

## ДОСВІД ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

В. М. Майко

Обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

### OUR EXPERIENCE OF HIP JOINT REPLACEMENT IN PATIENTS WITH HIP COXARTHROSIS

V. V. Maiko

*It is reported about ten years experience of Vinnytsia's branch of the Republican Center of the Hip Arthroplasty where 685 total hip replacements in patients with coxarthrosis were performed. The positive results obtained in 92,1% of patients confirm the efficacy of the method of the surgical rehabilitation. After surgery patients underwent the complex functional drug and physical therapy, balneotherapy under condition of Kbmelnyk resort.*

*Key words: coxarthrosis, total hip replacement, results, rehabilitation, hip joint.*

### ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

В. М. Майко

*Представлен анализ десятилетнего опыта Винницкого филиала Республиканского центра эндопротезирования – 685 тотальных эндопротезирований тазобедренного сустава у больных остеоартрозом. Полученные положительные отдаленные результаты у 92,1% пациентов подтверждают эффективность этого способа хирургической реабилитации. После операции больным проводилось комплексное функциональное медикаментозное, физиотерапевтическое, бальнеологическое лечение в условиях курорта Хмельника.*

*Ключевые слова: остеоартроз, тотальное эндопротезирование, результаты, реабилитация, тазобедренный сустав.*

### Вступ

Проблема лікування хворих на *остеоартроз кульшового суглоба* (ОА КС) є актуальною у зв'язку з поширеністю цього захворювання, ранньою інвалідністю і недостатньою ефективністю консервативного та хірургічного лікування [4, 7, 9, 11].

Одним з найбільш ефективних методів лікування цієї патології є *тотальне эндопротезування* (ТЕП) *кульшового суглоба* (КС), особливо при ОА КС II та III стадії за Н. С. Косинською [3, 8, 9]. Проте ця операція, не дуже складна при свіжих травмах, у хворих з ОА КС після травми, у хворих з ОА КС іншої етіології, особливо диспластичним ОА КС, після неефективного або недостатньо ефективного лікування, технічно складна і вимагає нестандартного диференційованого та індивідуального підходу до вибору ендопротеза, використання кісткової пластики або пластики іншими матеріалами [2, 4, 8].

**Мета** роботи – узагальнити досвід тотальних едопротезувань хворих з ОА КС у філії Республіканського центру ендопротезування на базі травматологічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова (ВОКЛ).

### Матеріали і методи

У нашій установі ТЕП КС виконується з 1994 р. – у хворих з переломом шийки стегнової кістки, а з 1998 р. – при захворюваннях і наслідках травм КС, у першу чергу у пацієнтів з ОА КС.

Результати ТЕП в терміни від 2 до 10 років були вивчені у 515 хворих з ОА КС, у тому числі у 170 (33,1%), оперованих на двох КС, яким за період з 1998–2008 рр. було виконано 685 ТЕП КС (334 (64,9%) – жіночої статі і 181 (35,1%) – чоловічої).

Випадки ревізійного ТЕП у цій роботі не аналізуються.

*II стадія* ОА КС відмічалася у 151 (22,1%) КС, *III стадія* – у 534 (77,9%).

У пацієнтів з ОА КС *I стадії* ТЕП не виконували.

*За етіологією* наші пацієнти з ОА КС розподілилися таким чином:

післятравматичний . . . 100 (19,4%);  
диспластичний . . . . . 202 (39,2%);  
післязапальний . . . . . 65 (12,6%);  
асептичний некроз . . . 78 (15,1%);  
ідіопатичний . . . . . 70 (13,6%).

Двостороннє ТЕП виконувалося, в основному, у хворих з диспластичним ОА КС, дещо рідше – з системними захворюваннями.

Серед 170 хворих, яким операція виконувалася на двох КС:

- у 92 (54,1%) відмічався двобічний ОА КС III стадії;
- у 33 (19,4%) – II стадії;
- у 45 (26,4%) – з одного боку був ОА КС II стадії, а в контралатеральному КС – III стадії.

За віком хворі розподілися так:

- 20–30 років ..... 31 (6,2%);
- 31–40 ..... 45 (8,7%);
- 41–50 ..... 64 (12,4%);
- 51–60 ..... 117 (22,7%);
- 61–70 ..... 163 (31,6%);
- старше 70 років ... 95 (18,4%).

