

## ЛІКУВАННЯ КОКСАРТРОЗІВ ШЛЯХОМ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ

Н. В. Мороз

Сумська обласна клінічна лікарня

У статті висвітлено структуру захворюваності на коксартроз. Розглядається введення тотального ендопротезування як способу лікування даної патології. Звертається увага на післяопераційний період після операційного втручання.

### TREATMENT BY TOTAL HIP ARTHROSIS

N. V. Moroz

Sumy Regional Clinical Hospital

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 paid to the post-operative period after surgery.

**Вступ.** У структурі деструктивно-дистрофічних захворювань суглобів коксартроз займає провідне місце. Тому важливим є введення в лікування тотального ендопротезування для покращення здоров'я і життя людей.

**Основна частина.** Від остеоартрозу страждає кожен п'ятий житель планети [1], причому це захворювання є найчастішим серед патологій опорно-рухового апарату в різних регіонах земної кулі [2, 3]. Хвороба несе велике медичне, соціальне та економічне навантаження на суспільство [4]. Найактуальнішою вважається проблема уражень колінних і тазостегнових суглобів, оскільки гонартроз і коксартроз є найбільш інвалідизуючими локалізаціями патологічного процесу [5]. Кожний четвертий ортопедичний хворий страждає від захворювань суглобів, серед яких більш ніж 60 % становлять люди працездатного віку, а у 11,5 % це призводить до інвалідизації. Останнім часом відзначається тенденція до зростання захворюваності коксартрозом серед осіб молодого віку. Коксартроз – це один із різновидів артрозу, який уражає кульшові суглоби. Це захворювання спостерігається при анатомо-функціональній неповноцінності опорно-рухового апарату, зумовле-

ного вродженими порушеннями розвитку, травмами, перенесеними запальними процесами та іншими порушеннями [6].



Артроз тазостегнового суглоба (коксартроз)

Розрізняють три ступеня коксартрозу. Чим вищий ступінь, тим тяжча симптоматика.

**Коксартроз 1 ступеня.** Періодично виникають болі тільки в ділянці суглоба. Біль з'являється, як правило, у той момент, коли пацієнт після спокійного стану починає рухатися. Суглоб «розробляється», біль вщухає. У стані спокою біль не відчувається. Суглоб рухливий, як у здорової людини. Рентген показує лише незначні розростання

кісткових тканин, майже непомітне звуження суглобової щілини, головка і шийка стегнової кістки не змінені.

**Коксартроз 2 ступеня.** Болі починають віддавати в коліно і стегно, виникають і в стані спокою. При інтенсивних фізичних навантаженнях (тривала ходьба, біг) хворий починає мимоволі кульгати. Зміни, видимі рентгеном, стають більш помітними: деформується головка стегнової кістки, її контур стає нерівним, шийка кістки потовщена, суглобова щілина звужена на одну третину від норми.

**Коксартроз 3 ступеня.** Біль стає перманентною, хворий відчуває її незалежно від навантажень, вона може стати причиною безсоння. Рухливість в суглобі настільки обмежена, що хворий не може ходити без підтримки. Рентген показує значне зменшення суглобової щілини, шийка стегнової кістки дуже широка і коротка порівняно з нормою, головка стегнової кістки деформована.

Діагноз коксартрозу ставиться на підставі особистого огляду пацієнта (він дозволяє визначити напрямки подальших досліджень); клінічних аналізів: загальний і біохімічний аналізи крові (за їх допомогою можна визначити наявність в організмі запальних процесів, можна відрізнити артрит від артрозу); рентгенографія дозволяє побачити пошкодження та зміни кісткових тканин (недолік – не можна оцінити стан м'яких тканин або рідких структур); МРТ суглоба – дуже ефективний спосіб, що дозволяє побачити навіть незначні зміни хрящів.

У кожному випадку лікування призначається індивідуально залежно від стадії захворювання, віку пацієнта, супутніх захворювань. Лікувальні процедури можуть включати консервативні та медикаментозні методи:

Нестероїдні (тобто негормональні) протизапальні засоби. Вони знімають біль. Їх можуть призначати на будь-якій стадії коксартрозу.

