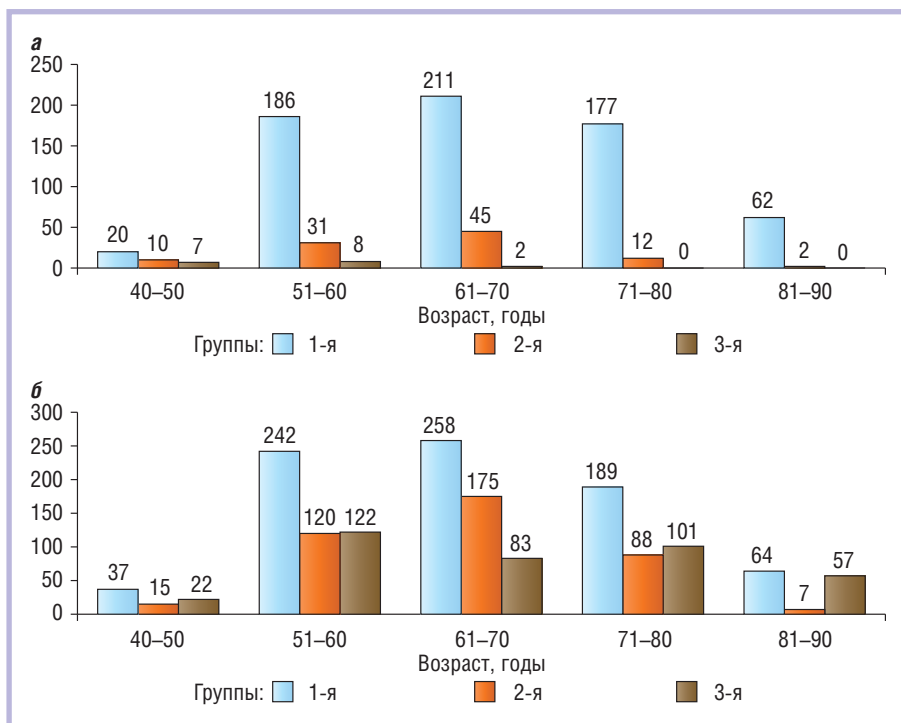


Рис. 3. Распределение пациентов по возрасту: а – с учетом вида лечения: 1-я – ТЭТС; 2-я – ДСО; 3-я – консервативное лечение; б – с учетом пола: 1-я – все больные; 2-я – мужчины; 3-я – женщины

казал, что при первоэтапном выполнении ТЭТС у 17% пациентов были жалобы на остаточный болевой синдром, а после первоочередного выполнения ДСО – лишь у 0,5%. Кроме того, 5% пациентов после ДСО решили отказаться от выполнения ТЭТС в связи с уменьшением болевого синдрома и продолжить лечиться консервативно.

Пациенты 2-й группы в первую очередь указывали на локальную боль в области спины, а также в ягодичной области и паху. После проведенного лечения (ДСО поясничного отдела позвоночника) пациенты отметили снижение болевого синдрома в перечисленных областях. При контрольном осмотре через 2 мес болевая симптоматика сохранялась преимущественно в проекции тазобедренного сустава, но стала менее интенсивной, чем до операции.

В группе консервативного лечения у многих пациентов на заключительном этапе мониторинга сохранялась боль той же локализации, что и при госпитализации, хотя была выражена несколько меньше.

Таким образом, вопрос о тактике лечения больных при сочетанной патологии тазобедренных суставов и поясничного отдела позвоночника остается открытым. Полученные нами результаты помогут в дальнейших исследованиях, которые будут способствовать определению общей тактики диагностики и лечения пациентов с указанной патологией.

