УДК: 616.72-007.248-089.843:616-01-07

Забелло Т.В., Мироманов А.М., Намоконов Е.В.

СТРУКТУРА КОКСАРТРОЗА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ У БОЛЬНЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПЕРВИЧНОЙ АРТРОПЛАСТИКЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г.Чита

Резюме. *Проанализировано 300 историй болезней пациентов, нуждающихся в первичном эндопротезировании тазобедренного сустава за 2013-2015гг. Средний возраст пациентов составил 57,59±10 лет (женщины – 59,22±9,34; мужчины – 55,44±10,8), причем отмечено преобладание лиц женского пола (56%). Выявлена полиэтиологичность коксартроза у пациентов в различных возрастных группах. В 24,3% случаев причина заболевания установлена (посттравматические – 13%, асептические некрозы головок бедренных костей – 5%, диспластические – 4%, ревматоидный полиартрит – 1,7%, болезнь Бехтерева – 0,3%, болезнь Педжета – 0,3%), а в 75,7% причину остеоартроза тазобедренного сустава выявить не удалось, так как у пациентов заболевание возникало без каких-либо внешних и внутренних причин. Первичный коксартроз являлся наиболее частой причиной эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов в возрастной группе от 51 до 60 лет.*

Ключевые слова: *остеоартроз, тазобедренный сустав, эпидемиология, артропластика.*

Zabello T.V., Miromanov A.M., Namokonov E.V.

STRUCTURE COXARTHROSIS IN TRANSBAIKALIAN EDGE AT THE PATIENTS REQUIRING THE PRIMARY ARTHROPLASTY OF THE HIP JOINT

Summary. *300 histories of illnesses of the patients requiring in primary arthroplasty of a hip joint for 2013-2015 years are analysed. Middle age of patients has made 57,59±10 years (the woman - 59,22±9,34; men - 55,44±10,8), and prevalence of female persons (56%) is noted. It is taped polyaetiology coxarthrosis at patients in various age groups. In 24,3% of cases the cause of illness is established (posttraumatic - 13%, aseptic necrosis - 5%, dysplastic - 4%, a rheumatoid polyarthritis - 1,7%, ankylosing spondyarthritis - 0,3%, Paget'S Disease - 0,3%), and in 75,7% the reason of an osteoarthrosis of a hip joint to tap it was not possible, as at patients disease arose without any external and internal reasons. Primary coxarthrosis was the most frequent reason arthroplasty a hip joint at patients in age group from 51 till 60 years.*

Keywords: *osteoarthrosis, hip joint, epidemiology, arthroplasty.*

Введение. До настоящего времени нет достоверных статистических данных эпидемиологии болезней суставов, как в России, так и в других странах, а приводимые в публикациях показатели варьируют в широких пределах. В России заболеванию остеоартрозов (ОА) подвержены от 10 до 12% населения [3].

В связи с увеличением продолжительности жизни населения и увеличением факторов риска заболевания число больных ОА неуклонно растет [5, 10]. Более того, исследователи прогнозируют на 2020 год удвоение числа заболевших в различных возрастных группах, особенно среди лиц, старше 50 лет [6].

Поражения тазобедренного сустава, проявляющиеся тяжелой дисфункцией нижних конечностей и позвоночника на фоне выраженного болевого синдрома, занимают по частоте одно из первых мест, а инвалидность при этом достигает 64% [1]. Наиболее распространенные из них — остеоартроз, а также субкапитальные переломы шейки бедренной кости. Неблагоприятные исходы переломов шейки бедра в виде несращения, формирования ложного сустава, развития асептического некроза головки бедренной кости и коксартроза достигают 42%, причем 54% — это субкапитальные переломы шейки бедренной кости, которые дают самый высокий показатель неблагоприятных исходов и требуют эндопротезирования сустава [8].

В последние годы отмечается тенденция к увеличению количества эндопротезирований тазобедренного сустава у молодых пациентов, которые страдают асептическими некрозами головок бедренных костей и посттравматическими коксартрозами [4].

Учитывая вышесказанное, систематический анализ структуры развития ОА является важным как с теоретической, так и с практической точки зрения.

Цель исследования – определить структуру поражений тазобедренного сустава у больных, нуждающихся в первичном эндопротезировании.

