

УДК: 616.728.2-089.843-007.2

© Лоскутов О.Є., Зуб Т.О., Лоскутов О.О., 2011

РЕКОНСТРУКТИВНЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ У ХВОРИХ НА ДИСПЛАСТИЧНИЙ КОКСАРТРОЗ.

Лоскутов О.Є., Зуб Т.О., Лоскутов О.О.

Дніпропетровська державна медична академія

Вступ. Диспластичний коксартроз (ДК) є розповсюдженим захворюванням. На його частку припадає до 16,5% всіх захворювань опорно-рухової системи [9]. При цьому необхідно зазначити, що даний патологічний стан здебільшого вражає людей молодого віку, що є фізично активними та зацікавлені в продовженні трудової діяльності. При ДК, порівняно з іншими видами коксартрозу, високою є частка первинної інвалідизації [1, 8, 17]. Сукупність наведених факторів пояснює велику соціальну значимість ДК та необхідність формування чіткої системи медичної, соціальної та трудової реабілітації для цієї категорії хворих.

На сьогодні єдиним способом лікування пізніх стадій коксартрозу будь-якої етіології, що забезпечує для хворого швидко позбавлення від болю, відновлення функції кінцівки та працездатності, є ендопротезування кульшового суглоба [4,5,17]. Але відновлення функції опори та руху при ДК – непросте завдання для ортопеда. Анатомічні зміни з боку кульшової западини та проксимального відділу стегнової кістки ускладнюють правильне розташування компонентів ендопротезу та можуть вплинути на ступінь їхньої первинної стабільності, а ослаблені м'язи не забезпечують достатньої стабілізації штучного суглоба [10, 12]. Доказом цього можна вважати дані реєстрів ендопротезування, за даними яких ускладнення при ендопротезуванні з приводу ДК зустрічаються в 8-19% випадків, що значно частіше, ніж у загальній популяції [16].

Метою роботи було поліпшення результатів лікування та зниження інвалідизації хворих на диспластичний коксартроз шляхом розробки та вдосконалення вітчизняних ендопротезів та методів ендопротезування у хворих з цією патологією.

Матеріали та методи дослідження. В основу роботи покладено дані антропометричних досліджень рентгенограм 67 пацієнтів (85 кульшових суглобів) та спостереження за 218 хворими на ДК, яким було виконане ендопротезування кульшового суглоба в клініці ортопедії та травматології на базі Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечнікова. Середній вік пацієнтів склав 46 років (24-78) років. Патологія переважала у жінок (88%), що є характерним для цієї патології кульшового суглоба [1].

При ендопротезуванні хворих на ДК найбільшу кількість проблем ортопедії мають із встановленням кульшового компонента, бо недолік всіх аспектів анатомії та біомеханіки може призвести до нестабільності чашки, рецидивуючих вивихів, прискороеного зношення поліетиленового вкладня, що обумовлює незадовільні результати лікування.

Анатомічні особливості кульшової западини при диспластичному коксартрозі. Проведені нами морфометричні дослідження показали, що ДК являє собою динамічний патологічний процес, який проявляється характерними морфологічними змінами з порушенням конгруентності суглобових

поверхонь із наступною нестабільністю кульшового суглоба. Головка стегна при прямостоянні не знаходить собі достатньої опори в змінній кульшовій западині й зміщується в краніальному напрямку. Навантаження концентрується на невеликій ділянці даху западини. Гіаліновий хрящ в зоні контакту швидко підлягає дегенерації, кісткова тканина втрачає свою губчасту структуру, набуває властивостей, що близькі до компактної тканини, яка не розрахована на передачу навантаження з постійно змінним вектором сили.

Поряд із цим нижні ділянки кульшової западини та її дно (медіальна стінка) майже не несуть навантаження, що призводить до змін їх анатомічних й міцностних характеристик. Дно кульшової западини потовщується, здебільшого за рахунок масивного осифікату [3], процес виникнення якого пов'язують з дистрофічним звуженням перерозтягнутої суглобової капсули [7].

