

У.М. АБУДЖАЗАР, Ю.Х. ЗУБИ, А.Қ. ҚИЛЫБАЕВ, С. МАХАНОВ, Д.К. ЖАМАЛИЕВА, С.С. КАРИЕВА  
С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті,  
травматология, ортопедия және ӘДХ кафедрасы

## ЖАМБАС СҮЙЕК СЫНЫҚТАРЫН ЕМДЕУДІҢ ОҢТАЙЛЫ ТӘСІЛДЕРІ

**Түйін:** Ауыр жарақаттардың көбеюіне байланысты жамбас сүйек сынықтарын емдеу күннен күнге келелі мәселеге айналып келеді. Осы мәселе туралы травматология, ортопедия кафедрасы қызметкерлері 4-ші қалалық клиникалық ауруханасында емделген 166 аурудың сырқатнамасына зерттеу жасалды. Соған байланысты қанша ауру оперативтік және консервативтік ем алды және осы науқастар ауруханада неше күн жатып емделуі туралы зерттелді.

**Түйінді сөздер:** жамбас сүйек сынықтары, шиеленістер, оперативтік шипа

U.M. ABUDJAZAR, U.H. ZUBI, A.K. KILYBAEV, S. MAHANOV, D.K. ZHAMALIYEVA, S.S. KARIYEVA  
Kazakh National Medical University named after S.D.Asfendiyarov, chair of traumatology and orthopaedics

## OPTIMAL METHODS OF PELVIC FRACTURES TREATMENT

**Resume:** Due to continuous growth of injuries, nowadays the problem of effective treatment of fractures of the pelvis is very relevant. To find the most appropriate way of treatment at the chair of traumatology and orthopaedics in the City Clinical hospital №4 were analyzed types of pelvic fractures treatment in 166 patients for the past three years. Studied the frequency of the operative and non-operative methods, as well as the amount of bed-days patients spent in hospital.

**Keywords:** fractures of the pelvic bones, complications, operative treatment.

УДК 616.728.2 – 089.85 – 053.9:616 – 009.7

Т.Ж.СУЛТАНБАЕВ, М.Н.ДЖАКСЫБАЕВ, С.С.АЛЬХОДЖАЕВ, Ю.Х.ЗУБИ, Б.А.ЖАНКИН, Г.Б.МАХАМБЕТОВ, Р.Р.НИ,  
С.А.МАХАНОВ, Ж.О.ОРАЗХАН

Кафедра травматологии и ортопедии КазНМУ им С.Д.Асфендиярова.  
ГКБ №4 г. Алматы

## БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

В данной работе проведен анализ результатов эндопротезирования тазобедренного сустава, у пациентов с болевым синдромом, обратившихся в послеоперационном периоде в ГКБ №4 г. Алматы.

**Ключевые слова:** эндопротезирование, болевой синдром, пациенты, анализ.

Повреждения и дегенеративно-дистрофические заболевания в области тазобедренного сустава у лиц пожилого и старческого возраста является актуальной проблемой современной травматологии и ортопедии. Количество этих страданий будет расти с увеличением продолжительности жизни и общим старением населения. В 2000 году во всем мире количество лиц в возрасте 60 и старше составило 590 млн., и к 2025 году превысит 1 миллиард человек. Попытки решить эту проблему путем артропластики с использованием различных биологических, металлических и синтетических прокладок, применение шарнирных, дистракционных аппаратов не дали ожидаемых результатов. Кроме того патология тазобедренного сустава остается наиболее частой причиной инвалидности и составляет от 7 % до 37,6 % от числа всех инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата [1,2]

Поэтому поиск более эффективных методов терапии привели ортопедов к наиболее тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава, который считается одним из самых революционных достижении в ортопедической хирургии [3,4,5]. В мире ежегодно выполняются более 500000 эндопротезирования и эти операции становятся методом лечения, позволяющим восстановить движение суставов, опорной способности ноги и быстро вернуть больного к привычному образу жизни. [6,7]. Решающим для эндопротезирования является качество оперативного вмешательства, рациональный выбор имплантации тазобедренного сустава, точность подгонки и малая травматичность.

Несмотря на достигнутые ближайшие успехи оперативного лечения по данным зарубежных ученых за период наблюдения

через 1 год и 5 лет, положительные результаты эндопротезирования отмечались в 76% случаев [6,7]. Одной из причин, значительно снижающих «качество жизни» пациентов является боли после эндопротезирования тазобедренного сустава. Даже опытные врачи далеко не всегда могут дифференцировать боль, назначить адекватное лечение, не зная четкого этиопатогенеза болевого синдрома в каждом конкретном случае.

По данным регистров эндопротезирования и иностранных источников литературы, у 17- 20 % пациентов перенесших операцию по замещению тазобедренного сустава, сохраняется болевой синдром, а у 32- 35 % в сроки наблюдения от 1 года до 10 лет при отсутствии нестабильности и инфекционного процесса отмечаются новые ощущения в виде слабо выраженного болевого симптома или дискомфорта в области тазобедренного сустава.

