

РЕЗУЛЬТАТИ ТОТАЛЬНОЇ АРТРОПЛАСТИКИ З ПРИВОДУ ПРОГРЕСУЮЧОЇ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Канзюба А.І.¹, Климовицький Ф.В.², Канзюба М.А.², Юрченко Д.О.²

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет», кафедра загальної хірургії, Ужгород, Україна

²НДІ ТО Донецького національного університету, Лиман, Україна

Вступ. Прогресуюча дисплазія кульшового суглоба є провідною причиною раннього початку коксартрозу у віці до 60 років і належить до найбільш тяжких уражень опорно-рухової системи. Середній вік пацієнтів з проявами дисплазії різної важкості коливається від 31,2 до 44,6 років. Серед досліджених пацієнтів у віці до 50 років, що перенесли тотальну артропластику кульшового суглоба, у 48,4 % головним етіологічним чинником виникнення дегенеративного процесу визначена прогресуюча дисплазія. Численні і складні анатомічні й фізіологічні порушення, що спостерігаються в пацієнтів, зумовлюють складнощі планування операції та необхідність оптимізації хірургічної тактики з урахуванням особливостей ортопедичного й загально соматичного стану пацієнтів.

Мета роботи – дослідити фактори, що визначають результати тотального ендопротезування з приводу прогресуючої дисплазії кульшового суглоба у середньострокові терміни спостереження.

Матеріал та методи. У групу дослідження включено 84 пацієнти, яким виконано тотальне ендопротезування з приводу прогресуючої дисплазії кульшового суглоба протягом 2014 – 2019 років у клініках ДНІИ ТО та медичного факультету УжНУ і які були досліджені у період від 1 року 5 місяців до 7 років 2 місяців після хірургічного втручання. Середній термін спостереження 4,8 роки. Серед них було 69 (82,1%) жінок віком від 36 до 62 років, та 15 (17,9%) чоловіків у віці від 43 до 59 років. Середній вік пацієнтів $46,3 \pm 2,3$ роки. 52 (61,9%) пацієнтів були оперовані з приводу одnobічного, 32 (38,1%) – з приводу двобічного коксартрозу.

За ступенем анатомічних порушень, зумовлених проявами дисплазії, пацієнти були розподілені у відповідності до класифікації Crow et al. (1979). Усього виконано 116 операцій тотальної артропластики. З них, з приводу I ступеня дисплазії за Crowe 52 (44,8 %), II – 34 (29,4 %), III – 26 (22,4 %), IV – 4 (3,4 %). Ступінь дегенеративних змін у кульшових суглобах оцінювали за клінікорентгенологічними критеріями відповідно до класифікації Н. С. Косинської (1961). У 23 (27,4 %) пацієнтів визначена 2 стадія, у 61 (72,6 %) – 3 стадія. 8 пацієнтів з приводу дисплазії кульшового суглоба у минулому перенесли реконструктивні хірургічні втручання: вальгізуючі опорні підвертлюгові остеотомії стегнової кістки – 5; остеотомії тазу по Хіарі – 3.

Ідентифікацію анатомічних порушень, пов'язаних з дисплазією кульшових суглобів, деформації та дегенеративні зміни у поперековому відділі хребта, а також планування операції артропластики здійснювали за даними рентгенографічного дослідження та спіральної комп'ютерної томографії (СКТ). У всіх пацієнтів виконана безцементна артропластика з використанням ацетабулярного компонента з типом фіксації PressFit. Серед пацієнтів з IV типом дисплазії за Crowe, у 2 застосована вкорочуюча підвертлюгова остеотомія стегнової кістки, у 2 – виконана низька резекція на рівні малого вертлюга.

Функціональний стан пацієнта до і після артропластики оцінювали за шкалою Harris (1969). У процесі післяопераційних спостережень, окрім визначення функціонального результату, оцінювали терміни відновлення опорної функції оперованої кінцівки, терміни досягнення певного, для конкретного пацієнта, стабільного рівня функціональної активності.

Результати Концепція дослідження полягала у вивченні факторів, що впливають на вибір хірургічної тактики, особливості після операційного відновлювального лікування і функціональні результати у середньострокові терміни. Один з аспектів дослідження –

встановити критерії зі шкали W. Harris, які, переважно, впливають на відновлення опорно-рухової функції після тотального ендопротезування.

