

## DISPLAZINIŲ KLUBŲ ŠĄNARIŲ ENDOPROTEZAVIMO ATOKŪS REZULTATAI

**Gediminas Degutis, Petras Butėnas, Liudvikas Kervys**

*Vilniaus universiteto Plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos centras*

**Raktažodžiai:** displazinis klubo sąnarys, klubo sąnario endoprotezavimas, distopinė gūžduobė, Harris klausimynas.

### Santrauka

Tikslas: įvertinti pacientų, kuriems dėl klubo sąnario displazijos atlikta klubo sąnario endoprotezavimo operacija gūžduobinį komponentą implantuojant proksimaliau anatominio gūžduobės centro, atokius gydymo rezultatus.

Ligoniai ir metodai: 1997-2004 m. Všį Raudonojo kryžiaus, (vėliau - Všį VULSK CF) ligoninėje dėl I-IV laipsnio klubo sąnario displazijos buvo atliktos 85 klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, gūžduobinį endoprotezo komponentą implantuojant distopiškai, proksimaliau anatominio gūžduobės centro. Minėtu būdu operuoti 83 pacientai (17 vyrų – 18 klubo sąnarių bei 66 moterys – 67 klubo sąnariai). Prieš operaciją ligoniai atsakė į Harris klubų sąnarių klausimyną. Konstatuotas atsakymų vidurkis 42,1 (29-62) balai. 2013 m. vasario-gegužės mėnesiais atokius gydymo rezultatus pagal Harris klubų sąnarių klausimyną ir objektyvius tyrimus pavyko įvertinti 44 (53,01%) ligoniams.

Rezultatai: įvertinus pacientų atsakymus į Harris klubo skalės klausimus konstatuotas 61,7 (26-88) balų vidurkis.

Išvados: mūsų duomenimis, gūžduobinio komponento implantavimas proksimaliau anatominio gūžduobės centro, stengiantis suteikti kuo labiau anatominę poziciją be lateralinio poslinkio, yra vienas iš operacinio pasirinkimo variantų atrinktiems pacientams, sergantiems klubų sąnarių displazija.

### Įvadas

Klubo sąnario displazija yra klubo sąnarių sudarančių kaulų ir kremzlinių struktūrų (gūžduobės ir šlaunikaulio galvos) anatominių nuokrypių nuo normos visuma (1). Ji

yra viena dažniausių priežasčių, sukeliančių jaunų žmonių antrinę klubo sąnario artrozę (1-3). Pacientams, sergantiems klubo sąnario displazija, gūžduobė būna sekli, dislokuota į priekį ir viršų, kas endoprotezuojant sukelia sunkumų panardinti gūžduobinį endoprotezo komponentą į kaulą anatominėje vietoje (1,2,4). Šlaunikaulis būna hipoplastiškas, turintis siaurą kanalą bei didžiojo gumburo dorzalinę lokaciją (5). Anatomijos ypatumai pakeičia ir minkštuosius audinius, sukeldami klubo sąnario raumenų, sėdimosio nervo sutrumpėjimą, sąnarinės kapsulės sustorėjimą, šlauninės arterijos ir nervo eigos pokyčius. Visi minėti anatominiai pakitimai gali sąlygoti šias operacines ir pooperacines komplikacijas: sėdimosio nervo praeinančią parežę, šlaunikaulio didžiojo gumburo nesugijimą po osteotomijos, heterotopinę osifikaciją (6, 7).

Dauguma autorių (8-13) savo darbuose nurodo, kad protezuojant displazinį klubo sąnarių gūžduobinį komponentą tikslinga implantuoti į anatominę gūžduobės vietą. Įvertinę operacinių ir pooperacinių komplikacijų galimybę (6, 7) mes 1997-2004 m. displazinius klubų sąnarius protezavome gūžduobes implantuodami distopiškai, proksimaliau anatominio gūžduobės centro.

### Pacientai ir metodai

Siekiant įvertinti gydymo rezultatus buvo išnagrinėtos 85 ligos istorijos.

Vidutinis pacientų amžius operacijos metu buvo 62,2 (26-87) metai.

Operuota 66 moterys (67 klubų sąnariai) bei 17 vyrų (18 klubų sąnarių).

Klubo sąnario artrozės laipsnis nustatytas rentgenologiškai pagal Crowe klasifikaciją (4), vertinant šlaunikaulio galvos proksimalinę dislokaciją.

Prieš planuojamą operaciją pacientai atsakė į Harris klubų sąnarių klausimyną (14) (toliau – klausimynas). Konstatuotas priešoperacinis klausimyno atsakymų vidurkis 42,1 (29-62) balai.