Через краніальне зміщення головки стегнової кістки змінюються вектори сил м'язів, що оточують кульшовий суглоб, таким чином, що слабкі м'язи вимушені діяти в умовах підвищеного навантаження [10, 12, 27].

Кульшовий суглоб у організмі людини є єдиним кульшовим суглобом, що несе навантаження. Більш того, це парний суглоб і для його правильного (такого, що забезпечує найменші затрати енергії для його стабілізації, та якнайдовше добрі амортизаційні властивості) функціонування необхідно, щоб центри обертання обох кульшових суглобів знаходилися на одному рівні та на однаковій відстані від центральної лінії тіла. У випадку ДК цих умов досягти найважче. Ціною помилок стають післяопераційне кульгання, різниця довжини кінцівок та нетривалий термін функціонування ендопротезу.

Таким чином за одне оперативне втручання ортопед повинен вирішити всі проблеми, пов'язані з анатомічними та функціональними порушеннями.

Реконструкція кісткового ложа для встановлення ацетабулярного компонента ендопротеза. Основною причиною недостатньої первинної стабільності кульшового компонента при ДК вважається неповне покриття чашки ендопротезу кістковим ложем. При встановленні чашки за загальними правилами: 45-50° інклінації й 10-15° антеверсії, верхньолатеральний відділ чашки часто буває непокритим через наявність сегментарного дефекту в ділянці даху западини. Всі описані в літературі способи імплантації кульшового компонента мають за мету збільшити ступінь покриття, а отже й первинну стабільність чашки.

У світовій літературі дуже велику увагу приділяють відновленню справжнього центру обертання штучного суглоба. Саме в цьому положенні сили, що діють на кульшовий суглоб знаходяться в рівновазі, тобто суглоб буде найбільш стабільним, що

позитивно вплине на тривалість його функціонування. Якщо ознаки ДК наявні тільки з одного боку, місце розташування справжнього центру обертання кульшового суглоба визначають симетрично до нормального суглоба. У випадку, коли уражені обидва суглоби, для знаходження місця розташування справжнього центру обертання потрібно орієнтуватись на контури фігури сльози, латеральна межа якої відповідає справжньому дну кульшової западини [2].

Слід зазначити, що при ДК встановлення чашки у правильному положенні з відновленням правильного центру обертання має дві особливості. Перша – це те, що нижні відділи кульшової западини заповнені осифікатом, тобто щоб розташувати чашку необхідно резектувати осифікат і виконати поглиблення дна кульшової западини. Друга – навіть при цьому у верхньолатеральному відділі чашка може бути непокрита кістковим ложем, виникає так званий дефіцит покриття. В залежності від розміру дефіциту наявні рекомендації щодо тактики оперативного втручання. Вони стосуються цементних та напівсферичних чашок [25], і при аналізі літератури ми не стикалися з подібними рекомендаціями щодо чашок, що загвинчуються.

Оскільки ділянка чашки, що залишається непокритою за наявності сегментарного диспластичного дефекту знаходиться в зоні, що зазнає найбільшого навантаження, то стабільність чашки можна підвищити, якщо цю зону заповнити кістковим трансплантатом, перебудова якого призведе до збільшення кісткового покриття [23].

На сьогодні існують два варіанти кісткової пластики: пластика масивним трансплантатом або пластика подрібненими трансплантатами, в обох випадках можна використовувати аутологічну або донорську кістку, фіксація трансплантата можлива до або після встановлення чашки.

Прихильники використання для пластики дефектів об'ємних кісткових трансплантатів ґрунтують свою концепцію на здатності трансплантату виконувати опорну функцію. Необхідність кісткової пластики визначається відношенням дефіциту покриття чашки до поверхні чашки, що проектується на горизонтальну площину. Кісткова пластика повинна виконуватись, якщо дефіцит покриття становить більше 30% [25]. Джерелом для формування трансплантату частіше є головка стегнової кістки.