Засоби, що знімають м'язове напруження навколо суглоба – міорелаксанти. Вони знімають біль і покращують кровообіг у ділянці суглоба. Призначають засоби, які відновлюють хрящову тканину. Це можуть бути глюкозамін, артепарон та ін. Ця група засобів є найбільш ефективною.

Фізіотерапія: електрофорез, фонофорез, кріотерапія, лазерна терапія. Всі вони направлені на поліпшення кровообігу в ураженій частині та зняття запалень. Апаратне витягування суглоба

застосовується для того, щоб зменшити навантаження на поверхні суглоба. Виконується за допомогою спеціального обладнання. Таке лікування є курсовим.

Існує витягування м'язів і зв'язок без застосування допоміжних механізмів (постізометрична релаксація). Пацієнт активно працює, також як і лікар. Завдання пацієнта – розслабляти і напружувати певні групи м'язів. Лікар виконує розтяжку в моменти розслаблення.

На початкових стадіях лікування дозволяє призупинити розвиток хвороби. Пацієнт, який почав лікування вчасно, ніколи не дізнається, що являє собою коксартроз 3 ступеня. На цих стадіях активно використовуються методи консервативного лікування та медикаментозне лікування.

Виключаються серйозні навантаження на уражений суглоб, хворого переводять на щадний режим. При цьому виконується курс спеціальних вправ. Призначаються препарати, що зменшують біль: анальгетики та нестероїдні протизапальні препарати; масаж, рефлексотерапія.

Всі ці методи активізують кровообіг у суглобі та прилеглих тканинах, дозволяють відновити його рухливість аж до повного одужання. Лікування III стадії коксартрозу є паліативним, тобто воно приносить лише тимчасове полегшення страждань хворого. Лікування полягає у введенні в порожнину суглоба спеціальних речовин (артропорон, кеналог) за допомогою шприца в умовах спеціалізованої установи. Єдиний вихід для хворих із III стадією захворювання – це операція з ендопротезування кульшового суглоба. Дана операція показана хворим із III стадією коксартрозу або з вираженими клінічними проявами захворювання. У ході цієї операції проводять видалення ураженого кульшового суглоба і встановлення на його місце спеціального ендопротеза, виготовленого з спеціальних матеріалів. Це складна і тяжка операція. Її не можна проводити людям з іншими вираженими захворюваннями, крім коксартрозу.

На базі КЗ «СОКЛ» ретроспективно проаналізовано результати 30 операційних втручань виконаних протягом 2012 року шляхом тотального ендопротезування кульшових суглобів у хворих на коксартроз.

Вік хворих коливався від 35 до 77 років. Жителі м. Суми склали 56% прооперованих, інші склали 44%. Під час ендопротезування використовували

вали ендопротези виробництва України з цементним типом фіксації та США (Біомет та Страйкер) з цементним та безцементним типом фіксації.



Протези з цементним типом фіксації застосовували у 9 (20 %) хворих літнього і старечого віку. Це зумовлено слабкістю кісткової тканини, внаслідок остеопорозу. Крім того, цементний тип фіксації протеза дозволяє раннє навантаження на прооперовану кістку, що вкрай важливо для хворих у цьому віці. Протези з безцементним типом фіксації встановлювали 34 (80 %) хворим у більш молодому віці з добре збереженою кістковою тканиною.

Післяопераційний період перебігав без особливостей, проводилась рання активізація хворих.

Після ендопротезування кульшового суглоба перебування хворого в стаціонарі в середньому складає 8–10 днів. До цього часу відбувається загоєння післяопераційної рани, хворий ходить на милицях на невеликі відстані, обслуговує себе в побуті, але його стан потребує сторонньої допомоги. Транспортування хворого здійснюють у звичайному легковому автомобілі в напівлежачому положенні. Госпіталізація в стаціонар у перші 1–1,5 місяця після операції не потрібна.

Період адаптації:

Перші 1–1,5 місяця після операції відбувається адаптація організму до вживленого імплантанту, на місці видаленої капсули суглоба утворюються рубцеві тяжі, розсмоктується післяопераційна гематома. Після повернення додому від хворого потребують виконання таких рекомендацій:

Ходьба на милицях не наступаючи на прооперовану кінцівку (профілактика тромбоемболічних ускладнень, пролежнів, пневмоній та ін.).