Operuoti 2 pacientai dėl I laipsnio, 17 – dėl II laipsnio,

22 – dėl III laipsnio bei 3 – dėl IV laipsnio klubo sąnario displazijos ir artrozės.

Klubų sąnariai atverti anterolateraliniu pjūviu. Šlaunikaulio kaklo osteotomija buvo atliekama apie 2 cm. proksimaliau šlaunikaulio mažojo gumburo. Gūžduobinis endoprotezo komponentas buvo implantuojamas proksimaliau anatominio gūžduobės centro į proksimalinėje gūžduobės dalyje išfrezuotą, pakankamo gylio guolį, kas leido parinkti artimą anatominei gūžduobei inklinaciją.

Becementinio arba mišraus tvirtinimo endoprotezai buvo implantuoti 5 ligoniams.

Operacijos pabaigoje 15 pacientų atlikta adduktorotomija.

Atokūs rezultatai vertinti 2013 m. vasario – gegužės mėnesiais.

Šiuo laikotarpiu visi operuoti pacientai buvo paštu pakviesti klinicinei apžiūrai. Į kvietimą atsiliepė 44 (53,01%) pacientai, iš kurių apžiūrai atvykti sutiko 21 (47,7%) pacientas. Jie apžiūrėti kliniškai, atliktos kontrolinės rentgeno nuotraukos, atsakyta į klausimyno klausimus.

Dėl gretimų sunkių terapinių susirgimų, amžiaus bei gyvenamosios vietos, kuri buvo toli nuo mūsų ligoninės, 23 (52,3%) pacientai atvykti atsisakė. Šie pacientai į klausimus atsakė paštu. Papildomai klausėme, ar pacientai patenkinti gydymo rezultatais, ar buvo pakartotinai operuoti dėl klubo sąnario patologijos.

Apklauskos metu 15 (18,1%) pacientų buvo mirę, 26 (31,3%) pacientai į kvietimą atvykti neatsiliepė.

### Rezultatai

Atokiuoju laikotarpiu, po operacijos praėjus 9-16 metų, operacijos rezultatais patenkinti 35 (79,5%), nevisiškai patenkinti 6 (13,6%), nepatenkinti 3 (6,9%) pacientai. 6 (6,9%) pacientai nurodė, jog jiems buvo atliktos pakartotinės operacijos dėl operuoto klubo sąnario patologijos: 1 atveju – dėl supūliavimo, 5 atvejais – dėl endoprotezo išsklibimo, po operacijos praėjus 6-10 metų.

Apžiūrai atvykusių pacientų operuotų klubų sąnarių judesių amplitudė: sulenkimas mažiau 90° – 2 (9,5%) pacientams, fleksinės kontraktūros nestebėta. Išorinė rotacija mažiau 40° buvo 4 (19%) pacientams. Atlikus judesių palyginimą prieš ir po operacijos, judesių amplitudė vidutiniškai padidėjo: lenkimas 13° (0° – 40°), vidinė rotacija vidutiniškai 5,5° (0° – 15°), išorinė rotacija 31° (15° – 40°).

Atlikus rentgenogramas, 9 pacientams (20,4%) konstatuoti endoprotezo išsklibimo požymiai, po pirminės operacijos praėjus vidutiniškai 12 (9-16) metų. Šių pacientų atsakymų į klausimą vidurkis 40,6 (26-49) balai.

Klausimyno atsakymų duomenys įvertinti 38 pacientams. Pacientų, kuriems buvo atlikta revizinė klubo sąnario

endoprotezavimo operacija, atsakymai nevertinti.

Vidutinis ar stiprus, vaistų reikalaujantis bei apribojantis veiklą skausmas klubo sąnario srityje vargino 8 (21,1%) pacientus.

Papildoma atrama einant nuolat buvo reikalinga 14 (36,8%) pacientų. Iš jų kito klubo sąnario ankilozę ir Parkinsono ligą klausimyne pažymėjo po vieną pacientą, stuburo ligą – 7 (50%) pacientai.

Įvairaus laipsnio šlubavimą nurodė 34 (89,5%), iš jų vidutinio ir stipraus laipsnio – 22 (58%) pacientai.

Sunkumus lipant laiptais konstatavo 29 (76,3%) pacientai: po vieną pakopą lipo 21 (55,3%) pacientas, negalėjęs lipti laiptais nurodė 1 pacientas.

