

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Танькут В.А., Жигун А.И., Танькут А.В., Сайко В.Ю.

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И.Ситенко НАМН
Украины», г. Харьков

Диспластический коксартроз относится к одному из наиболее распространенных заболеваний тазобедренного сустава, удельный вес которого среди суставной патологии достигает 25-35 %. В 60-70 % случаев страдают люди наиболее работоспособного возраста и женского пола. Инвалидность при этом достигает 63-65 %.

Цель исследования. Разработка и обоснование методик выполнения операций эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с различными формами дисплазии тазобедренного сустава, а также оценка результатов лечения.

Материалы и методы. За период 2002-2012 гг. в институте нами выполнено эндопротезирование у 334 больных с диспластическим коксартрозом IV ст. (251 женщина и 83 мужчины) в возрасте от 28 до 78 лет, при этом у 41 человека – эндопротезирование с двух сторон. При выборе методик операции использовали классификацию Crowe (I ст. – IV ст.). Были определены основные принципы эндопротезирования при диспластическом коксартрозе: оценка анатомических параметров вертлужной впадины и проксимального отдела бедренной кости; учет степени регионарного остеопороза; анатомическая оценка противоположного тазобедренного сустава; оценка состояния околосуставных мышц, сухожилий и контрактур. Отдельная группа больных была с ятрогенными деформациями диспластического тазобедренного сустава, перенесенными ранее операциями по реконструкции вертлужной впадины и бедренной кости. При этом до операции учитывали длину нижних конечностей пациента с целью их возможного выравнивания, подбирали оптимальный тип и размер конструкции эндопротеза и индивидуально подходили к планированию методики выполнения каждой операции. При I степени дисплазии осуществляли бесцементную и цементную (по показаниям) фиксацию эндопротеза с использованием костной аутопластики дефекта. При II и III степени дисплазии костную аутопластику вертлужной впадины осуществляли более крупными аутотрансплантатами с фиксацией их винтами. При IV степени дисплазии операцию выполняли в 2 этапа: 1) низведение головки бедренной кости до уровня вертлужной впадины с помощью стержневого аппарата; 2) эндопротезирование. При планировании операций эндопротезирования оценивали также анатомические особенности проксимального отдела бедренной кости, форму и размеры костномозгового канала, определяли угол анте- или ретроторсии головки и шейки. При подборе ножки эндопротеза учитывали форму канала бедренной кости: расчет индекса сужения костномозгового канала (по Noble).

Результаты. Клинические результаты лечения больных с диспластическим коксартрозом оценивали по шкале Harris (до операции средний балл – 28; через год после операции – 83; через 5 лет после операции – 91; через 10 лет после операции – 86 баллов).

Выводы. Операции эндопротезирования тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе относятся к сложным хирургическим вмешательствам. Целесообразно и необходимо проводить тщательное планирование операции. При выполнении операции важно учитывать анатомические особенности вертлужной впадины и проксимального отдела бедренной кости и иметь в своем арсенале различные типы конструкций эндопротезов. Применение предложенных нами методик эндопротезирования у больных с диспластическим коксартрозом позволило значительно улучшить результаты лечения.

Реферат

Танькут В.О., Жигун А.И., Танькут О.В., Сайко В.Ю.

ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Клінічні спостереження 334 хворих з ендопротезами кульшового суглоба при тяжких формах диспластичного коксартрозу за період 2002-2012 роки показали, що ці операції при даній патології являються складними. Для виконання таких операцій потрібно значний досвід хірургів, мати декілька типів конструкцій ендопротезів, а також суворо дотримуватися техніки операції.

Abstract

V.A.Tankut, A.I.Zhigun, A.V.Tankut, V.Y.Saiko

HIP JOINT REPLACEMENT WITH DIFFERENT TYPES OF HIP DYSPLASIA

Clinical observation of 334 patients with severe dysplastic osteoarthritis which underwent total hip replacement in the period between 2002 and 2012 showed that this operation is very complicated for such type of pathology. In order to decide this problem it is necessary to attract the surgeons with a high level of qualification as well as to have several types of endoprstheses and strictly follow operational technique.