Узагальнені результати ендопротезування за шкалою W. Harris – відмінні отримані у 39 (46,4 %) (середній бал 92,3), добрі (середній бал 86,6) – у 26 (30,9 %), задовільні (середній бал 78,3) – у 15 (17,9 %), не задовільні (середній бал 67,4) – у 4 (4,8 %). Серед 15 пацієнтів з задовільними результатами, 8 у минулому перенесли реконструктивні операції з приводу прогресуючої дисплазії. Не задовільні результати артропластики у пацієнтів з дисплазією ІУ типу за Crowe були зумовлені важким порушенням опорної функції кінцівки і значним обмеженням повсякденної активності.

Терміни оцінювання результатів лікування пацієнтів обирали на підставі наших спостережень про те, що після операції артропластики певний стабільний рівень досягнутого результату формується у період від 1 до 3 років, залежно від ступеня важкості анатомічних порушень. Динаміка досягнення цього рівня, також, була різною і, за нашими спостереженнями, залежала, насамперед, від ступені дисплазії відповідно до класифікації Crowe.

У пацієнтів з дисплазією І типу за Crowe стан вертлюжної западини (глибина, кут фронтальної інклінації, маса кісткової тканини у ділянці склепіння, передньої та задньої стінок) дозволяв забезпечити стабільну первинну PressFit фіксацію і правильне просторове розташування ацетабулярного компонента ендопротезу. Через 3 – 4 місяці після операції більшість пацієнтів не відчували дискомфорту, пов'язаного з імплантованим штучним суглобом. Певні функціональні обмеження, що впливали на результати відповідно до шкали W. Harris, були обумовлені фізіологічним станом, що мав місце до операції.

При середньо-високих (Crowe II) та високих (Crowe III) підвивихах стегна імплантація ацетабулярного компонента виконується за умов значної недостатності або відсутності склепіння, малої глибини западини та недорозвинутої передньої стінки. Розташування чашки ендопротеза відповідно до фізіологічних параметрів мало забезпечити відновлення природного центру ротації кульшового суглоба, загального стегнового офсету й балансу м'язів. При дефекті покриття ацетабулярного компонента більше ніж 30%, застосовували кісткову пластику склепіння кортикально-губчастим трансплантатом, сформованим із видаленої головки та шийки стегнової кістки. Особливості хірургічних втручань визначали перебіг післяопераційного відновлювального лікування з урахуванням індивідуального стану пацієнта.

Дистальне переміщення стегна збільшує дисбаланс м'язів тазового поясу, що мав місце до операції. Це значно уповільнює відновлення рухів у штучному суглобі і збільшує ризики вивихів стегна у ранньому післяопераційному періоді. Застосування кісткової пластики склепіння вимагало відтермінування навантаження і відновлення опорної функції оперованої кінцівки до 3 – 4 місяців. Подальше відновлення при важких проявах дисплазії тривало 1,5 – 2 роки.

Після ендопротезування значно поліпшується загальна функція, включно з відстанню ходи, больовим синдромом, діапазоном рухів. Однак, серед пацієнтів, у яких артропластика виконана з приводу II та III ступенів дисплазії за Crowe, тривалий час спостерігалась різного ступеню кульгавість, аритмічність ходи. За даними опитування пацієнтів, найбільш частою і значущою для них скаргою було відчуття різної довжини нижніх кінцівок і «слабкість» м'язів тазового поясу. Про це свідчила наявність у цих пацієнтів, підчас ходи, позитивного симптому Тренделенбуга. За даними аналізу післяопераційних рентгенограм, головною причиною істинного вкорочення оперованої кінцівки з'явилися технічні особливості, пов'язані з імплантацією компонентів ендопротеза. На контрольних рентгенограмах спостерігали порушення лінії Шентона та загального стегнового офсету.

Висновки.

1. Тотальна артропластика при прогресуючій дисплазії кульшового суглоба навіть за наявності важких анатомічних та фізіологічних порушень дозволяє значно покращити

опорну та рухову функцію нижніх кінцівок, поліпшити загальний стан та якість життя пацієнтів.

2. Стан кісткових утворень і м'яких тканин у ділянці кульшових суглобів, а також ступінь анатомічних порушень, є критичним для успішного виконання артропластики і подальшого відновлення опорно-рухової функції.

3. Після артропластики з приводу дисплазії кульшового суглоба пацієнти потребують більш тривалого відновлювального лікування. 4. Функціональні результати артропластики визначаються ступенем досягнутої компенсації анатомічних та функціональних порушень.