Методика проведення пластики дефекту ділянки кульшової западини масивними трансплантатами передбачає наступні хірургічні маніпуляції. Зона сегментарного дефекту обробляється до оголення несклерозованої кістки, що забезпечує добре кровопостачання трансплантату та його більш швидку ревазуляризацию й перебудову. Формують трансплантат необхідної форми та розміру, який спонгіозними гвинтами фіксують до задньої колони тазу, так, щоб гвинти були паралельні, а для досягнення ротаційної стабільності використовують 2-3 гвинта. Потім напівсферичними фрезами обробляють ложе під чашку. Фіксація чашки може бути безцементною або цементною, остання краще, якщо більш, ніж 50% поверхні чашки (в проекції на горизонтальну площину) вкриті трансплантатом. Вважається, що для стабільної фіксації трансплантат повинен вкривати менше 40% повер-

хні кульшового компонента [20]. Така техніка імплантації дає достатню первинну стабільність. Більшість дослідників дозволяють повне навантаження на оперовану кінцівку через 3 місяці. Результати використання масивних трансплантатів для пластики дефекту КЗ при ДК вельми різноманітні. Аналіз віддалених результатів показав наявність випадків колапсу масивних трансплантатів та їх резорбції, яка призводила до нестабільності та необхідності заміни чашки [21]. Частіше резорбція трансплантату трапляється в ділянках, що не несуть навантаження, але зустрічаються випадки навіть повної резорбції. В різних дослідженнях виділяють фактори, з якими пов'язана більша частота нестабільності та необхідності ревізії ацетабулярного компоненту. Так, нестабільною вважається імплантація, коли більш 50% поверхні чашки покриті трансплантатом. У такому випадку розташувати чашку необхідно вище від місця істинної западини [22].

Відомо, що подрібнена кістка скоріше підлягає ревазуляризації й перебудові. Тому є думка, що використання подрібненої кістки при реконструкції диспластичного дефекту має давати кращі результати, в порівнянні з масивними трансплантатами [18]. Для пластики використовуються шматочки спонгіозної кісткової тканини розміром 0,2-1,0 см. Спочатку обробляють КЗ фрезами, щоб повністю видалити зону склерозу для забезпечення ревазуляризації кісткового ложа. Трансплантати розміщують в зоні дефекту так, щоб більшість з них знаходилася на периферії КЗ. Таким чином відновлюється її сферичність. Потім кісткові чіпси втрамбовуються за допомогою імпакторів. За необхідності трансплантати фіксуються опорними пластинами АО або металевою сіткою. Встановлюють цементний кульшовий компонент ендопротеза [20, 21] або напівсферичну чашку з додатковою фіксацією гвинтами [23].

Використання подрібнених кісткових трансплантатів дозволяє сформувати задовільне кісткове ложе й при цьому забезпечити умови для перебудови трансплантатів. Так Огава [21] повідомляє про появу ознак зрощення трансплантатів з кістковим ложем кульшової западини через 4 тижні, початок перебудови (відновлення кісткової щільності, що дорівнює щільності підлеглої кістки) – через 3,7 місяці, завершення перебудови – через 10,7 місяців. В дослідженні Donk [14] виконав біопсії 24 кульшових суглобів після пластики кістковими чіпсами з різних причин у терміни від 3 місяців до 15 років після операції, доповідає про швидку їх перебудову. Він вказує на високу активність остеокластів, пізніше починається активізація остеобластів. Побудова нової кістки відбувається на основі кісткових трабекул трансплантату та згорток фібрину. В цілому, структура кісткової тканини, що утворюється, задовільна.

У 1976 був запропонований спосіб імплантації кульшового компоненту на місці істинної западини шляхом вилучення частини спонгіозної кісткової тканини з її дна аж до контрольованого перелому медіальної кортикальної пластинки тазу (спосіб має на увазі розташування чашки медіальніше істинного дна і цим відрізняється від простого поглиблення, при якому резектують лише ділянку осифікату). Потім виконували пластику дефекту

медіальній стінці невеликою кількістю спонгіозної тканини, за необхідності укріплювали металеву сіткою. Встановлювали кульшовий компонент малого діаметру з цементним типом фіксації [23]. Пізніше Hartofilakidis et al. (1988) описали аналогічну методику й назвали її «котилопластика». Однією з проблем при використанні котилопластики є правильне відновлення офсету стегна, бо скорочення відстані між точками прикріплення м'язів призводить до зниження їх сили і може призвести до значних функціональних порушень [13].