### Материалы и методы исследования.

За период с 2012г по 2013г, в ГКБ №4 проведено 1174 (662 - 512) операций по эндопротезированию тазобедренного сустава. Из них у 35(3%) пациентов было удаление эндопротеза из-за воспалительного процесса; у 78 больных (6,6%) было произведено реэндопротезирование тазобедренного сустава из-за нестабильности вертлужного или бедренного компонентов, включая оперированных из других клиник. Кроме того анализу было подвергнуто 100 пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава, которые получили экспертные заключения для получения инвалидности во МСЭК. Причиной болевого синдрома могут быть:

1. Нестабильность компонентов эндопротеза
2. Инфекционное осложнение

3. Избыточное удлинение нижней конечности после операции на величину более 1 см.
  4. Устранение укорочения нижней конечности на величину 1 см.
  5. Флексионные положения бедренного компонента, а также при варусном положении.
  6. Избыточный оффсет или недостаточный оффсет
  7. Вертикальное установление вертлужного компонента
- Наиболее часто локализации болевого синдрома встречались:

1. Паховая область
2. Пояснично – крестцовый отдел позвоночника
3. Передняя поверхность бедра
4. Задняя поверхность бедра
5. Коленный сустав
6. Ягодичная область

Нестабильность компонентов эндопротезирования наблюдалось у 78 больных, которые были установлены при ревизионном оперативном вмешательстве. Помимо болевого симптома и нарушения функции конечности можно констатировать и рентгенологически. При увеличении расстояния А и В на исследуемых рентгенограммах можно думать об оседании ножки протеза. На слайде представлены рентгенологические признаки нестабильности вертлужного компонента. Так, если увеличен угол А и расстояние В можно думать о возникшей несостоятельности чашки протеза за счет костной ткани.

Болевой симптом при инфекционном осложнении связан с воспалительными процессами и комментарию не требует.

Болевой симптом при не соблюдении оффсета, при избыточном болевом симптоме более выражено чем при недостаточном и в обоих случаях локализуется в области большого вертела.

Этиопатогенез этих болей обусловлено увеличением расстояния от верхушки большого вертела до центра вертлужной впадины, что в свою очередь сопровождается натяжением средней и малой ягодичных мышц.

Длительное их напряжение без проведения профилактических и лечебных мер приводит к нарушению трофики, преимущественно участков соединения мышц с костью, с последующим развитием клинических проявлений тенонитов ягодичных групп мышц. Боли при укорочении и удлинении конечности локализуется по передней поверхности бедра и возникает при разгибании в тазобедренном суставе и усиливается при сгибании в коленном суставе, что связано натяжением передней группы мышц широкой фасции бедра и т. iliopectineus (бедренный нерв - когда трудно вправляется к голове протеза).

Следует особо отметить что при удлинении или при укорочении на 1 см. и более, а также при нарушении оффсета нарушается нормальная биомеханика нижних конечностей, костей таза и позвоночника. Болевые ощущения приводят к снижению амплитуд переднего и заднего толчков при ходьбе происходит ограничение нагрузки напряженный сустав, поэтому наступление на пораженную конечность происходит не на пятку как при нормальной ходьбе, а на сустав. Это в свою очередь ведет к изменению подвижности поясничного отдела позвоночника, регрессу перекоса таза, что вызывает динамическую компрессию корешков спинного мозга, т.е. развивается «hip- spine» синдром или коксо-вертебральный синдром.

Возможно, у больных встречаются сочетанные патологии: коксоартроз и грыжа диска, поэтому необходимо до операции решить, что первично, какую операцию делать?

#### Выводы:

1. Боли в области коленного сустава встречаются в раннем послеоперационном периоде и возможно его купирование к 2-3 месяцу после операции.
2. Механизм болевого симптома связан с раздражением мелких ветвей запирательного нерва. Известно, что область коленного сустава и жировое тело вертлужной впадины иннервируется общими ветвями запирательного нерва.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ю. Г. Шапочников. «Руководство по травматологии и ортопедии». – М.: 1997. - С.50-55.
2. Н. В. Загородный, «Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова», 2011. - №3. – С. 63-69.
3. А. А. Надеев, «Рациональное эндопротезирование тазобедренного сустава», Москва-Бином, Лаборатория знаний, 2004. - С. 239.
4. Р.М. Тихилов, Травматология и ортопедия России, 2006. - №4(42). - С.7-14.
5. Ю.А. Исаев, Судьба ортопедических больных в крупном городе, Медицинская помощь, 2005. - №4. - С.31-32.
6. Е.А. Волокитина. Эндопротезирование тазобедренного сустава и Чрезкостный остеосинтез. Травматология и ортопедия России, 2008.- №1(47). - С.82-88.
7. Hanssen A,D. Evolution of a staging system for infected hip arthroplasty. Clin. Orthop. Relat. Res.2002: (403): 16-22.

**Т.Ж.СУЛТАНБАЕВ, М.Н.ДЖАКСЫБАЕВ, С.С.АЛЬХОДЖАЕВ, Ю.Х.ЗУБИ, Б.А.ЖАНКИН, Г.Б.МАХАМБЕТОВ,  
Р.Р.НИ, С.А.МАХАНОВ, Ж.О.ОРАЗХАН**  
ЖАМБАС-САН БУЫНЫН ЭНДОПРОТЕЗДЕУДЕН КЕЙІНГІ АУЫРСЫНУ СИНДРОМЫ

**Түйін:** Бұл жұмыста, Алматы қ-сы. №4 ҚКА-на жамбас-сан буынын эндопротездеуінен кейінгі кезеңде түрлі ауру сезімі, асқынулармен қаралған науқастарды емдеу нәтижесі қортылған.

**Түйінді сөздер:** эндопротездеу, жамбас-сан буыны, ауру синдромы, зерттеулер.

**T.ZH.SULTANBAEV, M.N.JAXYBAYEV, S.S. ALHODZHAEV, W.M.ZOUBI, B.A. ZANKIN, G.B.MAKHAMBETOV,  
R.R. NI, S.A.MAKHANOV, ZH. O.ORAZHAN**  
PAIN AFTER HIP ARTHROPLASTY

**Resume:** In this paper we analyzed the results of knee replacement, hip replacement patients who applied in the postoperative period with different complications in hospital № 4 Almaty

**Keywords:** arthroplasty, pain, patients, analysis.