**1 lentelė.** Šlubavimas po klubo sąnario endoprotezavimo (pagal Harris klausimyno atsakymus)

Displazijos laipsnis pagal Crowe	Pacientų skaičius	Šlubavimas
2 stadija	10	6,1+/-3,4
3 stadija	9	5,9+/-3,6
4 stadija	3	3,3+/-2,4

**2 lentelė.** Klubo sąnario srities skausmas ir šlubavimas atskirose amžiaus grupėse po klubo sąnario endoprotezavimo (pagal Harris klausimyno atsakymus) (*Skausmo skalė 0-44balai, šlubavimo – 0-11balų*)

Amžius	Pacientų skaičius	Skausmas	Šlubavimas
Iki 55 metų	5	40,8+/-1,6	8+/-1,9
56-60 metai	2	25+/-5	0
61-65 metai	1	30	0
66-70 metai	8	32,3+/-10,3	6,25+/-2,7
71-75 metai	9	28,7+/-11,4	4,7+/-3,8
76-80 metai	7	38,6+/-3,5	4,4+/-3,1
81-85 metai	4	37+/-7	7,3+/-2,5
86-90 metai	2	44+/-0	6,5+/-1,5

**3 lentelė.** Klubo sąnario srities skausmas ir šlubavimas atokiuoju periodu po klubo sąnario endoprotezavimo (pagal Harris klausimyno atsakymus)

Laikas po protezavimo	Pacientų skaičius	Skausmas	Šlubavimas
9-10 metų (2003-2004 m.)	10	32,8+/-11,5	5,8+/-3,7
11-12 metų (2001-2002 m.)	17	34,8+/-8,4	6,7+/-3,0
13-14 metų (1999-2000 m.)	6	34+/-8,2	2,5+/-2,5
15-16 metų (1997-1998 m.)	5	36,4+/-9,8	3,6+/-3,1

Batų apsiavimo ir kojinių užmovimo problemas turėjo 25 (65,8%) pacientai, iš kurių 2 (5,3%) patys šių veiksmų atlikti negalėjo.

Įvertinus 38 pacientų atsakymus į klausimyną konstatuotas 61,7 (26-88) balų vidurkis.

Įvertinus 29 pacientų klausimyno rezultatus (be 9 pacientų, kuriems nustatytas endoprotezo nestabilumas) konstatuotas 67,1 (61-88) balų vidurkis. Į klausimyną gautuose atsakymuose pastebėjome gana išryškėjusius skausmo ir šlubavimo indeksus po operacijos. Šlubavimo intensyvumas koreliavo su Crowe stadija prieš operaciją: pacientai, kuriems diagnozuota 2 displazijos stadija, šlubavimo intensyvumą vidutiniškai vertino 6,1 +/- 3,4 balu, 3 stadijos – 5,9 +/- 3,6 balais, 4 stadijos – 3,33 +/- 2,4 balais (1 lentelė).

Aiškinomės, ar skausmas ir šlubavimas susijęs su pacientų amžiumi (2 lentelė). Koreliacijos tarp pacientų amžiaus ir skausmo bei šlubavimo intensyvumo nekons-tatavome.

Skausmo ir šlubavimo intensyvumą vertinome ir pagal laiką, praėjusį po operacijos. Nustatėme, kad šlubavimo intensyvumas žymiai didėjo po operacijos praėjus daugiau nei 13 metų (3 lentelė).

### Diskusija

Dauguma autorių (8-13) savo darbuose nagrinėja atokių rezultatus po klubo sąnario endoprotezavimo dėl klubo sąnario displazijos ir artrozės, kai gūžduobinis komponentas implantuojamas į anatominę gūžduobės vietą.

Teigiama, jog klubo sąnario endoprotezo gūžduobinio komponento ideali padėtis yra anatominės gūžduobės vieta, nors yra galima ir proksimalinė, bet ne laterali endoprotezo gūžduobinio komponento padėtis (15-19). Vienoje iš atliktų studijų teigiama, jog esant proksimalinei gūžduobės padėčiai rasta daugiau endoprotezų išklidimo atvejų, tačiau ne revizijų (20). McKenzie ir bendraautoriai savo tyrime atokiuoju periodu nerado patikimo ryšio tarp gūžduobinio komponento pozicijos ir endoprotezo išklidimo (11).