Літературні спостереження стосуються здебільшого використання цементних технологій з антипротрузійними кільцями та сіткою або напівсферичних чашок з кістковою пластикою масивними трансплантатами. Використання цементного кріплення компонентів ендопротезу з урахуванням молодого віку пацієнтів з диспластичним коксартрозом є недоцільним, бо викликає великі проблеми у разі проведення ревізійних оперативних втручань.

Відсутність повноцінної опори для чашки внаслідок наявності об'ємних диспластичних дефектів призводить до розширення обсягу операції, її тривалості й травматичності та ризику післяопераційної нестабільності при використанні напівсферичних чашок.

При виконанні ендопротезування кульшового суглоба у хворих на диспластичний коксартроз ми надаємо перевагу чашкам з безцементною фіксацією, що загвинчуються, які були запропоновані проф. О.Є. Лоскутовим.

За період з 2007 по 2011 рр виконано 218 операцій, в тому числі 71 хворому виконане двобічне ендопротезування з приводу диспластичного коксартрозу.

Ендопротезування при ДК проводили з використанням трьох різновидів стегнових компонентів та чашок, що загвинчуються, які були розроблені науково-виробничою фірмою ОРТЕН та сертифіковані в Україні (рис. 1).

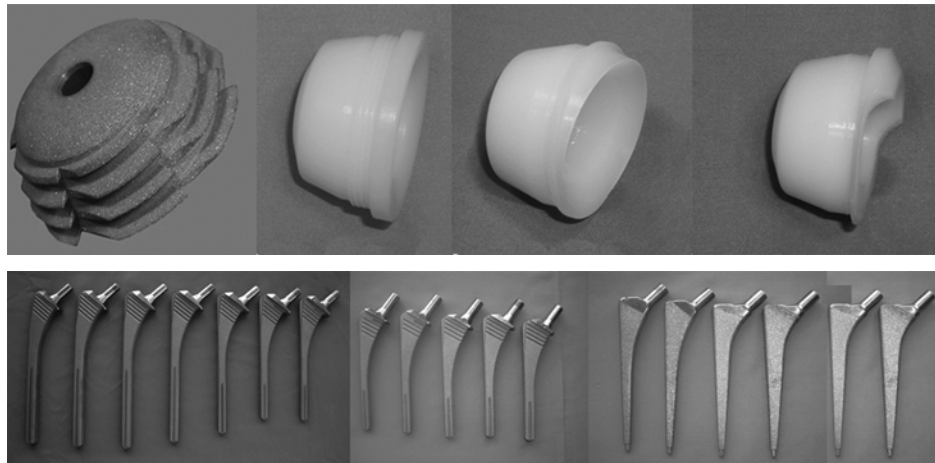


Рис. 1. Модульні ендопротези системи ОРТЕН, що використовуються для ендопротезування кульшового суглоба у хворих на диспластичний коксартроз: а) чашка, що загвинчується та вкладні до неї, б) три різновиди стегнових компонентів.

В роботі ми користувалися класифікацією, що була запропонована Eftekhar et al. у 1978 році. Залежно від ступеню диспластичного коксартрозу виконані наступні методики.

Перший ступінь (тип А) – дисплазія, при якій головка стегнової кістки розташована в межах істинної кульшової западини, западина має дещо подовжену форму, верхній сегментарний дефект невеликий. В такому випадку можливе встановлення кульшового компоненту ендопротеза, що загвинчується, лише з поглибленням дна кульшової западини до рівня розташування ложа круглої зв'язки головки стегнової кістки. Кісткова пластика в даному разі не потрібна, чашку завжди можна встановити в правильному положенні. Можливе використання чашки, що загвинчується, або чашки, що запресовується.