Материалы и методы. Результаты исследования были получены при ретроспективном анализе 300 медицинских карт стационарных больных с коксартрозами различной этиологии, которым проведена первичная артропластика тазобедренного сустава в отделении травматологии и ортопедии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2» ОАО «РЖД» за период 2013 – 2015 гг. Анализ проводился с соблюдением всех положений по биомедицинской этике (Хельсинкская Декларация Всемирной Медицинской Ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki (1964, 2011 - поправки)); Правила клинической практики в Российской Федерации", утвержденные Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г., № 266).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Microsoft Office Exell 2010 for Windows 8.1». Для описания характера распределения количественных признаков определялись средние величины (M) и стандартные отклонения (SD). Для сравнения количественных показателей использовали критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования и обсуждения.

Средний возраст пациентов составил 57,59±10 лет (женщины – 59,22±9,34; мужчины – 55,44±10,8). Средний возраст по годам отражен на рисунке 1.

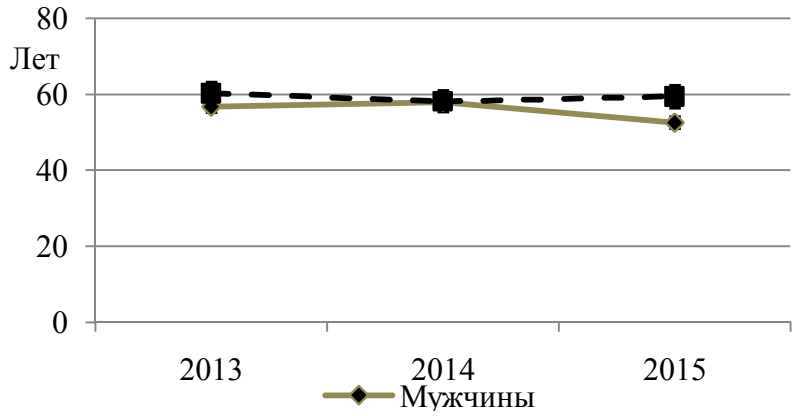

Рис. 1. Распределение среднего возраста пациентов по годам.

Средний возраст у мужчин уменьшался от 57±10,6 лет в 2013 году, до 53±11,3 – в 2015г., тогда как у женщин такой тенденции не выявлено (рис. 1). Таким образом, регистрируется снижение среднего возраста у мужчин, нуждающихся в первичном эндопротезировании тазобедренного сустава.

Возрастной состав пациентов на момент проведения оперативного вмешательства представлен в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных, нуждающихся в первичном эндопротезировании тазобедренного сустава, по возрастным группам (абс. число)

Группы	до 40		41-50		51-60		61-70		71-80		старше 80	
Годы	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
2013	6	1	3	6	16	31	10	16	3	7	-	-
2014	3	-	5	11	10	31	16	19	2	4	-	-
2015	10	2	5	8	20	20	11	17	1	4	-	1
Всего	19	3	13	25	46	82	37	52	6	15	-	1

Одностороннее поражение тазобедренного сустава наблюдалось у 73,3% пациентов, тогда как двустороннее у 26,7%. Во всех случаях выявлена III стадия ОА.

В зависимости от этиологии заболевания больные распределились следующим образом: первичный коксартроз – 75,7%; посттравматический – 13,0%; асептический некроз головки бедра (АНГБ) – 5,0%; диспластический – 4%; ревматоидный полиартрит – 1,7%; болезнь Бехтерева – 0,3%, болезнь Педжета – 0,3% (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных по годам и полу, в зависимости от этиологии остеоартроза тазобедренного сустава (абс. число)

Год, пол / Этиология	2013		2014		2015		Всего
	м	ж	м	ж	м	ж	
Первичный	23	42	34	46	42	40	227
Посттравматический	8	8	4	7	3	9	39
Диспластический	6	4	-	2	-	-	12
АНГБ	3	2	2	2	4	2	15
Ревматоидный полиартирт	2	1	-	2	-	-	5
Болезнь Бехтерева	1	-	-	-	-	-	1
Болезнь Педжета	-	-	-	1	-	-	1
Всего	43	57	40	60	49	51	300

Результаты, представленные в таблице 2, наглядно демонстрируют преобладание больных с первичным (идиопатическим) коксартрозом, что согласуется с данными литературы [9, 11].

