ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА У ХВОРИХ НА ГОНАРТРОЗ З ВІСЬОВИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ ТА КОНТРАКТУРАМИ

Гайко Г.В., Осадчук Т.І., Заєць В.Б., Підгаєцький В.М., Сулима О.М.
ДУ «Інститут ортопедії та травматології АМН України», м. Київ, Україна.

Вступ. Одна третина всіх ортопедичних хворих страждає на остеоартроз колінних суглобів. Численні дослідження довели, що найчастіше ці ураження спостерігаються в працездатному віці 40-60 років. Питома вага гонартрозу становить, по різним даним, від 24,7 до 67,7%. Прогресування гонартрозу призводить до розвитку або наростання деформації колінного суглоба у 32-65% пацієнтів, що часто є причиною інвалідізації хворих.

Мета дослідження: оцінити ефективність ендопротезування колінних суглобів у хворих на деформуючий гонартроз IV стадії з вісьовими деформаціями та контрактурами.

Матеріали та методи. В період з 2010 по 2017 рр. нами було виконано 303 операції ендопротезування колінного суглоба у пацієнтів з остеоартрозом колінних суглобів, віком 62±14 років, з них жінки склали 82,5%, чоловіки – 17,5%. В 6 випадках було виконано тотальне ендопротезування двох колінних суглобів. Пацієнти були обстежені клінічно та рентгенологічно до та після оперативного втручання. Всі пацієнти мали згинальну контрактуру колінного суглоба: 0-0-90±15. У 187 випадках спостерігали варусну, і тільки у 21 деформацію колінного суглоба. Прооперовані хворі спостерігались протягом 5 років. Для оцінки результатів лікування нами була розроблена система бальної оцінки функціонального стану колінного суглоба, за основу якої покладені стандарти оцінки якості лікування ушкоджень та захворювань органів руху та опору, викладені в Наказі МОЗ України № 41 від 30.03.1994 р. "Про регламентацію ортопедо-травматологічної служби в Україні", які основані на визначенні критеріїв працездатності.

Оперативне втручання виконували як зі збереженнням задньої хрестоподібної зв'язки (CR), так і без збереження останньої (LPS), у випадках, коли згинальна контрактура в колінному суглобі перевищувала 10 градусів, з використанням екстрамедулярної техніки та цементної фіксації компонентів.

В ранньому післяопераційному періоді застосовували нестероїдні протизапальні препарати, антибіотики широкого спектру дії строком на 5-7 діб; введення низькомолекулярних гепаринів протягом першого тижня після втручання. Активно-пасивні рухи в суглобі починали через 1-2 доби після операції; рекомендували ходу за допомогою милиць з навантаженням на оперовану кінцівку з силою 25% від маси тіла на 3-4 добу; через два місяці хворі переходили на повне навантаження оперованої кінцівки.

Результати та їх обговорення. При ендопротезуванні колінного суглоба системою без збереження задньої хрестоподібної зв'язки добрий результат отримано у 84 %, задовільний у 16% із 113 пацієнтів. При ендопротезуванні колінного суглоба зі збереженням задньої хрестоподібної зв'язки добрий результат отримано у 54%, задовільний у 46% із 183 хворих на гонартроз.

При застосуванні тібіального подовжувача при ендопротезуванні колінного суглоба добрий результат отримано у 84% пацієнтів при використанні системи LPS, та у 54% хворих при використанні CR. Незадовільних результатів не отримано.

Висновки:

1. Умовами досягнення позитивних результатів тотального ендопротезування колінних суглобів у пацієнтів з контрактурами та вісьовими деформаціями є відновлення біомеханічної вісі кінцівки, вірна імплантація компонентів, досягнення стабільності та відновлення обсягу рухів.

2. При наявності згинальної контрактури більше 10 градусів рекомендовано застосування моделі ендопротезу без збереження задньої хрестоподібної зв'язки.

3. При наявності дефекту медіального виростку великогомілкової кістки більше 10 мм доцільне використання ендопротезу з тібіальним подовжувачем.