Другий ступінь (тип В) – середньо-високий підвивих, головка стегнової кістки вкрита западиною до 50%. У цій стадії дно часто потовщене, тому при імплантації кульшового компонента необхідно його поглиблювати до рівня ложа круглої зв'язки. Встановлення чашки в правильному положенні можливе. Такий тип дисплазії часто сполучений з квадратною формою таза, коли крила клубової кістки направлені майже вертикально. При цьому кістки таза звичайно тонкі, а кульшова

западина малого розміру. Ми використовуємо чашку, що загвинчується, малого розміру, але в деяких випадках залишається зона чашки, що непокрита кісткою, тоді ми використовуємо вільну кісткову пластину: невеликі шматочки спонгіозної кістки вкладаються між пір'ями чашки. Використання чашки, що запресовується завжди потребує використання кісткової пластики.

Третій ступінь (тип С) – високий підвивих, кульшова западина збільшена, плоска, має місце дефект в ділянці криши западини та переднього краю, дно значно потовщене. Цей ступінь деформації найбільш складний для ендопротезування. Для адекватної фіксації чашки необхідно виконати поглиблення дна, навіть медіальніше від місця розташування ложа круглої зв'язки (це вже можна трактувати як котилопластику). Завдяки механізму фіксації чашка, що загвинчується, вважається нам кращим вибором в умовах вираженої дисплазії кульшової западини. Однак слід зазначити, що встановлення чашки в правильному положенні досить часто потребує використання кісткової пластики. Пластику більш доцільно виконувати після встановлення чашки, при значних розмірах трансплантату його необхідно фіксувати до клубової кістки гвинтами.

Четвертий ступінь (тип D) – повний вивих стегна, стан, при якому головка стегна ніколи не контак-

тувала з істинною кульшовою западиною, а в місці її контакту з тілом або крилом клубової кістки сформувалася неоартроз («хвибна западина») (рис. 2, 3). При четвертому ступені часто також має місце квадратний таз, з тонкими стінками, що ускладнює імплантацію кульшового компонента. Для відновлення біомеханіки кульшового суглоба чашку необхідно встановлювати з відновленням справжнього центру обертання, для оптимізації кісткового покриття виконуємо кісткову пластику. Щоб запобігти

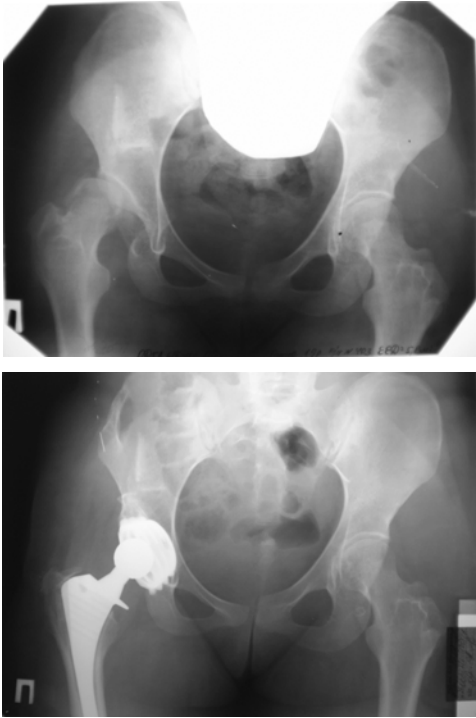


Рис. 2. Вроджений вивих стегна, диспластичний коксартроз 3 ст., тип D за Eftekharg до (а) та після (б) ендопротезування кульшового суглоба системою ОРТЕН: зведення стегнової кістки без використання кісткової пластики.