В большинстве групп, распределенных по этиологическому признаку, преобладали женщины. Асептический некроз головки бедренной кости и диспластический коксартроз чаще регистрировался у мужчин, а посттравматический коксартроз у женщин. В остальных группах статистически значимых различий, связанных с полом пациентов, выявлено не было (рис. 2).

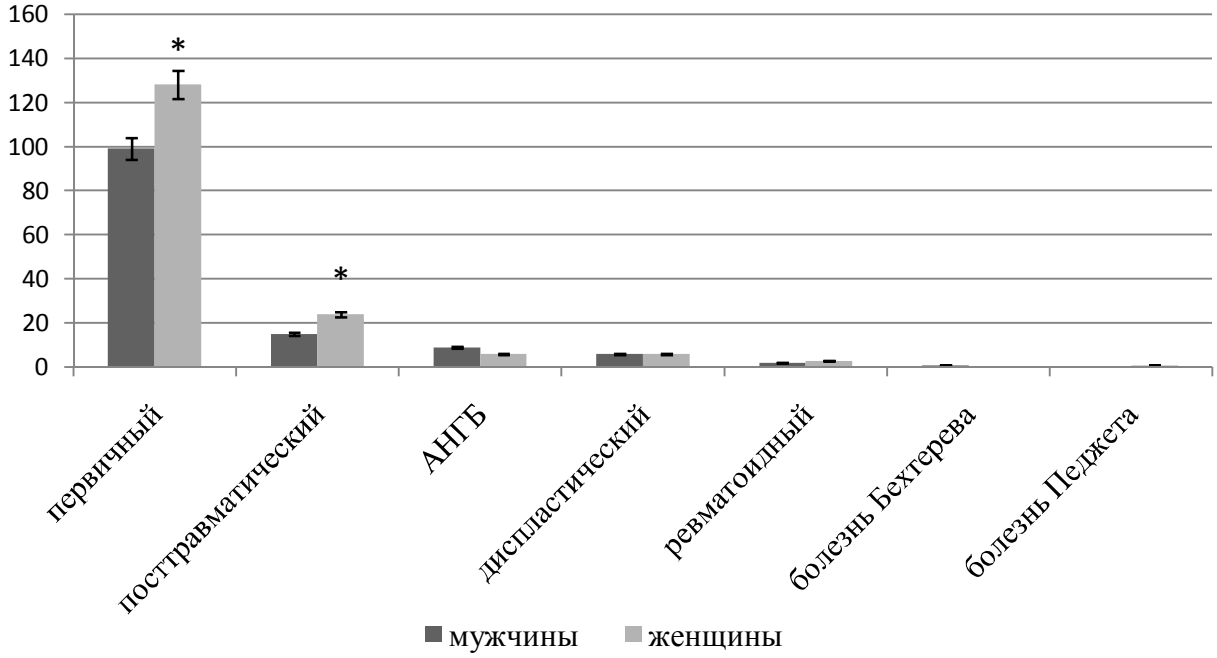

Рис. 2. Распределение пациентов (абс. число) в этиологических группах по половому признаку.
Примечание: * - статистическая значимость различий.

Рассматривая этиологическую структуру ОА в разных возрастных и половых группах, мы отметили ее неоднородность (табл. 3, 4).

Таблица 3

Этиологическая структура коксартроза у мужчин в зависимости от возраста (n=132)

Группы / Этиология	до 40		41-50		51-60		61-70		71-80		более 80	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Первичный	12	9,09	7	5,3	40	30,3	31	23,5	4	3,03	-	-
Посттравматический	6	4,55	1	0,76	4	3,03	4	3,03	1	0,76	-	-
Диспластический	-	-	-	-	-	-	1	0,76	1	0,76	-	-
АНГБ	2	1,51	4	3,03	2	1,52	-	-	-	-	-	-
Ревматоидный	-	-	-	-	-	-	1	0,76	-	-	-	-
Болезнь Бехтерева	-	-	1	0,76	-	-	-	-	-	-	-	-
Всего	19	15,5	13	9,85	46	34,85	37	28,05	6	4,55	-	-

Таблица 4

Этиологическая структура коксартроза у женщин в зависимости от возраста (N=168)