Таким чином, майже половина пацієнтів (49,9%) були працездатного віку і серед них 209 (81,3%) мали групу інвалідності.

До призначення ТЕП хворі лікувалися:

- 1) консервативно – без досягнення ефекту практично в усіх пацієнтів;
- 2) оперативно – 99 (23,8%), яким операції виконувалися в основному з приводу диспластичного коксартрозу (вродженого вивиху стегна) і післятравматичного ОА КС.

Усі хворі до і після операції обстежувалися за єдиною схемою:

- 1) клінічно;
- 2) лабораторно;
- 3) з використанням променевих технологій.

На всіх хворих перед операцією і при контрольних оглядах заповнювалася карта з 62 пунктами (питаннями), адаптована для введення в базу даних і комп'ютерного опрацювання.

ТЕП КС здійснювалось стандартно з використанням загальноприйнятої методики і доступів.

- Цементне ТЕП виконувалося у 341 (49,9%) випадку;
- гібридне – у 79 (11,4%);
- безцементне – у 265 (38,7%).

Цементне ТЕП використовувалося в основному у пацієнтів віком за 65 років з остеопорозом кісток КС, безцементне – у молодших.

Кісткові ауто- і алопластика були застосовані при 86 операціях, в основному пацієнтам з диспластичним ОА КС та протрузійною формою ОА.

Реабілітація перші 2 тижні після операції проводилася в травматологічному відділенні ВОКЛ, у подальшому – амбулаторно і стаціонарно в обласній фізіотерапевтичній лікарні або санаторіях м. Хмельника і в обласній лікарні відновного лікування травматологічних хворих у м. Печері під контролем клінічних, лабораторних і променевих тестів за складеною нами інтерактивною програмою.

## Результати та їх обговорення

Результати ТЕП ми розглядали як:

- 1) безпосередні – до 6 міс. після операції;
- 2) найближчі – 6–24 міс.;
- 3) віддалені – більше 2-х років після операції.

Результати оцінювали в балах за шкалою Harris:

- відмінні ..... більше 90;
- добрі ..... 80–89;
- задовільні ..... 70–79;
- незадовільні ... менше 70.

Крім того, ми враховували різницю між початковою оцінкою стану хворого й оцінкою після ТЕП. При різниці більше 30 балів результат вважали відмінним; 20–30 балів – добрим; 15 – задовільним.

**Безпосередні і найближчі результати**, вивчені в усіх 515 хворих (685 операцій), були такими (за шкалою Harris):

- відмінні ..... 81 (15,7%);
- добрі ..... 239 (46,4%);
- задовільні ... 171 (33,2%);
- незадовільні ... 24 (4,7%).

Усі хворі з незадовільними результатами потребували повторної операції, яка виконана у 18 із 24.

Оцінка типово за Harris та оцінка з урахуванням різниці до і післяопераційних оцінок у балах відрізнялися тільки у 19% обстежених і не більш, ніж на одну градацию на користь нашої модифікації.

У разі різних оцінок у 2 оперованих КС клінічний результат оцінювали за гіршим суглобом.

**Віддалені результати** в терміни від 2 до 10 років після операції прослідкували у 437 КС:

- відмінні ..... 43 (9,9%);
- добрі ..... 204 (46,8%);
- задовільні ..... 155 (35,5%);
- незадовільні ..... 34 (7,8%).

Серед незадовільних – результати пацієнтів, які були розцінені, як незадовільні, у найближчі терміни після операції, навіть якщо вони були оперовані повторно.

Деяке зниження оцінки у віддалених термінах було за рахунок переходу з групи відмінних результатів у групу добрих і з групи добрих – у групу задовільних.

Середня оцінка в балах знизилася з 83,4 до 74,3, або на 10,1%.

З урахуванням вихідної початкової оцінки стану КС за Harris 46,1 бала клінічно оцінка ТЕП, або операції на 2 КС підвищилася порівняно до початкового стану на 28,2 бала або на дві градации.

Результати були достовірно гіршими ( $p < 0,05$ ) у пацієнтів, що раніше оперувалися (середній бал у найближчі терміни після ТЕП – 70,3; у віддалених – 60,4 бала). Проте, різниця клінічної оцінки до і після операції у цих пацієнтів у найближчі терміни становила 27,8 бала і 22,9 бала у віддалених, що підтверджує позитивний ефект ТЕП і у цієї категорії хворих.