Висновки. Оперативне втручання при ДК являє собою складну хірургічну процедуру. Характерною є диспластична деформація кульшової западини з сегментарним дефектом, яка ускладнює імплантацію кульшового компонента. В нашій клініці при диспластичному коксартрозі пріоритет надається чашкам з без цементною фіксацією, що загвинчуються. При їх імплантації ми враховуємо ступінь диспластичної деформації кульшової западини. При типі А за Eftekharg імплантація виконується за загальними правилами

надлишковому одномоментному подовженню нижньої кінцівки (граничне значення 5 см [6]) виконують низький опил шийки стегнової кістки.

Слід зазначити, що в разі ДК існує необхідність використання кульшових компонентів невеликого діаметру. Таку чашку легше імплантувати в умовах недорозвиненої кульшової западини, крім того чашка малого діаметру зберігає кісткову масу в зоні імплантації, що впливає на тривалість функціонування ендопротезу

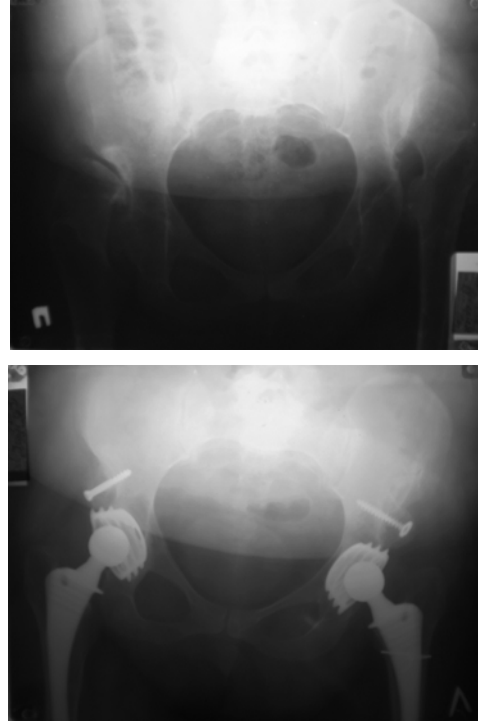


Рис. 3. Вроджений вивих обох стегон, двобічний диспластичний коксартроз 3 ст., тип D за Eftekharg до (а) та після (б) ендопротезування кульшового суглоба системою ОРТЕН: зведення стегнових кісток, відновлення центрів обертання кульшових суглобів, з обох боків використано кісткову пластику структурними трансплантами.

ми, при типі В – можливе використання кісткової пластики, яка стає обов'язковою в разі використання чашок, що запресовуються. При типі С використання кісткової пластики часто є необхідним, найкращу фіксацію забезпечує чашка, що загвинчується. При типі D – використовуються чашки, що загвинчуються, майже завжди використовується кісткова пластика. Таким чином, вивчення способів фіксації, що підвищать стабільність чашки ендопротезу в умовах ДК залишається актуальною проблемою.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Корж А.А. Диспластический коксартроз (хирургическая профилактика и лечение) / Корж А.А., Тихоненков Е.С., Андрианов В.А. [и др.] – М.: Медицина, 1986. – 108 с.
2. Корольок И.П. Рентгеноанатомический атлас скелета (норма, варианты, ошибки интерпретации) / Корольок И.П. — М.: Видар, 1996. — 192 с.: ил.
3. Лоскутов А.Е. Значение рентгенантропометрических показателей вертлужной впадины при планировании операции эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов с диспластическим коксартро-

- зом/ Лоскутов А.Е., Зуб Т.А. // Матеріали науково-практичної конференції «Сучасні технології ендопротезування колінного та кульшового суглобів». – Дніпропетровськ, 2009. – С. 23-24.
4. Лоскутов А.Е. Эндопротезирование при диспластическом коксартрозе. //Лоскутов А.Е., Головаха М.Л. // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1998. - №4. - С. 97-98.
5. Лоскутов О.Є. Двостороннє ендопротезування кульшових суглобів. //Лоскутов О.Є., Синегубов Д.А. – Дніпропетровськ: Пороги, 2008. – 292 с.