Группы / Этиология	до 40		41-50		51-60		61-70		71-80		более 80	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Первичный	3	1,79	20	11,9	67	39,9	35	20,8	12	7,14	1	0,6
Посттравматический	-	-	2	1,19	6	3,57	11	6,55	2	1,19	-	-
Диспластический	-	-	-	-	4	2,39	3	1,79	1	0,6	-	-
АНГБ	-	-	1	0,6	3	1,79	1	0,6	-	-	-	-
Ревматоидный	-	-	2	1,19	1	0,6	1	0,6	-	-	-	-
Болезнь Педжета	-	-	-	-	-	-	1	0,6	-	-	-	-
Всего	3	1,79	25	14,88	82	48,25	52	30,94	15	8,93	1	0,6

У мужчин в этиологии заболевания выявлено преобладание первичного, посттравматического ОА и асептического некроза головки бедренной кости. До 40 лет преобладают последствия травм (4,55%) и первичные поражения сустава. В возрасте от 41 до 50 лет идет снижение как первичного, так и посттравматического коксартрозов и увеличение АНГБ. В группе 51-60 лет отмечено увеличение количества первичного поражения суставов и резкое снижение вторичных коксартрозов. В более позднем возрасте регистрируется значительное снижение общего количества больных.

Что касается лиц женского пола, то в возрасте от 40 до 60 лет преобладает первичное поражение суставов, дисплазии, АНГБ и ревматоидный полиартрит. Пик заболевания проявляется в возрастной группе от 51-60 лет. Травматическая этиология приходится на возрастную категорию женщин старше 60 лет (6,55%). Асептический некроз и дисплазии суставов в основном проявляются в возрастной группе от 50-60 лет. Ревматоидные поражения в основном приходятся на возрастную категорию 40-50 лет.

Посттравматические коксартрозы чаще проявляются у мужчин до 40 лет и причиной таких поражений являются последствия переломов вертлужной впадины или головки бедренной кости, возникшие после высокоэнергетических травм (кататравма, дорожно-транспортные происшествия). У пожилых больных в большинстве случаев коксартроз был вызван низкоэнергетическими переломами шейки бедра, которые возникали на фоне остеопороза в возрастной группе старше 60 лет. Также отмечено преобладание посттравматических артрозов у лиц женского пола в данном возрастном периоде.

При анализе причин, вызвавших диспластическое поражение сустава у женщин, преобладали перенесенные в детстве врожденный вывих бедра и дисплазия тазобедренного сустава (95%), при этом возраст манифестации коксартроза зависел от тяжести врожденного заболевания и наличия в анамнезе перенесенного оперативного вмешательства. Чем тяжелее были первоначальные поражения в суставе, тем раньше формировался коксартроз. У мужчин в данной группе преобладала перенесенная в детстве дисплазия тазобедренного сустава, а оперативного лечения в анамнезе не отмечено. В целом, у пациентов с диспластическими изменениями тазобедренного сустава остеоартроз регистрировался в более позднем возрасте и в меньшем количестве (единичные случаи).

Асептический некроз головки бедренной кости у мужчин проявлялся в более молодом возрасте от 30 до 50 лет, у женщин старше 50 лет. Ревматоидный полиартрит был обнаружен у женщин, начиная с возраста 40 лет, у мужчин данное заболевание выявлялось в единичных случаях.

Таким образом, распространенность ОА в популяции коррелирует не только с возрастом, но и с половыми различиями. Доказано, что женщины болеют артрозом почти в 2 раза чаще, чем мужчины, и его частота заметно возрастает у них после 35, а у мужчин – после 45 лет [2, 7].

Средние сроки с момента начала заболевания до оперативного лечения представлены в таблице 5.

Таблица 5

Средние сроки с момента манифестации заболевания до оперативного лечения (годы) у пациентов в различных этиологических группах (M±SD)

Пол / Этиология	Мужчины	Женщины	Среднее значение
Первичный	5,15±0,32	5,71±0,67	5,43±0,5
Посттравматический	1,38±0,36	2,57±0,77	1,98±1,13
АНГБ	3,61±0,57	4,23±0,45	3,92±1,02
Диспластический	8±0,8	7,8±0,7	7,9±0,75
Ревматоидный	8,3±0,5	8,5±0,5	8,4±0,5

