

УДК 616.728.2-018.3-007.24-77

## 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 втручання 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 випи-сують 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).

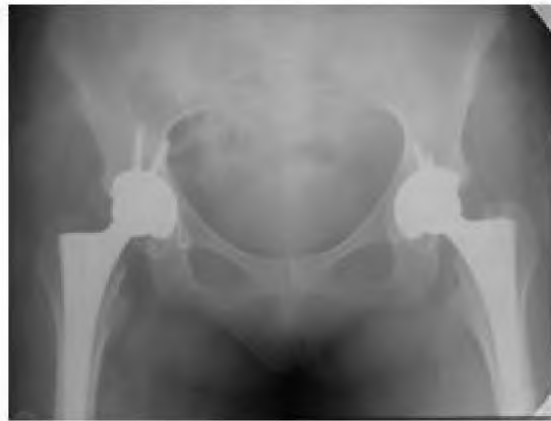


Рис. 3. Рентгенограма тазостегнового суглоба до операції і після ендопротезування (діагноз: двосторонній коксартроз, IV стадія).

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