6. **Лоскутов О.Є.** Посібник з тотального ендопротезування кульшового суглоба імплантатами системи «Ортен». /Лоскутов О.Є., Головаха М.Л., Олійник О.Є. – Дніпропетровськ: Пороги, 2003. – 66 с.
7. **Пальцев М.А.** Патологическая анатомия : учеб. в 2 т. / М. А. Пальцев, Н. М. Аничков. – Т 1 : Общая патология. – М. : Медицина, 2000. – 528 с.
8. **Спиридонов Н.А.** Клинические и социальные последствия и реабилитационный прогноз у больных врожденным вывихом бедра : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.33. "Общественное здоровье и здравоохранение" / Н. А. Спиридонов. – СПб., 2008. – 20 с.
9. **Угнивенко В.И.** Диагностика и лечение диспластического коксартроза в амбулаторных условиях / В.И. Угнивенко // Русский медицинский сервер. – Ортопедия. – 2001. – С. 1-5.
10. **Argenson J.-N.A.** Anatomy of the dysplastic hip and consequences for total hip arthroplasty. /Argenson J.-N.A., Flecher X., Parratte S., et al. // Clin Orthop Relat Res. – 2007. – Vol. 465. – P. 40–45.
11. **Berghs B.** Impaction grafting for acetabular deficiency in total hip arthroplasty for developmental hip dysplasia. /Berghs B., Wendover N., Timperley F.J., et al. // Acta Orthopaedica Belgica. – 2000. – Vol. 66. - №5 – P. 461-471.
12. **D'Angelo F.** Radiographic evaluation of the hip rotation centre after total joint replacement in hip dysplasia/ D'Angelo F., Zatti G., Molina M., Cherubino P.// Hip International. – 2003. - Vol. 13. - №4. – P. 241-242.
13. **De Thomasson E.** Value of preoperative planning in total hip arthroplasty / De Thomasson E., Mazel C., Guingand O., Terracher R. // Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. - 2002. - Vol. 88. - №3. – P. 229-235.
14. **Donk S.** Incorporation of morselized bone grafts: a study of 24 acetabular biopsy specimens. / Donk, S., Buma P., Slooff G., et al. // Clin Orthop Relat Res. - 2002. - №3. - P. 131-141.
15. **Eftekhar N.S.** Total hip arthroplasty. 7th edition. St. Louis: Mosby; 1993.
16. **Engsaeter L.B.** Survival of total hip arthroplasties after DDH in the Norwegian Arthroplasty Register 1987-2004. / Engsaeter L.B., Furnes O., Havelin L.I., et al. // Hip International. – 2007. - Vol. 17. - № 2 (suppl 5). - P. S119.
17. **Eskelinen Antti.** Total hip arthroplasty in young patients – with special references to patients under 55 years of age and to patients with developmental dysplasia of the hip. Academic dissertation. – Helsinki, 2006. – 128p.
18. **Etienne G.** The incorporation of morselized bone grafts in cementless acetabular revisions. / Etienne G., Bezwada H.P., Hungerford D.S., et al. // Clin Orthop Relat Res. - 2004. - Vol. 241. - №2. - P. 246.
19. **Haddad F.S.** Primary Total Replacement of the Dysplastic Hip / Haddad F.S., Marsi B.A., Garbuz D.S., Duncan C.P.// J. Bone Jt Surg. – 1999. - Vol 81-A. - №10. - P. 1462-1482
20. **Inao S.** Cemented total hip arthroplasty with autogenous acetabular bone grafting for hips with developmental dysplasia in adults. /Inao S., Matsuno T. //J. Bone Jt Surg. - 2000. – Vol. 82-B. – P. 375-377.
21. **Jong P.T.** Total hip replacement with a superolateral bone graft for osteoarthritis secondary to dysplasia. A long-term follow-up. / Jong P.T., Haverkamp D., Marti K. // J. Bone Jt Surg. – 2006. - Vol 88-B. - №2, - P. 173-178.
22. **Kobayashi S.** Total Hip Arthroplasty with Bulk Femoral Head Autograft for Acetabular Reconstruction in DDH Surgical Technique. /Kobayashi S., Saito N., Nawata M., et al. // J. Bone Jt Surg. - 2004. – Vol. 86-A. – P. 11-17.
23. **Mayer G.** Artificial replacement of the hip joint in severe coxarthroses secondary to acetabular dysplasia. / Mayer G., Hartseil K. // Arch Orthop Trauma Surg. – 1984. - Vol. 103. - №5. – P. 332-336.
24. **Ogawa H.** Morsellized bone grafting for acetabular deficiency in cementless total hip arthroplasty / Ogawa H., Ito Y., Itokazu M., et al. // Orthopedics. - 2008. - №31. - P. 986-988.
25. **Papachristou G.** Total hip arthroplasty for developmental hip dysplasia / Papachristou G., Hatzigrigoris P., Panousis K. // Int Orthop. – 2006. - Vol. 30. - №1. – P. 21–25.
26. **Somford M.P.** Favorable survival of acetabular reconstruction with bone impaction grafting in dysplastic hips. / Somford M.P., Bolder S.B., Gardeniers J.W. et al. // Clin Orthop Relat Res. – 2008. – Vol. 466. – P. 359-365.
27. **Thorup B.** Total hip replacement in the congenitally dislocated hip using the Paavilainen technique: 19 hips followed for 1,5 – 10 years / Thorup B., Mechlenburg I., Soballe K. // EFORT. European instructional lectures. – 2010. – Vol. 10. - P. 61-65.

