

ЛІКУВАННЯ КОКСАРТРОЗУ ШЛЯХОМ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ

Н. В. Мороз, О. І. Зарудна

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
ННІ медсестринства*

У статті висвітлено структуру захворюваності на коксартроз. Розглянуто введення тотального ендопротезування як способу лікування даної патології. Звернено увагу на післяопераційний період після операційного втручання.

TREATMENT OF COXARTHROSIS BY TOTAL ENDOPROSTHESIS

N. V. Moroz, O. I. Zarudna

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky
of MPH of Ukraine»
Educational and Scientific Institute of Nursing*

The article highlights the morbidity structure of coxarthrosis. Considers the introduction of the total endoprosthesis, as a method of treatment of this pathology. Attention is drawn to the post-operative period after surgery.

Вступ. Остеоартроз – часте захворювання суглобів у багатьох популяціях, яке зазвичай маніфестує в осіб віком старших 40 років. В Україні розповсюдженість остеоартрозу становить майже 500 осіб на 100 тис. населення. Частота остеоартрозу колінного суглоба (гонартрозу) досягає 24–68 % від усіх дегенеративно-дистрофічних уражень суглобів. Ознаки захворювання на остеоартроз серед осіб старше 65 років спостерігаються у 68 % жінок та 58 % чоловіків. Остеоартроз кульшових суглобів III–IV стадії виявляють у 8,4 % жінок та 3,1 % чоловіків серед загальної популяції. Неухильне прогресування процесу 11,5 % хворих призводить до інвалідності. Враховуючи вищевикладене, протягом останнього часу більшого значення в лікуванні остеоартрозу на пізніх стадіях захворювання відводиться сучасним артропластичним та радикальним операційним втручанням, в тому числі тотальному ендопротезуванню кульшового суглоба.

© Н. В. Мороз, О. І. Зарудна, 2014

Тотальне ендопротезування кульшового суглоба залишається радикальним та найефективнішим методом лікування хворих на диспластичний коксартроз, що зумовлено значною кількістю (40 %) несприятливих наслідків та результатів паліативних операційних втручань у цієї когорти пацієнтів.

Основна частина. Остеоартроз – це гетерогенна група захворювань різної етіології зі схожими біологічними, морфологічними, клінічними проявами і наслідком, в основі яких лежить ураження всіх компонентів суглоба, насамперед хряща, а також субхондральної кістки, синовіальної оболонки, зв'язок, капсули, м'язів, які оточують суглоб (Національний підручник з ревматології / за ред. В. М. Коваленка, Н. М. Шуби, 2013 рік).

Остеоартроз із залученням колінного і кульшового суглобів займає одне з лідируючих місць серед дегенеративно-дистрофічних захворювань у віці після 40 років. Першопричиною хвороби є порушення кровообігу в суглобі, що призводить

до погіршення обміну речовин, падіння якості синовіальної рідини і руйнування хряща. Крім власне руйнування суглоба, таке захворювання може бути наслідком вивихів та переломів, розвитком ревматоїдного артриту та інфекційних процесів. При запущеному коксартрозі (артроз тазостегнового суглоба) і гонартрозі (артроз колінного суглоба) завдає сильні болі, призводить до кульгавості й втрати рухливості та труднощів із самообслуговуванням [1].

На ранніх стадіях хвороби проводять консервативне лікування, яке позбавляє хворого болю, покращує рух у суглобі [3].

Традиційна медицина тяжкого коксартрозу пропонує симптоматичне лікування із застосуванням болезаспокійливих протизапальних препаратів, лікувальну фізкультуру в режимі дозованого навантаження та розвантаження, оскільки базисна терапія хондропротекторами на цій стадії уже стає неефективною за даними багатьох авторів. Тому лікувальною тактикою вибору є тотальне ендопротезування ураженого суглоба. Отже, ендопротезування суглобів – це метод хірургічного лікування відновної терапії, який дозволяє повернути функціональну активність, купірувати больовий синдром та повернути якість життя пацієнту.

Основними скаргами пацієнтів при зверненні до лікаря є біль, обмеження рухів у суглобі, порушення функції кінцівки. Окрім остеоартрозу, причиною цих скарг зазвичай є асептичний некроз головки стегнової кістки, перелом шийки стегнової кістки тощо [2].

Показання до ендопротезування (Національний підручник з ревматології / за ред. В. М. Коваленка, Н. М. Шуби, 2013 рік):

- виражений больовий синдром та порушення функції кінцівок при неефективності консервативного лікування;

- остеоартроз III–IV рентгенологічної стадії;

- ураження кульшового чи колінного суглобів при ревматоїдному артриті, хронічному ювенільному ревматоїдному артриті, анкілозивному спондилоартриті та інших ревматичних захворюваннях із виявленими рентгенологічними кістково-деструктивними змінами;

- асептичний некроз головки стегнової кістки і прогресування деформації головки;

- асептичний некроз виростків великогомілкової чи стегнової кісток із прогресуючою вальгусною чи варусною деформацією кінцівки;

- зміни в кульшовому суглобі з рентгенологічними ознаками протрузії дна вертлюжної западини;

- клінічно виявлене вкорочення кінцівки на боці ураження у поєднанні з рентгенологічними змінами;

- контрактура суглоба, зумовлена виявленими рентгенологічними кістково-деструктивними змінами;

- фіброзний та кістковий анкілоз суглоба;

- післятравматичні зміни суглоба, що призводять до порушення опорної функції та больового синдрому.