Литература

1. Lawrence R., Felson D., Helmick C. et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part II // *Arthritis Rheum.* – 2008; 58 (1): 26–35.
2. Arthroscopy // *J. Arthrosc. Relat. Surg.* – 2014; 30 (Is. 7): 872–81.
3. Ben-Galim P. et al. Hip-spine syndrome: the effect of total hip replacement surgery on low back pain in severe osteoarthritis of the hip // *Spine.* – 2007; 32 (19): 2099–102.
4. Burns S., Mintken P. Sign of the buttock in a patient status post total hip arthroplasty // *J. Orthop. Sports.* – 2010; 40 (6): 377.
5. Dagenais S., Garbedian S., Wai E. Systematic review of the prevalence of radiographic primary hip osteoarthritis // *Clin. Orthop. Relat. Res.* – 2009; 467 (3): 623–37.
6. Lazennec J.-Y., Brusson A., Rousseau M.-A. Hip-spine relations and sagittal balance clinical consequences // *Eur. Spine J.* – 2011; 20 (Is. 5): 686–98.
7. Ehrlich G. Low back pain // *Bull. World Health Organ.* – 2003; 81 (9): 671–6.
8. Кавалерский Г.М. и др. Тактика хирургического лечения дегенеративно-дистрофических поражений пояснично-крестцового отдела позвоночника при Hip-spine-синдроме // *Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова.* – 2014; 5: 54–9.
9. Кавалерский Г.М. и др. Комплексное лечение неосложненных повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника при первичном остеопорозе // *Врач.* – 2007; 7: 61.
10. Шаповалов В.М., Аверкиев В.А., Артюх В.А. Совершенствование методов хирургического лечения патологии тазобедренного сустава. Отчет о научно-исслед. работе / СПб, 2009.

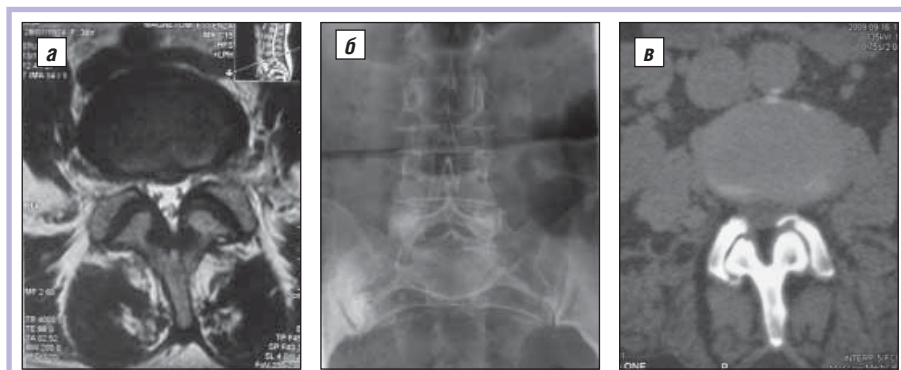


Рис. 4. Фасет-синдром: а – картина при магнитно-резонансной томографии; б – при рентгенографии; в – при мультиспиральной компьютерной томографии

пациентов с более длительным периодом от 1-го проявления симптомов коксартроза. Независимо от локализации боли до операции, 97,3% пациентов сообщили о полном исчезновении боли в течение 4 нед после ТЭТС. Однако у 2,7% пациентов боли в пояснице на следующие сутки после активизации усилились; у 10,1% пациентов при контрольном осмотре через 8 нед после операции отмечалась болевая симптоматика: у 94,7% – в области поясницы, у 1,7% – в области голени, у 2,0% – в области ягодицы, у 1,6% – в области паха. При использовании лучевых методов диагностики у данных пациентов выявлена картина фасет-синдрома (рис. 4, а–в).

Иррадиация боли при выраженном коксартрозе встречается довольно часто, но иногда у пациентов возникает боль, нехарактерная для заболеваний тазобедренного сустава. Так, боль в нижней части спины больше распространена при большей продолжительности симптомов коксартроза. Анализ по-

11. Matsuyama Y., Hasegawa Y., Yoshihara H. et al. Hip-spine syndrome: total sagittal alignment of the spine and clinical symptoms in patients with bilateral congenital hip dislocation // Spine. – 2004; 2: 2432.

12. Skutek M. et al. The Twenty to Twenty-five-Year Outcomes of the Harris Design-2 Matte-Finished Cemented Total Hip Replacement // J. Bone Joint Surg. – 2007; 89 (4): 814.

13. Dagenais S., Caro J., Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally // Spine J. – 2008; 8 (1): 8.

HIP ARTHROPLASTY FOR CONCOMITANT SPINAL PATHOLOGY

A. Lychagin, Candidate of Medical Sciences; Professor **G. Kavalersky**, MD;
Ya. Rukin, Candidate of Medical Sciences; **P. Petrov**; **S. Demin**; **V. Cherepanov**,
Candidate of Medical Sciences
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Concomitant degenerative and dystrophic damage to the hip joints and lumbar spine may necessitate personalized correction of a treatment algorithm and placement of the components of a hip joint endoprosthesis.

Key words: hip spine syndrome, arthroplasty, hip joint, facet syndrome, pain, coxarthrosis.