Лоскутов О.Є., Зуб Т.О., Лоскутов О.О. Реконструктивне ендопротезування у хворих на диспластичний коксартроз // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 4. – С. 75-79.

Диспластичний коксартроз – широко розповсюджене захворювання, що має велике соціальне значення. Метою цієї роботи було поліпшення результатів лікування та зниження інвалідизації хворих на диспластичний коксартроз шляхом розробки та вдосконалення вітчизняних ендопротезів та методів ендопротезування у хворих з цією патологією. Однією з особливостей диспластичного коксартрозу є формування сегментарного дефекту даху кульшової западини. Для досягнення доброї стабільності чашки ендопротезу цей дефект необхідно заповнити. На сьогодні використовуються два основних методи кістковопластичного відновлення ложа, що забезпечують тривале функціонування імплантату.

Ключові слова: диспластичний коксартроз, ендопротезування, кісткова пластика

Лоскутов А.Е., Зуб Т.А., Лоскутов О.А. Реконструктивное эндопротезирование у больных диспластическим коксартрозом // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Том 14, № 4. – С. 75-79.

Диспластический коксартроз – это широко распространенное заболевание, которое имеет большое социальное значение. Целью данной работы было улучшение результатов лечения и снижение инвалидизации больных диспластическим коксартрозом путем разработки и усовершенствования отечественных эндопротезов и методов эндопротезирования у данной категории больных. Одной из особенностей диспластического коксартроза является формирование сегментарного дефекта крыши вертлужной впадины. Для достижения достаточной стабильности чашки эндопротеза его необходимо заполнить. На сегодняшний день используются две методики костнопластического восстановления ложа, которые обеспечивают длительное функционирование имплантата.

Ключевые слова: диспластический коксартроз, эндопротезирование, костная пластика.

Loskutov A., Zub T., Loskutov O. Reconstructive hip arthroplasty in patients with dysplastic hip arthritis // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Том 14, № 4. – С. 75-79.

Dysplastic hip arthritis is a widespread pathology with a great social significance. The purpose of this paper is to improve the clinical outcomes and to decrease disability in patients with dysplastic hip arthritis by development and refinement of domestic hip implants and methods of their insertion. One of the features of dysplastic acetabulum is formation of segmental defect of the acetabular roof. To achieve good cup stability it is necessary to fill in this defect. Today two methods of bone grafting are used. Both of them secure the bone stock restoration and provide the long-term survival and good function of implant.

Key words: dysplastic hip arthritis, hip arthroplasty, bone grafting.

Надійшла 02.07.2011 р.
Рецензент: проф. В.І.Лузін