

УДК 616.728.2-018.3-007.24-021.3-089.843(045)

DOI: <http://dx.doi.org/10.15674/0030-59872024217-23>

Порівняльний аналіз результатів лікування хворих з диспластичним та ідіопатичним коксартрозом

Д. О. Юрченко¹, Ф. В. Климовицький¹, Л. Д. Гончарова¹,
О. А. Тяжелов², О. Д. Карпінська²

¹ ДВНЗ «Донецький національний медичний університет МОЗ України», Лиман

² ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України», Харків

Hip arthroplasty is a reliable and quick way to relieve the patient of pain, restore movement in the hip joint and improve the function of the affected limb, but the question of how effective this intervention is in dysplastic or idiopathic coxarthrosis requires further study. The objective of the study was to evaluate the effectiveness of treatment of patients with idiopathic and dysplastic coxarthrosis, and the effect of endoprosthetics on the work of the pelvic muscles. Methods. A comparative analysis of the treatment of 121 patients was conducted, which were divided into two groups — with dysplastic coxarthrosis (63 patients) and with idiopathic coxarthrosis (58 patients). The functional results of the treatment were studied according to the Harris scale, the data of stabilographic studies and the evaluation of the work of the muscles of the pelvic girdle, which are responsible for maintaining the horizontal balance of the pelvis. Results. In general, the results of endoprosthesis were evaluated as good in both groups. At the same time, the average results in the group of patients with idiopathic coxarthrosis are significantly better ($t = 2.08$; $p = 0.001$) than in the group of patients with dysplastic coxarthrosis. However, the indicators of the muscles that ensure the horizontal balance of the pelvis, in most cases, remain reduced within 6–8 months after the endoprosthesis operation. This is evidenced by clinical data and statistical research data. Conclusions. Endoprosthesis of the hip joint is an effective method of coxarthrosis and allows to significantly improve both the patient's support and kinematic function and his quality of life. The results of treatment of patients with idiopathic coxarthrosis according to the Harris scoring scale are significantly better than the results of treatment of patients with dysplastic coxarthrosis. But the performance indicators of the muscles of the pelvic girdle, in most cases remain reduced within 6–8 months after endoprosthesis surgery in patients of both groups. Key words. Idiopathic, dysplastic coxarthrosis, endoprosthesis, pelvic stabilizer muscles.

Ендопротезування кульшового суглоба — надійний і швидкий спосіб позбавлення пацієнта болю, відновлення рухів у кульшовому суглобі та покращення опороздатності ураженої кінцівки, але питання наскільки це втручання ефективно в разі диспластичного або ідіопатичного коксартрозу, потребує подальшого вивчення. Мета. Дослідити й оцінити ефективність лікування пацієнтів із ідіопатичним чи диспластичним коксартрозом, та вплив ендопротезування на роботу м'язів тазового пояса. Методи. Проведений порівняльний аналіз лікування 121 пацієнта, яких розподілено на дві групи — із диспластичним коксартрозом (63 хворих) та з ідіопатичним (58 осіб). Вивчено функціональні результати лікування за даними шкали Харріса, показниками стабілографічних досліджень та оцінювання роботи м'язів тазового пояса, відповідальних за утримання горизонтальної рівноваги таза. Результати. Здебільшого, наслідки ендопротезування оцінено як хороші в обох групах. Водночас середні показники в групі пацієнтів із ідіопатичним коксартрозом достовірно кращі ($t = 2,076$; $p = 0,001$), ніж у групі з диспластичним. Але показники роботи м'язів, які забезпечують горизонтальну рівновагу таза, у більшості випадків лишаються зниженими в строки 6–8 місяців після операції ендопротезування. Про це свідчать клінічні показники і дані статистичних досліджень. Висновки. Ендопротезування кульшового суглоба є ефективним методом лікування коксартрозу і дозволяє значно покращити як опорно-кінематичну функцію пацієнта, так і якість його життя. Результати лікування хворих на ідіопатичний коксартроз за показниками бальної шкали Харріса достовірно кращі, ніж пацієнтів, хворих на диспластичний коксартроз. Але показники роботи м'язів тазового пояса, здебільшого, лишаються зниженими в строки 6–8 місяців після операції ендопротезування у хворих обох груп.

