

## ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ПРИ ДИСПЛАСТИЧНОМУ КОКСАРТРОЗІ

Анкін М. Л., Петрик Т. М., Роєнко В.В.

КЗКОР «Київська обласна клінічна лікарня», Україна.

**Вступ.** Диспластичний коксартроз зустрічається приблизно у 75,3% від всіх захворювань кульшового суглоба (О. Н. Гудушаурі, 1990). Дисплазія вертлюгової западини зустрічається у 1 – 1,5 на 1000 новонароджених та у 6 разів частіше у жінок, ніж у чоловіків. Ацетабулярна дисплазія відмічається частіше зліва у 60-70% випадків, двостороння - у 5-20%. Зазвичай диспластичний коксартроз виявляється у жінок у віці від 25 до 55 років (Угнівенко В. І.). Кожен десятий випадок диспластичного коксартрозу відбувається на ґрунті вродженого звиху голівки стегнової кістки. Пацієнти з вродженим звихом голівки стегнової кістки в анамнезі належать до групи ризику для розвитку диспластичного коксартрозу.

**Мета роботи:** оцінити результати оперативного лікування при диспластичному коксартрозі. Досягти анатомічної реконструкції, провести реконструкцію зони дефекту для забезпечення стабільності компонентів, а також задовольнити функціональні запити пацієнта.

**Матеріали та методи:** В ортопедо-травматологічному центрі Київської обласної клінічної лікарні за період 2010-2015 рр. оперативне лікування виконано 171 пацієнту з диспластичним коксартрозом. З них чоловіків було 64 (38%), жінок - 107 (62%). Середній вік становив  $41 \pm 20$  років. Правий суглоб оперувався в 78 випадках, лівий - в 93. Питома вага серед коксартрозів - 12, інваліди (II-III групи) склали 63%, після коригуючих остеотомій - 72 пацієнта. Пацієнти з урахуванням класифікації (Hartofilakidis) були розділені: I тип - 89 (53%); II тип - 69 (40%); III тип - 13 (7%). Операція проводилась з використанням передньо-латерального доступу в положенні на спині. Всі операції виконані в один етап. При I-II типі, імплантація чашки в зону істинної западини, установка стандартної безцементної чаші «pressfeed» у 132 випадках, цементної у 24 випадків, у 26 випадках доповнювалась з аутопластикою даху западини структурним трансплантатом з голівки стегна фіксованим до тіла клубової кістки гвинтами. При III типі імплантація чашки в зону істинної западини у 10 випадках та 3 випадках в зону неозападни, установка стандартної безцементної чаші «pressfeed» у 6 випадках, з трабекулярним титановим покриттям у 7 випадках. Установка ніжки ендопротезу, доповнювалась вкорочуючою остеотомією стегна, вправлення ендопротеза і остеосинтез стегнової кістки.

При розподілі операцій по типу фіксації ендопротезів: безцементна фіксація становила 61,09%; цементна - 26,21%; гібридна - 12,7%. Результати: Результати лікування через 1 рік після операції у пацієнтів з диспластичним коксартрозом мали наступні бали за шкалою Harris: до операції - 28, після операції - I ступінь - 91, II ступінь - 86, III ступінь - 83. Ускладнення мали місце в 4,6% випадків. Серед них: рання інфекція у 5 випадках, раннє розхитування ніжки - 1, нейропатія сідничного нерва - 1, вивих ендопротеза - 1.

**Висновки.** Гарне хірургічне планування з додатковими методами діагностики (рентген, КТ 3D, МРТ) може дати хороший результат лікування. Досягнення анатомічної реконструкції дає можливість на збільшення часу виживаності ендопротеза. Тип дисплазії диктує нам варіанти реконструкції. Стегнова остеотомія допомагає звести стегно, вирівняти кінцівки, одноетапно вирішити проблему високого звиху стегна.