Endoprotezo gūžduobinį komponentą implantuojant proksimaliau anatominio rotacijos centro operacija būna techniškai lengvesnė, kadangi šioje vietoje yra daugiau kaulo, kurio užtenka visiškai panardinti gūžduobinį endoprotezo komponentą, nelieka būtinybės atlikti gūžduobės kaulinę plastiką. Pacientai po šių operacijų anksčiau mobilizuojami ir gali anksčiau visu svoriu minti ant operuotos kojos, kas ypač svarbu senyviems žmonėms (15-18).

Proksimali gūžduobinio komponento padėtis galima, jeigu jį implantuojant į anatominę vietą reikia daug kaulinio cemento, didelio kaulinio transplantato bei papildomų implantų (19).

Kaulo transplantato konsolidacija rentgenologiškai ste-

bima po operacijos praėjus 2-4 mėnesiams (22), todėl tuo metu būtina vaikščioti naudojant 2 ramentus bei koja neminti nuo 6 sav. iki 3 mėn. (22-27). Esant nepakankamam kiekiui mechaniškai tvirto kaulo anatominėje gūžduobės vietoje tenka naudoti didelius kaulinius transplantatus, kas didina gūžduobinio komponento aseptinio išklidimo riziką (7, 27, 28).

Kita vertus, kai kurių autorių duomenimis, proksimalinis ar lateralinis gūžduobės rotacijos centras yra susietas su padidėjusia šlaunikaulinio komponento išklidimo rizika ( $p > 0,05$ ) (21).

Gūžduobinį endoprotezo komponentą implantavus proksimaliau anatominės vietos, išlieka didelė pacientų šlubavimo bei šlaunikaulinio komponento išnirimo rizika, kuri didėja gūžduobinį komponentą implantavus proksimaliau 2,5 cm anatominės gūžduobės vietos (8, 29).

Kai gūžduobės implantas tvirtinamas anatominės gūžduobės vietoje, dažniausiai pailginama galūnė, kas gali sąlygoti sėdimojo nervo paralizą. Autorių duomenimis (9), sėdimojo nervo paralizės tikimybė žymiai didėja, pailginus koją daugiau nei 40 mm. Laikina sėdimojo nervo paralizė po galūnės pailginimo būna 3-9% atvejų (23,24).

Tais atvejais, kai po gūžduobinio komponento implantavimo numatomas didelis galūnės pailgėjimas, reikia trumpinti šlaunikaulį atliekant didžiojo gumburo osteotomiją (31), o jam nesuaukus būna didesnė endoprotezo šlaunikaulinio komponento išnirimo rizika (10-13, 31).

Kai yra vienpusė displazija (66%), planuojant operacijos eigą bei apskaičiuojant galūnės ilgį po operacijos reikia nepamiršti apie galimai 5-10 mm ilgesnį kitos pusės šlaunikaulį. Abipusės displazijos atveju didesnio laipsnio displazijos pusėje šlaunikaulis ilgesnis 7,5 +/- 19,3 mm. Kai kuriais atvejais galimas ipsilateralinės blauzdos sutrumpėjimas apie 10 mm (30).

Mūsų ligoninėje operuotiems pacientams, kuriems gūžduobė implantuota proksimaliau anatominės vietos, revizinės endoprotezavimo operacijos atliktos 6 (6,9%) atvejais: 1 atveju – dėl supūliavimo, 5 atvejais – dėl endoprotezo išklidimo, po operacijos praėjus 6-10 metų. 9 (20,4%) pacientams, atvykusiems apžiūrai, rentgenologiškai nustatyti endoprotezo išklidimo požymiai. Pastarųjų pacientų klausimyno atsakymų vidurkis buvo 40,6 (26-49) balai. Vertindami likusių pacientų atsakymų vidurkį 67,1 (61-88) balo, darome prielaidą, jog toje grupėje endoprotezų išklidimų nebuvo. Šie rezultatai rodo, jog endoprotezo aseptinio išklidimo dažnis, esant proksimalinei gūžduobės padėčiai, yra ne didesnis nei pacientams, protezuotiems dėl pirminės artrozės (19). Švedų nacionalinio klubo sąnario registro duomenimis (32), pacientams, operuotiems dėl klubo sąnario artrozės, po operacijos praėjus 10 metų, konstatuota

13-20% nepatenkinamų atokiųjų baigčių, vertinamų pagal Harris klausimyną. Per minėtą laikotarpį atlikta 7% revizi- nių operacijų.