Ключові слова. Ідіопатичний коксартроз, диспластичний коксартроз, ендопротезування, м'язи-стабілізатори таза

Вступ

Диспластичний коксартроз найчастіше призводить до інвалідності, обмежує здатність пацієнта до самообслуговування, зменшує рівень його повсякденної активності, працездатності і якості життя, тобто десоціалізує таких хворих. Причому, усе це трапляється в молодому віці, що створює соціальні, медичні й економічні виклики як для особистості, так і для суспільства [1–3]. Захворювання поступово прогресує внаслідок вроджених дефектів сполучної тканини та недорозвинення кульшового суглоба. Цей патологічний стан кульшового суглоба характеризується вираженими деформаціями проксимального відділу стегнової кістки, головки стегна та кульшової западини, спотворенням взаємовідносин між суглобовими поверхнями та порушенням роботи м'язів, що загалом призводить до зміни біомеханіки суглоба. У середньому диспластичні зміни в кульшовому суглобі спостерігаються у 16,5 % від усієї патології опорно-рухового апарата [4–6].

Оперативне втручання в разі коксартрозу на сьогодні є загальноновизнаною стандартизованою процедурою, але лікування дорослих пацієнтів із диспластичною формою цього захворювання потребує особливого медико-соціального підходу.

Наслідки ендопротезування хворих із диспластичним та ідіопатичним коксартрозом суттєво різняться. Якщо найближчі результати в обох випадках мало відрізняються, то віддалені — гірше у хворих із диспластичним коксартрозом, за рахунок більшої частоти ревізій та повільного відновлення опорно-кінематичної функції нижньої кінцівки. Хворі з диспластичним коксартрозом після ендопротезування частіше демонструють кульгавість, використовують додаткову опору тощо. Так, за даними Датського реєстру ендопротезування, кількість ускладнень протягом перших 6 міс. після ендопротезування в разі диспластичного коксартрозу в 1,9 разу вище, ніж за умов первинного коксартрозу, а під час повного вивиху — у 2,8 разу [7], ризик ревізійних втручань вищий у 1,5 та 2 рази, відповідно [8].

Разом з тим існує й протилежна точка зору, згідно з якою немає значних відмінностей у результатах ендопротезування хворих із диспластичним чи ідіопатичним коксартрозом [9, 10]. Більш важливими чинниками, які впливають на результат лікування, автори вважають вік пацієнта та вид ендопротеза. Така неоднозначність результатів лікування потребує подальших досліджень у цьому напрямі.

Мета: дослідити й оцінити ефективність лікування пацієнтів із ідіопатичним і диспластичним коксартрозом, та з'ясувати вплив ендопротезування на роботу м'язів тазового пояса.

Матеріал та методи

Матеріали дослідження розглянуто та схвалено комітетом з біоетики та деонтології ДУ «ІПХС ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України» (протокол № 244 від 29.04.2024 р.)

Проаналізовано результати лікування 121 особи зі захворюваннями кульшового суглоба, яким виконано тотальне безцементне ендопротезування кульшового суглоба в клініці ДУ «ІПХС ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України» упродовж 2012–2020 років. Пацієнти були поділені на дві групи.

Першу групу склали 63 пацієнти з диспластичним коксартрозом із дисплазією кульшового суглоба 1–3 ступеня за Crowe. Середній вік становив (42 ± 12) роки, від 29 до 75 років, чоловіки — 22 (34,9 %), жінки, відповідно, 41 (65,1 %). Критеріями включення були: вік — 29–75 років, дисплазія кульшового суглоба 1–3 ступеня за Crowe.

Другу групу склали 58 осіб із ідіопатичним коксартрозом III–IV стадії. Середній вік пацієнтів у групі становив (54 ± 10) років, від 35 до 75 років, чоловіки — 24 (41,4 %), жінки — 34 (58,6 %).

