Streszczenie

Wstęp – Endoprotezoplastyka stawu biodrowego jest zabiegiem chirurgicznym podejmowanym w celu złagodzenia bólu i przywrócenia funkcji stawu dotkniętego chorobą zwyrodnieniową. Liczba wykonywanych zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego stale rośnie. Z powodu rosnących oczekiwań pacjentów oraz konieczności wykonania endoprotezoplastyki w młodszym wieku, wzrasta zainteresowanie technikami małoinwazyjnymi. Celem pracy jest porównanie wartości małoinwazyjnego dostępu przedniego (DAA) z dostępem bezpośrednim bocznym (DLA).

Materiał i metoda – Do badania zakwalifikowano 69 osób. Praca ma charakter porównawczy. Pacjenci zostali podzielenie na 2 grupy: grupa DLA licząca 36 pacjentów operowanych z użyciem dostępu bezpośredniego bocznego oraz grupa DAA licząca 33 pacjentów operowanych z użyciem małoinwazyjnego dostępu przedniego. Porównano następujące parametry
pozabiegowe: dolegliwości bólowe wg. skali NRS, poziom markerów uszkodzenia tkanki mięśniowej (kinaza kreatynowa i mioglobina) oraz parametry stanu zapalnego (CRP), okołooperacyjną utratę krwi, wyniki testów funkcjonalnych TUG oraz Chair Test, wyniki skal WOMAC i HHS, antewersję i inklinację elementu panewkowego, poopercyjną różnicę długości kończyn (LLD).

Wyniki – W grupie pacjentów DAA nie zaobserwowano istotnej redukcji dolegliwości bólowych. Zaobserwowano istotnie wyższy poziom markerów uszkodzenia tkanki mięśniowej, parametrów stanu zapalnego oraz wyższą okołooperacyjną utratę krwi. Wykazano istotnie lepsze wyniki testu funkcjonalnego TUG, ale nie wykazano istotnej przewagi w Chair Test. Nie obserwuje się istotnie lepszych wyników skal HHS i WOMAC. Stwierdzono istotnie wyższe wartości antewersji i istotnie mniejsze wartości inklinacji elementu panewkowego. Obserwuje się istotnie niższe wartości różnicy długości kończyn dolnych.

Wnioski – Stosowanie małoinwazyjnego dostępu przedniego wykazuje lepsze wyniki tylko w części ocenianych parametrów. Dostęp DAA jest techniką bezpieczną i może przynieść pewne korzyści w zakresie wyników krótkoterminowych. Jest to procedura wymagająca technicznie i o długiej krzywej uczenia. Endoprotezoplastyka z użyciem dostępu przedniego wymaga dalszego ulepszania, a bardziej złożone przypadki powinny być zaopatrzane z użyciem standardowej techniki zapewniającej przewidywalne wyniki i optymalnie opanowanej przez operatora.