Средняя продолжительность заболевания была неодинаковой в разных этиологических группах. Длительность и активность коксартроза тазобедренного сустава зависели от степени изменения анатомии и адаптивных возможностей опорно-двигательного аппарата. Так, наименьшие сроки определены в группах посттравматических коксартрозов и асептических некрозов головки бедра. Данная патология сустава характеризуется разрушением суставных поверхностей в результате травмы или нарушения кровообращения. Патологический процесс при таких поражениях развивался быстро, что не позволяло организму адаптироваться к изменившимся биомеханическим условиям и приводило к кратковременному развитию дегенеративных изменений в суставах, снижению трудоспособности и инвалидизации пациентов, определяя небольшие сроки от момента повреждений в суставе до его артропластики.

У пациентов с первичным поражением сустава, а также с диспластическими и ревматическими заболеваниями изменения в суставах формировались постепенно, позволяя опорно-двигательному аппарату компенсироваться к изменяющимся условиям их функционирования, поэтому длительное время не сопровождалось тяжелыми клинически значимыми для пациента статико-динамическими изменениями. Это обстоятельство послужило эффективности и продолжительности консервативного лечения сустава, и определило длительные сроки от момента повреждений в суставе до момента эндопротезирования.

Выводы:

1. Среди пациентов, которым выполнено первичное эндопротезирование тазобедренного сустава, преобладали женщины (56%).
2. Средний возраст пациентов составил 57,59±10 лет (женщины – 59,22±9,34; мужчины – 55,44±10,8).
3. Причина заболевания установлена в 24,3% случаев (посттравматические – 13%, асептические некрозы головок бедренных костей – 5%, диспластические – 4%, ревматоидный полиартрит – 1,7%, болезнь Бехтерева – 0,3%, болезнь Педжета – 0,3%).
4. Первичный коксартроз являлся наиболее частой причиной эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов в возрастной группе от 51 до 60 лет.
5. Наименьший срок, прошедший с момента манифестации патологии до эндопротезирования тазобедренного сустава, выявлялся у коксартрозов в результате посттравматических изменений (1,98±1,13 года) и асептического некроза головки бедра (3,92±1,02 год), наи-

больший – при диспластическом коксартрозе (7,9±0,75 года) и ревматоидном полиартрите (8,4±0,5).

Литература:

1. Атаманский И.А. Наш опыт эндопротезирования при тяжелой двусторонней патологии тазобедренного сустава / И.А. Атаманский, Е.А. Волокитина, А.В. Каминский // Новые технологии в лечении и реабилитации больных с патологией суставов : материалы Всерос. науч.-практ. конф., Курган, 24-25 марта 2004. – Курган, 2004. – С. 32-33.
2. Берглезов М.А. Остеоартроз (этиология, патогенез) / М.А. Берглезов, Т.М. Андреева // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2006. – № 4. – С. 79-86.
3. Болезни суставов : руководство для врачей / Под ред. В.И. Мазурова. – СПб. : СпецЛит., 2008. – 408 с.
4. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава : основы и практика : руководство. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2012. – 704 с.
5. Зайцева Е.М. Причины боли при остеоартрозе и факторы прогрессирования заболевания (обзор литературы) / Е.М. Зайцева, Л.И. Алексеева // Научно-практическая ревматология. – 2011. – № 1. – С. 50-57.
6. Копылова Д.А. Клинико-патогенетические особенности остеоартроза у женщин с различными типами ожирения / Д.А. Копылова, В.А. Остапенко // Научно-практическая ревматология. – 2012. – № 6. – С. 38-41.
7. Корьяк В.А. Комплексная характеристика больных с коксартрозом в Иркутской области / В.А. Корьяк, А.И. Сидоров, О.М. Черникова // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. – № 2. – С. 130-133.
8. Надеев А.А. Рациональное эндопротезирование тазобедренного сустава / А.А. Надеев, С.В. Иванников, Н.А. Шестерня. – М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004. – 239 с.
9. Ортопедия : национальное руководство / под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 840 с.
10. Остеоартроз. Этиология и патогенез. Диагностика и лечение : учебное пособие / С.В. Королева, С.Е. Львов, С.Е. Мясоедова, Э.П. Рослова. – Иваново, 2005. – 98 с.
11. Прохоренко В.М. Первичное и ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава. – Новосибирск : Клиника НИИТО, 2007. – 348 с.