Усім пацієнтам проведено клінічне обстеження, яке включало вивчення анамнезу, оцінювання скарг, загальне клінічне й ортопедичне обстеження щодо визначення стану кульшового суглоба й тазового пояса, а також додаткові променеві методи: рентгенографія, комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія за потреби. Дослідження функції опорно-рухової системи виконували згідно з класичною методикою дослідження травматологічного хворого [11].

Аналіз вікових даних виявив неоднорідність груп. У першій групі 90,5 % пацієнтів — люди молодого та середнього віку (до 60 років), а кількість хворих старшої вікової групи склала лише 6 осіб. У другій групі хворих старше 60 років — 17 (29,3 %) осіб, що відповідає особливостям розвитку та перебігу коксартрозу різної етіології.

Під час клінічного оцінювання стану опорно-кінематичної функції таза та нижніх кінцівок досліджували симетричність стояння та ходи. Відзначали відсутність чи наявність кульгавості, використання додаткових засобів пересування, досліджували ознаки недостатності м'язів-стабілізаторів кульшового суглоба, таза, поперекового відділу хребта (у разі зменшення

м'язової маси, за наявності симптомів Дюшенна, Тренделенбурга, кульгавості та додаткової опори). Оцінювали параметри стійкості за показниками статографії. Силу м'язів вивчали за 5-бальною шкалою. Для визначення результатів лікування аналізували окремі клінічні показники хворих першої та другої груп до операції та розраховували сумарний результат за шкалою Харріса, потім вивчали аналогічні показники та сумарний результат після операції ендопротезування в проміжку від 6 до 8 міс. Саме таку тривалість спостереження обрано через можливість обстежити максимальну кількість пацієнтів у цей стандартний для вивчення найближчих результатів часовий період. Друга причина — хворі в період 6–8 міс. після втручання вже створювали нові рухові стереотипи, але вони ще піддавалися корекції. Третя — до цього часу більшість пацієнтів вже отримували як мінімум один курс відновлювального лікування, і в цей час триває активне формування та закріплення нових пристосувально-компенсаторних механізмів роботи опорно-рухової системи, що дозволяє їх вивчати та впливати на них.

Виходячи з номінального характеру даних, аналіз виконували за методом сполучених таблиць із розрахунком критерію узгодженості Пірсона χ^2 та статистичної значущості критерію (p). Дані функціональності кульшового суглоба порівнювали за допомогою Т-теста для незв'язаних вибірок із розрахунком критичного значення критерію (t) і його значущості (p). Аналіз проводили у пакеті IBM Statistics SPSS 20.0.

Результати

У всіх обстежених хворих основною причиною звернення за допомогою були значний біль у ділянці кульшового суглоба, обмеження рухів і помітні порушення ходи.

Менше третини пацієнтів обох груп — 39 осіб (32,2 %) під час госпіталізації відзначали слабкий або помірний біль у кульшовому суглобі, інші пацієнти скаржились на виражений больовий синдром.

Після ендопротезування кульшового суглоба характер та інтенсивність больового синдрому змінилася в осіб обох груп. У першій групі хворих із диспластичним коксартрозом 9 пацієнтів (14,3 %) скаржились на непостійні, помірно виражені болі, які вони оцінювали від 2 до 6 балів. У хворих другої групи з ідіопатичним коксартрозом таких осіб було 6, що становило 10,3 %.

Результати оцінювання клінічних показників розладів опорно-кінематичної функції у вигляді кульгавості, використання додаткової опори під час ходьби, симптомів недостатності м'язів, обмеження рухів і наявність контрактури в кульшовому суглобі в пацієнтів до та після лікування наведено в таблиці.

Більше третини хворих першої (20 (31,8 %) осіб) і другої (21 (36,2 %)) груп до операції користувалися додатковими засобами пересування. Після лікування їхня кількість статистично значущо ($p < 0,001$) зменшилась — в I групі до 2 (3,2 %), в II групі до 1 (1,7 %) пацієнтів.

