

МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

ДУ "ІНСТИТУТ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ НАМН УКРАЇНИ",
17 ЛЮТОГО 2017, М. КИЇВ

УДК 616.728.2-001.6-053.1-007.17-089.843-77-053.8

С. І. Герасименко, М. В. Полулях, Ю. М. Гук, Д. М. Полулях, А. В. Зотя, Ю. О. Костогрив

ДУ «Інститут ТО НАМН України», Київ

АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ДОРΟΣЛИХ ПРИ ТЯЖКИХ ТИПАХ ДИСПЛАЗІЇ

Ключові слова: вроджений вивих, дисплазія, кульшовий суглоб, тотальне ендопротезування.

Робота базується на аналізі клініко-рентгенологічного матеріалу 50 хворих з дисплазією кульшового суглоба Crowe III, IV типу, яким виконано 63 ендопротезування кульшового суглоба, з них 13-ти хворим ендопротезування було виконано з обох сторін. Дисплазія Crowe III типу у 42 випадках і Crowe IV типу у 21 випадку. Серед оперованих пацієнтів жінок було 45 (90%) і чоловіків 5 (10%). Вік пацієнтів коливався від 15 до 61 року, що в середньому становило 43,02 роки $\pm 10,28$. З усіх прооперованих хворих 12 були з вродженим вивихом стегна, інші 38 хворих лікувались з приводу важкого типу, Crowe III, IV, вродженого диспластичного коксартрозу. Для визначення рентгенологічних норм кульшового суглоба взяли рентгенівські плівки 9 здорових пацієнтів.

На рентгенівських знімках ми визначали як кутові так і лінійні показники кульшового суглоба. До лінійних показників відносили: ширину входу та глибину кульшової западини, товщину стінки дна кульшової западини та відносне вкорочення зацікавленої кінцівки. Кутовим показникам відповідає: кут нахилу кульшової западини (кут Шарпа), шийково-діафізарний кут та кут Wiberg. При односторонньому процесі проводили порівняння з протилежною стороною. Нами була створена комп'ютерна програма, яка дозволяє визначити вище вказані показники в абсолютних числах. Розрахунки виконували

по рентгенограмам кульшового суглоба з 10% збільшенням на плівці розміром 300x400мм. Рентгенівський знімок сканувався і вносився в комп'ютерну програму.

Кульшовий суглоб має значні анатомічні особливості при вродженому вивиху стегна і диспластичному коксартрозі. Так, порівнюючи зі здоровою стороною, при вродженому вивиху стегна розмір входу в кульшову западину зменшується, на відміну від вродженого диспластичного коксартрозу, де розмір входу збільшується. Шийково-діафізарний кут здебільшого збільшується, як при вродженому вивиху стегна, так і при диспластичному коксартрозі. Кут Wiberg від'ємний при вродженому вивиху стегна і близький до нуля при важкому типі диспластичного коксартрозу. Глибина кульшової западини значно зменшується, як при вродженому вивиху стегна, так і при важкому типі диспластичного коксартрозу. Стінка дна кульшової западини потовщується при обох патологіях. Кут нахилу кульшової западини при вродженому вивиху стегна близький до норми, на відміну від кульшового суглоба з важким типом диспластичного коксартрозу, де кут нахилу западини збільшується.

Розроблена нами програма дозволяє стандартизувати визначення кутових та лінійних величин кульшового суглоба, що необхідно враховувати при передопераційному плануванні.