Середній бал був також достовірно меншим ( $p < 0,05$ ) у хворих, оперованих у віці після 70 років. Проте й у них різниця між доопераційною й післяопераційною оцінкою була вища ніж 20 балів.

Оцінка за Harris була перевірена і підтверджена оцінкою за шкалою SF (це питання у цій статті не аналізувалося).

## Висновки

Аналіз результатів 685 ТЕП КС, виконаних у 515 хворих з ОА КС (у 170 з обох боків), свідчить про високу ефективність цієї операції, особливо з урахуванням тяжкості контингенту. Бальна оцінка результатів за шкалою Harris, поза сумнівом, об'єктивно відображає результат операції, проте не враховує початкового стану КС. Для хворого, прикутого до ліжка, який щодня вживає знеболюючі препарати, післяопераційна оцінка у 69 балів не є незадовільною, якщо вона підвищилася на 20 і більше балів проти доопераційної. Такі хворі після операції самостійно пересуваються по квартирі, самі себе обслуговують і не користуються знеболюючими препаратами.

Успіху операції у наших хворих багато в чому сприяла унікальна можливість більшості пацієнтам користуватися безкоштовним комплексним лікуванням та реабілітацією в умовах бальнеологічного курорту м. Хмільник в обласній фізіотерапевтичній лікарні і санаторіях, добре забезпечених апаратурою і кадрами, та реабілітації в Обласній лікарні відновного лікування травматологічних хворих у м. Печері.

## Література

1. Аналіз стану ортопедо-травматологічної допомоги населенню України в 2005–2006 рр. : довідник / *Гайко Г. В., Корж М. О., Калашніков А. В., Герасименко С. І., Політко В. П.* – К., 2007. – 131 с.
2. *Гайко Г. В.* Сучасні підходи до профілактики та лікування остеоартрозу / *Г. В. Гайко, А. Т. Бруско* // Літопис травматол. та ортопед. – 2008. – № 1–2. – С. 157.
3. *Коваленко В. Н.* Остеоартроз : практ. рук. / *В. Н. Коваленко, О. П. Борткевич.* – К. : Морион, 2003. – 448 с.
4. *Корж Н. А.* 40-летний опыт института им. М. И. Ситенко в развитии эндопротезирования суставов (история и современность) / *Корж Н. А., Филиппенко В. А., Танькут В. Н.* // Актуальні проблеми ендопротезування : матеріали наук.-практ. конф. – Вінниця, 2008. – С. 46–49.
5. *Корж Н. А.* Остеоартроз : консервативная терапия / *Корж Н. А., Дедух Н. В., Зупанец І. А.* – Х. : Прапор, 1999. – 336 с.
6. Первичное эндопротезирование крупных суставов в Донецкой области. Успехи и проблемы / *Климовицкий В. Г., Худобин В. Ю., Канзюба А. И.* [и др.] // Актуальні проблеми ендопротезування : матеріали наук.-практ. конф. – Вінниця, 2008. – С. 44–46.
7. *Поливода А. Н.* Артроз. Консервативный и хирургический методы лечения и этапной медицинской реабилитации / *Поливода А. Н., Литвиненко А. Г., Вишневский В. А.* – Одесса : Астропринт, 2007. – 320 с.
8. Стан і структура первинної інвалідності при захворюваннях суглобів / *Яременко Д. О., Шевченко О. Г., Голубова І. В., Корольков О. І., Кинош Г. В.* // Літопис травматол. та ортопед. – 2008. – № 1–2. – С. 133–135.
9. Становлення та діяльність Республіканського центру ендопротезувань суглобів / *Гайко Г. В., Герасименко С. І., Полулях М. В., Торчинський В. П.* // Актуальні проблеми ендопротезування : матеріали наук.-практ. конф. – Вінниця, 2008. – С. 3–5.
10. Longterm results with the BICONTACT system / *Eingartner C., Heigele T., Difter Y., Winter E.* // Intekn. Orthop. – 2003 (Suppl. 3). – P. 111–113.
11. *Weller S.* Fifteen years of Experience – the past, the present, the future what has been achieved? / *S. Weller* // Intekn. Orthop. – 2003 (Suppl. 3). – P. 52–56.