Кульгавість поширена серед хворих у I групі — 55 (87,3 %) осіб, у II групі — 49 (84,5 %), що було статистично однаково ($p = 0,655$). Через 6 міс. після операції ендопротезування кульшового суглоба кількість осіб із кульгавістю значущо ($p < 0,001$) знизилась, але все ж таки залишилось достатньо пацієнтів з ознаками кульгавості в I групі — 35 (55,6 %) осіб, в II групі — 30 (51,7 %).

Виразу згинально-привідну контрактуру кульшового суглоба, яка призводила до проєкційного подовження протилежної кінцівки, нахилу таза та гіперлордозу різного ступеня мали 56 (88,9 %) пацієнтів I групи та 49 (84,5 %) — II групи. Значущої різниці наявності цієї ознаки в групах не виявлено ($p = 0,475$). Після лікування в 9 осіб остаточної прояви контрактури залишились.

Гіпотрофію м'язів значущо ($p = 0,003$) частіше спостерігали в пацієнтів I групи — 61 (96,8 %) в порівнянні з II — 46 (79,3 %). Після лікування в I групі значущо ($p = 0,005$) зменшилась кількість осіб із гіпертрофією м'язів, але в II групі помітного зниження цієї ознаки не зафіксовано ($p = 0,656$), у 44 (75,9 %) хворих спостерігалось помітне зниження сили м'язів.

Симптом Тренделенбурга відмічали в групах пацієнтів із частотою майже 90 %, через 6 міс. після ендопротезування кількість хворих із цим симптомом статистично значущо ($p < 0,001$) зменшилась, але все ж залишилась на доволі помітному рівні, тобто в I групі симптом відмічали у 33 (52,4 %) осіб, а в II — у 35 (60,3 %).

Ознаку симптома Дюшенна в середньому спостерігали в обох групах у 75 % випадків ($p = 0,794$), значуще ($p < 0,001$) зниження кількості пацієнтів із цим захворюванням визначили в I групі хворих до 52,4 % (48 осіб), в II групі значущого зниження кількості пацієнтів не виявили ($p = 0,114$) — 35 (60,3 %) осіб.

Таблиця

Клінічні ознаки порушень функції м'язів тазового пояса, що відповідають за постуральний баланс перед і після ендопротезування кульшового суглоба

Показник	Період спостереження	I група (n = 63)	II група (n = 58)	Статистична значущість різниці між групами
Додаткова опора	до лікування	20 (31,8 %)	21 (36,2 %)	$\chi^2 = 0,106$ $p = 0,605$
	через 6 міс.	2 (3,2 %)	1 (1,7 %)	$\chi^2 = 0,005$ $p = 0,608$
	статистична значущість різниці між періодами	$\chi^2 = 15,915$ $p < 0,001$	$\chi^2 = 20,250$ $p < 0,001$	—
Кульгавість	до лікування	55 (87,3 %)	49 (84,5 %)	$\chi^2 = 0,034$ $p = 0,655$
	через 6 міс.	35 (55,6 %)	30 (51,7 %)	$\chi^2 = 0,057$ $p = 0,673$
	статистична значущість різниці між періодами	$\chi^2 = 14,039$ $p < 0,001$	$\chi^2 = 12,858$ $p < 0,001$	—
Контрактура	до лікування	56 (88,9 %)	49 (84,5 %)	$\chi^2 = 0,199$ $p = 0,475$
	через 6 міс.	6 (9,5 %)	3 (5,2 %)	$\chi^2 = 0,319$ $p = 0,362$
	статистична значущість різниці між періодами	$\chi^2 = 76,244$ $p < 0,001$	$\chi^2 = 70,583$ $p < 0,001$	—
Гіпотрофія м'язів	до лікування	61 (96,8 %)	46 (79,3 %)	$\chi^2 = 7,424$ $p = 0,003$
	через 6 міс.	51 (82,5 %)	44 (75,9 %)	$\chi^2 = 0,211$ $p = 0,496$
	статистична значущість різниці між періодами	$\chi^2 = 6,509$ $p = 0,005$	$\chi^2 = 0,050$ $p = 0,656$	—
Тест Тренделенбурга	до лікування	57 (90,5 %)	52 (89,7 %)	$\chi^2 = 0,024$ $p = 0,880$
	через 6 міс.	33 (52,4 %)	35 (60,3 %)	$\chi^2 = 0,488$ $p = 0,377$
	статистична значущість різниці між періодами	$\chi^2 = 20,572$ $p < 0,001$	$\chi^2 = 11,770$ $p < 0,001$	—
Тест Дюшена	до лікування	48 (76,2 %)	43 (74,1 %)	$\chi^2 = 0,003$ $p = 0,794$
	через 6 міс.	33 (52,4 %)	35 (60,3 %)	$\chi^2 = 0,488$ $p = 0,377$
	статистична значущість різниці між періодами	$\chi^2 = 6,775$ $p < 0,001$	$\chi^2 = 1,918$ $p = 0,114$	—

