ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ПРИ ТЯЖКИХ ТИПАХ ДИСПЛАЗІЇ (CROWE III IV ТИП)

Полулях М.В., Герасименко С.І., Костюк А.Н., Полулях Д.М.
ДУ "Інститут ТО НАМН України", м. Київ

Вступ. Диспластичний коксартроз належить до найбільш тяжкої патології кульшового суглоба та складає від 21 до 80 % випадків усіх захворювань цього суглоба [11]. Соціальне значення даної патології обумовлене її розвитком у хворих молодого працездатного віку, прогресуючим перебігом з практично фатальною інвалідністю [3, 1, 13, 10, 6].

На сучасному етапі розвитку травматології та ортопедії ендопротезування кульшового суглоба є одним з найбільш ефективних методів медичної реабілітації у дорослих хворих з диспластичним коксартрозом [2, 4].

Ендопротезування кульшового суглоба у хворих з вродженим вивихом стегна і диспластичним коксартрозом (Crowe III IV тип) це складна високотехнологічна операція [5, 14]. Виконання таких операцій потребує значного досвіду хірурга, необхідності чіткого визначення етапності дій під час оперативного втручання, наявності інструментарію для виконання певних етапів ендопротезування.

Складність оперативного втручання відмічають автори публікацій, а результати значно поступаються результатам первинного стандартного ендопротезування кульшового суглоба. За даними Тихілова Р. М. (2014), тотальне ендопротезування кульшового суглоба у складних випадках супроводжується високою частотою незадовільних результатів до 20 %, ризик якого удвічі вищий, ніж при стандартному ендопротезуванні (Engessaeter L. B., 2008).

Матеріал і методи. Значні складності в ендопротезуванні кульшового суглоба при даній патології полягають у ризику ускладнень з боку судинно-нервового пучка при намаганні одномоментного подовження кінцівки більше ніж на 3,5–4 см і важкості вправлення ендопротеза. Відсутність оптимального підходу в лікуванні пацієнтів з вродженим високим вивихом стегна і диспластичним коксартрозом (Crowe III, IV) спонукає фахівців до пошуку нових методик лікування цієї патології.

Наш матеріал базується на аналізі лікування 50 хворих з дисплазією кульшового суглоба Crowe III, IV типу, яким виконано 63 ендопротезування. Вік пацієнтів коливався від 15 до 61 року. З дисплазією Crowe III типу було 42 випадки і Crowe IV 21 випадок. Серед оперованих пацієнтів було 45 (90%) жінок і 5 (10%) чоловіки. Здебільшого ми використовували ендопротези з безцементним типом фіксації, що склало 51 (81%) випадок. При вираженому остеопорозі було застосовано цементну фіксацію у 5 випадках та в 7 випадках гібридну фіксацію.

При вкороченні кінцівки до 4-х см виконували ендопротезування в один етап. У хворих з вкороченням кінцівки більше 4-х см. існує загроза отримати ускладнення з боку судинно-нервового пучка, ми застосували методику двох етапного оперативного втручання. Першим етапом накладали стержневий апарат зовнішньої фіксації і поступово низводили головку до рівня кульшової западини, після чого апарат демонтували і другим етапом проводили ендопротезування кульшового суглоба.

Результат. Не дивлячись на подовження кінцівки більш ніж на 4 см ускладнень з боку судинно-нервового пучка не було. Результат ендопротезування оцінювали за шкалою Haris. До оперативного втручання оцінка за шкалою Haris складала 43,65±5,57 балів, через 12 місяців після операції 85,25± 3,84балів.

Висновок. Таким чином, застосування двохетапного оперативного втручання у хворих з дисплазією кульшового суглоба і вкороченням кінцівки більш ніж на 4 см дозволяє вирівняти довжину кінцівок, попереджує розвиток ускладнень з боку судинно-нервового пучка і спрощує вправлення протеза в ході оперативного втручання.

Література

1. Волошенюк А. Н. Диспластический коксартроз (клиника, діагностика, лечение)// Мед. консультация. – 2004. – № 4. – С. 23–26.

2. Лоскутов А. Е., Олейник А. Е., Зуб Т. А. Особенности деформации вертлужной впадины при диспластическом коксартрозе с позиции эндопротезирования // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2011. – № 2. – С. 25–28.

3. Плющев А. Л. Диспластический коксартроз. Теория и практика. – М. : Лето-принт, 2007. – 495 с.

4. Решетников А. Н., Павленко Н. Н., Зайцев В. А. и др. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе // Вест. Тамбов. ун-та. Сер. Естеств. и техн. науки. – 2012. – № 3. – С. 901–903.

5. Слободской А. Б., Бадак И. С., Воронин И. В. и др. Эндопротезирование тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2011. – № 2. – С. 42–47.

6. Танькут В. О., Філіпенко О. В., Танькут О. В. Особливості ендопротезування кульшового суглоба при тяжких формах диспластичного коксартрозу // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2007. № 4. – С. 37 40.

7. Тихилов Р. М., Мазуренко А. В., Шубняков И. И. и др. Результаты эндопротезирования тазобедренного сустава с укорачивающей остеотомией по методике T. Paavilainen при полном вывихе бедра // Травматология и ортопедия России. – 2014. – № 1. – С. 5–15.

8. Торчинський В. П., Гайко Г. В., Супрун А. Д. Математичне моделювання навантажень чашки ендопротеза, імплантованої в умовах залишкової ацетабулярної дисплазії // Збірник наукових праць XV з'їзду ортопедів-травматологів України. Дніпропетровськ, 2010.

9. Engesæter L. B., Ove Furnes, Havelin L. I. Developmental Dysplasia of the Hip Good Results of Later Total Hip Arthroplasty: 7135 Primary Total Hip Arthroplasties after Developmental Dysplasia of the Hip Compared With 59 774 Total Hip Arthroplasties in Idiopathic Coxarthrosis Followed for 0 to 15 Years in the Norwegian Arthroplasty Register // J. Arthroplasty. 2008. Vol. 23, issue 2. P. 235 240.

10. Huang Z., Zhou Y., Chai W. et al. A clinical comparative study of anatomic parameters before and after total hip replacement on congenital dysplasia // J. Phys. Ther. Sci. 2016. Vol. 28, № 7. – P.1953 1956.

11. Lee Y. K., Kim K. C., Ha Y. C., Koo K. H. Combined Anterior and Posterior Approach in Total Hip Arthroplasty for Crowe IV Dysplasia or Ankylosed Hips // J. Arthroplasty. 2015. Vol. 30, № 5. – P.797 802.

12. Paavilainen T., Hoikka V., Solonen K. A. Cementless total replacement for severely dysplastic or dislocated hips //J. Bone Joint Surg. Br. – 1990. Vol. 72, № 2. – P.205–211.

13. Shorter D., Hong T., Osborn D. A. Cochrane Review: Screening programmes for developmental dysplasia of the hip in newborn infants // Evid. Based. Child. Health. 2013. Vol. 8, № 1. – P. 11 54.

14. Takahashi M., Ward S. R., Fridén J., Lieber R. L. Muscle Excursion Does Not Correlate with Increased Serial Sarcomere Number after Muscle Adaptation to Stretched Tendon Transfer // J. Orthop. Res.: official publication of the Orthopaedic Research Society. 2012. Vol. 30, № 11. – P.1774 1780.