

## Endoprotēzes acetabulārā komponenta novietojuma ietekme uz pēcoperācijas rezultātu pacientiem ar displastisko osteoartrītu

Silvestris Zēbolds<sup>1</sup>, Andris Juntiņš<sup>1</sup>,  
Pēteris Studers<sup>1</sup>, Kristaps Knohenfelds<sup>2</sup>

Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

<sup>1</sup> Ortopēdijas katedra

<sup>2</sup> Medicīnas fakultāte

**Ievads.** Sakarā ar izteiktām gūžas locītavas anatomiskajām izmaiņām pacientiem ar displastisko osteoartrītu komplikāciju risks pēc endoprotezēšanas operācijas ir ievērojami lielāks nekā pacientiem ar deģeneratīvo osteoartrītu. Gūžas locītavas bedrīte ir sekla un iegarena, bieži ir grūti panākt adekvātu endoprotēzes acetabulārā komponenta primāro fiksāciju anatomiskās bedrītes līmenī. Ja iespējams panākt endoprotēzes acetabulārā komponenta pietiekamu noseģumu ar kaulu, tad endoprotēzes acetabulāro komponentu var pozicionēt arī sekundārajā locītavas bedrītē.

**Darba mērķis, materiāls un metodes.** Darba mērķis: noteikt, kā endoprotēzes acetabulārā komponenta novietojums – primārajā vai sekundārajā locītavas bedrītē – ietekmē agrīno (līdz sešām nedēļām pēc operācijas) un vēlīno (vairāk nekā pieci gadi pēc operācijas) pēcoperācijas rezultātu.

Materiāls un metodes: pētījumā tika analizēti 2008.–2011. gadā Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcā 88 endoprotezētu pacientu ar displastisku gūžas locītavas osteoartrītu, kuriem veiktas 106 endoprotezēšanas operācijas, rezultāti. Pozitīva rezultāta kritērijs: nav agrīnu vai vēlīnu komplikāciju un nav bijusi nepieciešamība veikt revīzijas operāciju. No 88 pacientiem 71 (80,7%) bija sieviete, 17 (19,3%) – vīrieši. Vidējais vecums bija 44,42 (20–78) gadi. Pēc Krova klasifikācijas I pakāpes displāzija bija konstatēta 47 gadījumos, II pakāpes – 38, III pakāpes – 17 un IV pakāpes – 4 gadījumos. Primārajā locītavas bedrītē endoprotēzes acetabulārais komponents tika ievietots 80 (75,5%) gadījumos, sekundārajā – 26 (24,5%) gadījumos.

**Rezultāti.** Tika konstatētas deviņas agrīnās komplikācijas – visas pacientiem ar endoprotēzes acetabulārā komponenta novietojumu primārajā locītavas bedrītē (četros gadījumos *femur* proksimālā gala lūzums izteiktas displāzijas gadījumos – pēc Krova klasifikācijas IV pakāpe). Netika konstatēta neviena komplikācija izteikto displāziju grupā (pēc Krova – II, III, IV pakāpe) ar endoprotēzes acetabulārā komponenta novietojumu sekundārajā locītavas bedrītē. Agrīni netika konstatēts neviens infekcijas, kā arī mežģījuma gadījums. Piecu līdz deviņu gadu novērojums liecina, ka atkārtota operācija – endoprotēzes revīzija ar kāda no endoprotēzes komponenta maiņu – bija nepieciešama piecos (4,7%) gadījumos (divi endoprotēzes acetabulārā komponenta aseptiskas izkustēšanās gadījumi, divi endoprotēzes kājiņas aseptiskas izkustēšanās, viena vēlīna infekcija) no 106 veiktajām operācijām. Visos gadījumos endoprotēzes acetabulārais komponents bija novietots primārajā locītavas bedrītē. Vēlīnas (5–9 gadus pēc operācijas) komplikācijas pacientiem ar endoprotēzes acetabulārā komponenta novietojumu sekundārajā locītavas bedrītē netika konstatētas.

### Secinājumi.

1. Radikāla operatīva iejaukšanās, pozicionējot izteikta displastiskā osteoartrīta gadījumos endoprotēzes acetabulāro komponentu primārajā locītavas bedrītē, saistīta ar augstāku intraoperatīvo un vēlīno komplikāciju biežumu.
2. Endoprotēzes acetabulārā komponenta novietojums sekundārajā locītavas bedrītē uzskatāms par drošu un rekomendējamu metodi izteiktu displāziju gadījumos.