На наш погляд, кульгавість та ознаки симптому Дюшена під час ходьби здебільшого спостерігали за рахунок збереження хибного рухового стереотипу та залишкової недостатності м'язів, відповідальних за постуральний баланс.

Таким чином зазначимо, найбільші зміни відбулися для показників стабільності й опорності кульшового суглоба, тоді як показники ефективності м'язової роботи покращилися в значно меншій кількості пацієнтів.

За даними статистичних досліджень пацієнтів обох груп, проведених до операції, виявлено асиметрію положення проєкції переміщення

загального центра мас (ЗЦМ) під час двоножного стояння, зі зміщенням його у бік відносно здорової кінцівки. Нахил таза через наявність контрактури більше проявлявся в пацієнтів із диспластичним коксартрозом і спричинював зміщення тіла в бік довшої кінцівки. Основною ознакою коксартрозу є стояння пацієнтів зі збільшенням хитання в сагітальній площині, але на пізніших стадіях хвороби амплітуда хитання зростає як у сагітальній, так і у фронтальній площинах.

Після операції зменшується амплітуда коливань проєкції ЗЦМ, і відповідно, площа коливань

проекції ЗЦМ, проте ці зміни не мають достовірних відмінностей між групами та періодами спостереження. Тобто через 6 міс. після операції ендопротезування в пацієнтів спостерігається тенденція до відновлення стійкості (постурального балансу), але не повністю.

Обсяг активних і пасивних рухів у кульшовому суглобі досліджували до та після операції, використовуючи стандартний нейтральний нуль-прохідний метод, який дозволяв стежити за динамікою відновлювального періоду та вносити корективи протягом лікувального процесу. Об'єм згинання в кульшовому суглобі до операції практично у всіх пацієнтів був менше 90° і становив від 30° до 60° . Після ендопротезування обсяг згинання в оперованому суглобі становив 90° та більше у всіх пацієнтів обох груп.

Силу м'язів нижніх кінцівок оцінювали клінічно в балах (за загальноприйнятою 5-бальною шкалою). Максимальну силу згиначів стегна (5 балів) під час клінічного оцінювання до операції продемонстрували 11 (17,5 %) осіб із диспластичним коксартрозом та 13 (22,4 %) пацієнтів з ідіопатичним ($p = 0,818$). У інших хворих виявили зниження м'язової сили до 3–4 балів. Після втручання цей показник відновлювався досить повільно і ми не відзначили в термін 6–8 міс. помітного зростання сили м'язів.

Функціональні результати хірургічного лікування оцінювали у хворих обох груп згідно з методикою Харріса до операції та в термін 6–8 міс. після неї. Для цього визначали функціональний стан кожного пацієнта в групі, потім обчислювали середнє значення результату в балах і величину стандартного відхилення в досліджуваній групі, після чого порівнювали показники лікування

пацієнтів обох груп. Показники наведено на діаграмі (рисунок).

Функціональний стан кульшового суглоба за шкалою Харріса до операції становив у середньому ($34,6 \pm 7,6$) бала у хворих I групи, в II групі стан кульшового суглоба за шкалою Харріса до операції становив ($31,8 \pm 8,4$) бала, статично значущої різниці між групами не визначено ($t = 2,41$; $p = 0,018$).