Протези з цементним типом фіксації найчастіше застосовують у хворих літнього і старечого віку. Це зумовлено слабкістю кісткової тканини внаслідок остеопорозу; крім того цементний тип фіксації протеза дозволяє раннє навантаження на оперовану кінцівку, що вкрай важливо для хворих у цьому віці.

Протези з безцементним типом фіксації рекомендують хворим у більш молодому віці з добре збереженою кістковою тканиною. У свою чергу, безцементні протези поділяються на різновиди залежно від пар тертя: метал–поліетилен, кераміка–кераміка, метал–метал. Найбільшого поширення набули протези з діаметром головки протеза 28 мм, однак останнім часом користуються популярністю протези з великою головкою. Їх перевагою є стійкість до можливого вивиху і практично відсутність стирання компонентів протеза.

Тривалість функціонування протеза залежить від багатьох факторів: стану кісткової тканини, маси і способу життя хворого, супутніх захворювань тощо. Найчастішою причиною повторних операцій стає розхитування одного з компонентів протеза через надмірні навантаження [4].

Противпоказання до протезування тазостегнового суглоба:

- гнійна інфекція;

- серцево-судинні захворювання у стадії суб- і декомпенсації;

- декомпенсовані захворювання органів дихання;

- ендокринні захворювання в стадії декомпенсації;

- печінково-ниркова недостатність.

Перед операцією пацієнтів всебічно обстежують, проводять електрокардіографію, доплерографію судин нижніх кінцівок і под. Операція ендопротезування кульшового суглоба в

стандартних випадках триває від 1,5 до 3 годин. У складних випадках, наприклад, при дисплазії або при наслідках травм вертлюжної западини, коли доводиться виконувати пластику вертлюжної западини, операція може тривати до 4 годин. Профілактика інфекційних ускладнень і тромбоемболії починається в передопераційному періоді й триває в післяопераційному періоді [5]. Результати проведених операційних втручань зображено на рисунках 1–3.

Реабілітація починається вже з наступного дня після операції. З пацієнтом починає працювати методист з лікувальної фізкультури. Хворому дозволяють вставати з ліжка, ходити за допомогою милиць. Пацієнтам старечого віку зручніше починати ходити на ходунках. У випадку

застосування протеза із цементним типом фіксації дозволяють дозоване навантаження, що становить 80 % маси пацієнта, що важливо для людей літнього і старечого віку. У випадках застосування протеза з безцементним типом фіксації навантаження на оперовану кінцівку обмежують до 20 % від маси пацієнта на термін 6–8 тижнів. З метою профілактики тромбоемболії пацієнти бинтують нижні кінцівки еластичним бинтом або користуються еластичними панчохами.

Через 5–10 днів після операції пацієнта випускають на амбулаторне лікування.

Консультацію призначають через 8–10 тижнів після операції з метою рентгенографії оперованого суглоба, вирішення питання про повне навантаження кінцівки, уточнення необхідності



Рис. 1. Рентгенограма тазостегнового суглоба до операції і після ендопротезування (діагноз: асептичний некроз головки лівої стегнової кістки).



Рис. 2. Рентгенограма тазостегнового суглоба до операції і після ендопротезування (діагноз: лівосторонній коксартроз, IV стадія).



Рис. 3. Рентгенограма тазостегнового суглоба до операції і після ендопротезування (діагноз: двосторонній коксартроз, IV стадія).

застосування препаратів кальцію і ремодуляторів кісткової тканини [6].

Висновок. На сьогодні при лікуванні хворих на тяжкий коксартроз перевагу віддають операціям тотального ендопротезування кульшового су-

глоба. Тотальне ендопротезування усуває біль, кульгавість, відновлює функцію в кульшовому суглобі, опороспроможність нижньої кінцівки та покращує якість життя пацієнта.

ЛІТЕРАТУРА

1. Котельников Г. П. Травматология. Национальное руководство : учеб. пос. / Г. П. Котельников, С. П. Миронов – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 820 с.
2. HarrisHayes M. Relationship of acetabular dysplasia and femoroacetabular impingement to hip osteoarthritis: a focused review / M. Harris Hayes, N. K. Royer // *PMR*. – 2011. – Vol. 3, № 11. – P. 1055–1067.
3. Michon F. Osteoarthritis. A public health problem / F. Michon // *Soins*. – 2012. – Vol. 768, № 9. – P. 27–28.
4. Анкин Л. Н. Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения / Л. Н. Анкин, Н. Л. Анкин. – М. : Книга-плюс, 2002. – 480 с.
5. Ревенко Т. А. Атлас операций при травмах опорно-двигательного аппарата / Т. А. Ревенко, В. Н. Гурьев, Н. А. Шестерня. – М. : Медицина, 1987. – 272 с.
6. Диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических поражений суставов / [Шумада И. В., Сулова О. Я., Стецула В. И. и др.]. – К. : Здоровья, 1990. – 197 с.

Отримано 28.05.14