Лікувальна фізкультура прооперованої кінцівки – досить регулярного виконання 3-х будь-яких вправ спрямованих на зміцнення м'язів стегна, у першу чергу чотириголового м'яза стегна:

– згинання ноги в колінному суглобі до 70–80° і розгинання до рівного положення;

– під ногу в ділянці підколінної ямки підкладається валик або подушка висотою 25–40 см, виконується розгинання колінного суглоба до рівного положення за рахунок підняття гомілки і стопи;

– розгинання колінного суглоба в положенні хворого сидячи на краю ліжка («удар по м'ячу»).

Рекомендовано займатися вправами 6–8 разів на добу починаючи з 10–20 разів за підхід із поступовим збільшенням навантаження (до 30 дня після операції – по 50–70 разів кожної вправи). Потрібно відзначити, що регулярні і систематичні заняття лікувальною фізкультурою є запорукою швидкого відновлення працездатності хворих. Через 2–3 тижні від початку занять можна розпочати найбільш значущу вправу – підняття прямої ноги без згинання в колінному суглобі. Крім того, ця вправа є критерієм оцінки наполегливості хворого в заняттях – якщо воно виконується з легкістю, значить лікувальній фізкультурі приділялося досить часу й уваги.

Бинтування нижніх кінцівок еластичним бинтом виконується протягом 1 місяця після операції з метою механічної профілактики тромбоемболічних ускладнень.

Повноцінне харчування – невід'ємна частина відновлення організму після тяжкої операції. З метою лікування анемії рекомендується вживання м'ясних продуктів, фруктів і овочів, з метою профілактики остеопорозу – молочних продуктів. З огляду на вимушений тимчасовий малорухомий спосіб життя рекомендується відмовитись від хлібобулочних виробів і солодощів.

Медикаментозне лікування полягає в прийманні лише рекомендованих лікарем препаратів кальцію «Кальцемін», «Кальцій-Д<sub>3</sub> Нікомед», «Ідеос», «Вітрум кальцій», препаратів, що пригнічують резорбцію кісткової тканини «Остеогенон», «Остеомакс», «Бонвіва», «Міакальцик», препаратів заліза «Сорбифер Дурулес», «Феррум Лек», препаратів, що поліпшують периферичний кровообіг «Циннаризин», «Агапурин», препаратів, що відновлюють мікрофлору кишечника після приймання антибіотиків «Біфіформ», «Хілак форте», «Йогурт», «Біфідумбактерин», препа-

ратів, що підвищують тонус вен «Флебодія», «Ескузан», «Детралекс».

**Висновок.** На сьогодні при лікуванні хворих на коксартроз перевагу віддають операціям тотального ендопротезування кульшового суглоба.

Тотальне ендопротезування дозволяє усунути біль, кульгавість, відновити функцію в кульшовому суглобі, опороспроможність нижньої кінцівки і на 30–35 % знизити інвалідність у цієї категорії хворих.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Recent progress in understanding molecular mechanisms of cartilage degeneration during osteoarthritis / M. Wang, J. Shen, H. Jin, H. J. Im. // *Ann. NY Acad. Sci.* – 2011. – Vol. 1240, № 12. – P. 61–69.
2. Osteoarthritis epidemiology and risk factors / T. Marhadour, D. Guellec, A. Saraux [et al.] // *Soins.* – 2012. – Vol. 768, № 9. — P. 28–29.
3. Tangtrakulwanich B. Epidemiology and risk factors of patellofemoral osteoarthritis in adults: a populationbased study in southern Thailand / B. Tangtrakulwanich, P. Suwanno // *J. Med. Assoc. Thai.* – 2012. – Vol. 95, № 8. – P. 1048–1052.
4. HarrisHayes M. Relationship of acetabular dysplasia and femoroacetabular impingement to hip osteoarthritis: a focused review / M. HarrisHayes, N.K. Royer // *PMR.* – 2011. – Vol. 3, № 11. – P. 1055–1067.
5. Michon F. Osteoarthritis. A public health problem / F. Michon // *Soins.* – 2012. – Vol. 768, № 9. – P. 27–28.
6. Диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических поражений суставов / [И. В. Шумада, О. Я. Сулова, В. И. Стецула и др.]. – К. : Здоровье, 1990. – 197 с.