У термін 6–8 міс. із моменту операції ендопротезування середній показник функціонального стану кульшового суглоба в пацієнтів I групи дорівнював ($84,4 \pm 9,4$) бала, що було статистично значущо ($t = 4,71$; $p < 0,001$) більше, ніж у пацієнтів II групи, у яких середній бал за шкалою Харріса становив ($73,6 \pm 11,6$). Така різниця показників свідчить про більшу складність досягнення доброго результату у хворих із диспластичним коксартрозом.

Таким чином, порівнюючи клінічні результати лікування хворих із диспластичним та ідіопатичним коксартрозом, можна констатувати, що тотальне ендопротезування кульшового суглоба дозволяє надійно позбавити більшість пацієнтів від болю, усунути контрактуру суглоба, відновити опороспроможність кінцівки, покращити пересування пацієнта та підвищити повсякденну активність. Але показники роботи м'язів, які забезпечують постуральний баланс, здебільшого залишаються зниженими в строки 6–8 міс. після цієї операції. Про це свідчать як клінічні дані, так і показники статистичних досліджень.

Водночас результати лікування хворих на ідіопатичний коксартроз загалом достовірно кращі, ніж у випадку диспластичного. На нашу думку, це пов'язано з особливостями роботи м'язів у разі диспластичного коксартрозу та умовами їхнього функціонування. Дуже впливовим чинником на роботу м'язів є порушення форми та структури кульшової западини та проксимального відділу стегнової кістки, а також зміна положення центра обертання головки стегнової кістки, які змінюють моменти сил тазового пояса, що, на наш погляд, не лише ускладнює добірку компонентів, а й встановлення ендопротеза та робить мало передбачуваним результат хірургічного втручання. Найоптимальніше співвідношення нормальної анатомії кульшового суглоба та достатньої сили м'язів забезпечує ефективну роботу абдукційного механізму кульшового суглоба. Зважаючи на вище викладене, можна припустити, що геометричні параметри кульшового суглоба та їхні взаємовідносини доцільно розглядати як

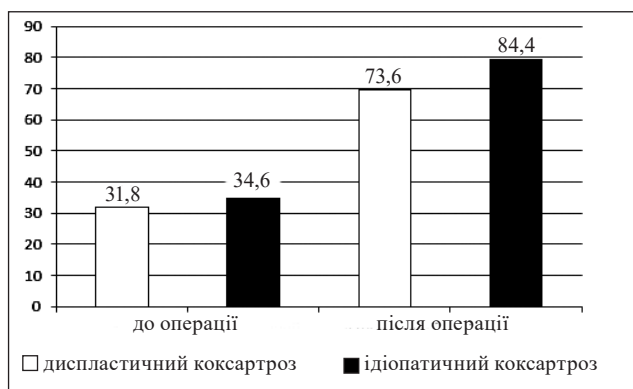


Рисунок. Показники функціонального стану кульшового суглоба пацієнтів за шкалою Харріса до та після ендопротезування

біомеханічні умови ефективної функції м'язів тазового пояса, зміна яких призводить до порушення роботи м'язів.

Обговорення

Щорічно в світі виконують понад 1,5 млн ендопротезувань кульшового суглоба і їхня кількість щороку збільшується. Така ж сама тенденція спостерігається і в Україні [13].

Підбір компонентів ендопротеза дуже важливий етап передопераційного планування, який визначає якість, ефективність і довготривалість подальшого функціонування штучного кульшового суглоба. У разі початкових стадій ідіопатичного коксартрозу це, зазвичай, не викликає проблем [14, 15].

Але що стосується не геометричних, а біомеханічних параметрів, які враховують під час планування та виконання операції в разі диспластичного коксартрозу, то вони часто не можуть бути оптимально збалансовані під час встановлення ендопротеза через попередню контрактуру суглоба, зміни роботи м'язів, особливості довготривалої роботи суглоба в умовах зміненої геометрії суглобових співвідносин і кісткової структури таза, антеверсії стегна й інших причин [16].

У літературі показано, що допуски параметрів ендопротеза, які мають місце в разі ендопротезування, компенсуються під час ходьби завдяки роботі м'язів [16, 17], залишається питання, наскільки вдається відновити роботу м'язів у післяопераційному періоді і вибудувати нові рухові стратегії, оптимальні для нових умов роботи тазового пояса зі штучним кульшовим суглобом.

Наші дослідження показали, що тотальне ендопротезування кульшового суглоба за ідіопатичного чи диспластичного коксартрозу дозволяє отримати добрі як найближчі, так і середньострокові результати лікування. Але різниця між цими групами все ж таки є. Якщо опорну і рухову функцію кульшового суглоба вдається відновити в обох групах хворих, то такі показники як кульгавість, менша тривалість сталого стояння та ходьби тощо у хворих із диспластичним генезом коксартрозу помітніші.

Це свідчить про недостатнє відновлення після операції функції м'язового апарата тазового пояса (зокрема роботи абдукційного механізму), який забезпечує горизонтальну рівновагу таза. Це дає нам підстави вважати, що хворі з диспластичним коксартрозом мають менший реабілітаційний потенціал і складніший реабілітаційний

прогноз у порівнянні з пацієнтами з ідіопатичним коксартрозом.

Дослідження має певні *обмеження*, наприклад, хоча ми і вказали критерії включення пацієнтів за віком і ступенем дисплазії, але ми не виділяли окремі групи хворих за ступенем дисплазії за Crowe. На нашу думку, це не важливо з погляду на наші цілі. Крім того ми оцінювали результати в строки 6–8 міс., а не у загально прийнятні 12 міс., і це має для нас певне значення, яке ми пояснили раніше.

Висновки

Ендопротезування кульшового суглоба — ефективний метод лікування як диспластичного, так й ідіопатичного коксартрозу, дозволяє значно покращити як опорно-кінематичну функцію пацієнта, так і якість його життя. Найбільш помітними позитивними змінами відзначилися показники стабільності й опорності кульшового суглоба у хворих обох груп. Але загалом результати лікування хворих на ідіопатичний коксартроз за даними бальної шкали Харріса достовірно кращі, ніж результати лікування осіб із диспластичним коксартрозом.

Показники роботи м'язів тазового пояса, які забезпечують постуральний баланс, здебільшого лишаються низькими у строки 6–8 міс. після операції. Вони покращилися або в значно меншій кількості пацієнтів, або лишилися на передопераційному рівні

Конфлікт інтересів. Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

Список літератури

1. Korzh, A. A., Tikhonenkov, E. S., Andrianov, V. L., & Mytel'eva, Z. M. (1986). Dysplastic coxarthrosis. M.: Medicine
2. Tankut, V. A., Zhigun, A. I., Tankut, A. V., & Saiko, V. Yu. (2013). Endoprosthesis for various types of dysplasia of the hip joint. Collection of sciences. Proceedings of the XVI Congress of Orthopedists and Traumatologists of Ukraine. Kharkiv
3. Horst, P., Sproul, R.C., & Bozic, K. J. (2015). The economics of total hip and knee arthroplasty. Techniques in Revision Hip and Knee Arthroplasty. Philadelphia: Elsevier
4. Loskutov, O. E., Zub, T. O., & Loskutov, O. O. (2011). Reconstructive endoprosthesis in patients with dysplastic coxarthrosis. *Ukrainian medical almanac*, 14(4), 75-79
5. Eskelinen, A. (2006). *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*: PhD diss. Helsinki
6. Krol, R., Rojewski, M., Kaminski, A., & Poplawski, T. (2007). Operative tactics and results of treatment of patients with coxarthrosis secondary to congenital high luxation of hip joints. *Ortop Traumatol Rehabil.*, 9(6), 604-611
7. Thillemann, T. M., Pedersen, A. B., Johnsen, S. P., & Søballe, K. (2008). Implant survival after primary total hip arthroplasty due to childhood hip disorders results from the Danish hip

- arthroplasty registry. *Acta Orthopaedica*, 79(6), 769-776. <https://doi.org/10.1080/17453670810016830>.
8. Engesaeter, L. B., Furnes, O., & Havelin, L. I. (2008). Developmental dysplasia of the hip — Good results of later total hip arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 23(2), 235-240. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2007.03.023>
 9. Thoen, P. S., Lygre, S. H., Nordsletten, L., Furnes, O., Stigum, H., Hallan, G., & Rohrl, S. M. (2022). Risk factors for revision surgery due to dislocation within 1 year after 111,711 primary total hip arthroplasties from 2005 to 2019: A study from the Norwegian arthroplasty register. *Acta Orthopaedica*, 93, 593-601. <https://doi.org/10.2340/17453674.2022.3474>
 10. Dale, H., Børsheim, S., Kristensen, T. B., Fenstad, A. M., Gjertsen, J., Hallan, G., Lie, S. A., & Furnes, O. (2019). Fixation, sex, and age: Highest risk of revision for uncemented stems in elderly women — data from 66,995 primary total hip arthroplasties in the Norwegian arthroplasty register. *Acta Orthopaedica*, 91(1), 33-41. <https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1682851>
 11. Kehr, P. (2009). *Buckup Klaus: Clinical tests for the musculoskeletal system, examinations, signs, phenomena (2nd edition)*. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, 20(2), 181-181. <https://doi.org/10.1007/s00590-009-0526-7>
 12. Klymovytskyi, R., Tyazhelov, O., & Goncharova, L. (2017). Improved method of clinical assessment pelvic muscle functional activity, that are responsible for postural balance. *ORTHOPAEDICS, TRAUMATOLOGY and PROSTHETICS*, 0(4), 28-33. <https://doi.org/10.15674/0030-59872017428-33>
 13. Shan, L., Shan, B., Graham, D., & Saxena, A. (2014). Total hip replacement: A systematic review and meta-analysis on mid-term quality of life. *Osteoarthritis and Cartilage*, 22(3), 389-406. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2013.12.006>
 14. Filipenko, V., Podgayskaya, O., & Zhigun, A. (2009). Methods for selecting endoprosthesis legs in primary cement-free hip joint arthroplasty. *ORTHOPAEDICS, TRAUMATOLOGY and PROSTHETICS*, 0(4), 118-122. <https://doi.org/10.15674/0030-598720094118-122>
 15. Filippenko, V. A., Klimovitsky, R. V., Tyazhelov, A. A., Karpinsky, M. Yu., Karpinskaya, E. D., & Goncharova, L. D. (2018). Selection of endoprosthesis components and total femoral offset after hip arthroplasty (X-ray examination). *Trauma*, 19(1), 17-23.
 16. Tsai, T., Dimitriou, D., Li, G., & Kwon, Y. (2014). Does total hip arthroplasty restore native hip anatomy? three-dimensional reconstruction analysis. *International Orthopaedics*, 38(8), 1577-1583. <https://doi.org/10.1007/s00264-014-2401-3>
 17. Sharma, V., Morgan, P. M., & Cheng, E. Y. (2009). Factors influencing early rehabilitation after THA: A systematic review. *Clinical Orthopaedics and Related Research*[®], 467(6), 1400-1411. <https://doi.org/10.1007/s11999-009-0750-9>

Стаття надійшла до редакції 28.03.2024

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH DYSPLASTIC AND IDIOPATHIC OSTEOARTHRITIS OF THE HIP JOINT

D. O. Yurchenko ¹, F. V. Klymovytskyi ¹, L. D. Goncharova ¹, O. A. Tyazhelov ², O. D. Karpinska ²

¹ State Institution «Donetsk National Medical University MOH of Ukraine», Lyman

² Sytenko Institute of Spine and Joint Pathology National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kharkiv

✉ Denys Yurchenko, MD: xnuvijak@gmail.com

✉ Fedor Klymovytskyi, MD, Prof. in Orthopaedics and Traumatology: vlkvash@ukr.net

✉ Larysa Goncharova, MD, PhD: gld_12don@gmail.com

✉ Oleksiy Tiazhelov, MD, Prof. in Orthopaedics and Traumatology: alzhar3001@gmail.com

✉ Olena Karpinska: helenkarpinska@gmail.com