### Išvada

Mūsų duomenimis, gūžduobinio komponento implan- tavimas proksimaliau anatomicinės gūžduobės vietos, sten- giantis jam suteikti kuo labiau anatomicinę poziciją be la- teralinio poslinkio, yra vienas iš operacinio pasirinkimo variantų atrinktiems pacientams. Operuojant šiuo būdu yra didesnė galimybė gūžduobę implantuoti kuo palankesniu inklinacijos kampu. Išklimbimo dažnis atokiuoju periodu yra ne didesnis nei pacientams, kuriems gūžduobinis kompo- nentas implantuotas anatomicinėje gūžduobės vietoje. Daž- niausiai pasitaikanti neigiama šio gydymo metodo pase- kmė – šlubavimas, kurio pacientai nevertina kaip didelio nepatogumo.

### Literatūra

- N.Porvaneckas. Klubo sąnario endoprotezavimas. Vilniaus universiteto leidykla, 2008.
- N.Porvaneckas. Displaziško klubo sąnario endoprotezavimas: Habilitacinis darbas. Biomedicinos mokslai, medicina (07B), chirurgija (B600).
- Aronson J. Osteoarthritis of the young adult hip: etiology and treatment. Instr Course Lect 1986;35:119-128.
- Crowe JF, Mani VJ, Ranawat CS. Total hip replacement in congenital dislocation and dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg Am 1979;61:15-23.
- Sugano N, Noble PC, Kamaric E, Salama JK, Ochi T, Tullos HS. The morphology of the femur in developmental dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg Br 1998;80:711-7119.
- Lewallen DG. Neurovascular injury associated with hip arthro- plasty. Instr Course Lect 1998;47:275-283.
- Hintermann B, Morscher EW. Total hip replacement with solid autologous femoral head graft for hip dysplasia. Arch Orthop Trauma Surg 1995;114:137-44.
- Cameron HU, Botsford DJ, Park YS. Influence of the Crowe rating on the outcome of total hip arthroplasty in congenital hip dysplasia. J Arthroplasty 1996 Aug;11(5):582-7.
- Edwards BN, Tullos HS, Noble PC. Contributory factors and etiology of sciatic nerve palsy in total hip arthroplasty. Clin Orthop Relat Res 1987 May;(218):136-41.
- Gerber SD, Harris WH. Femoral head autografting to augment acetabular deficiency in patients requiring total hip replacement. A minimum five-year and an average seven-year follow-up study. J Bone Joint Surg Am 1986 Oct;68(8):1241-8.
- MacKenzie JR, Kelley SS, Johnston RC. Total hip replacement for coxarthrosis secondary to congenital dysplasia and dislo- cation of the hip. Long-term results. J Bone Joint Surg Am 1996 Jan;78(1):55-61.
- Garvin KL, Bowen MK, Salvati EA, Ranawat CS. Long-term results of total hip arthroplasty in congenital dislocation and dysplasia of the hip. A follow-up note. J Bone Joint Surg Am 1991 Oct;73(9):1348-54.
- Dunn HK, Hess WE. Total hip reconstruction in chronically dislocated hips. J Bone Joint Surg Am 1976 Sep;58(6):838-45.
- Lieberman Jr, Dorey F, Shekelle P, et al. Outcome after total hip arthroplasty, comparison of a traditional disease specific and a quality of life measurement outcome. J Arthroplasty 12:639,1997.
- Doehring TC, Rubash HE, Shelley FJ, Schwendeman LJ, Do- naldson TK, Navalgund YA. Effect of superior and superolateral relocations of the hip center on hip joint forces. An experimental and analytical analysis. J Arthroplasty 1996 Sep;11(6):693-703.
- Linde F, Jensen J. Socket loosening in arthroplasty for congenital dislocation of the hip. Acta Orthop Scand 1988 Jun;59(3):254-7.
- Linde F, Jensen J, Pilgaard S. Charnley arthroplasty in osteo- arthritis secondary to congenital dislocation or subluxation of the hip. Clin Orthop Relat Res 1988 Feb;227:164-71.
- Tanzer M. Role and results of the high hip center. Orthop Clin North Am 1998 Apr;29(2):241-7.
- Russotti GM, Harris WH. Proximal placement of the acetabu- lar component in total hip arthroplasty. J Bone Joint Surg Am 1991;73-A:587-92.
- Iida H, Matsusue Y, Kawanabe K, Okumura H, Yamamuro T, Nakamura T. Cemented total hip arthroplasty with acetabular bone graft for developmental dysplasia. Long-term results and survivorship analysis. J Bone Joint Surg Br 2000;82-B:176-84.
- Yoder SA, Brand RA, Pedersen DR, O’Gorman TW. Total hip acetabular component position affects component loosening rates. Clin Orthop Relat Res 1988 Mar;(228):79-87.
- Inao S, Matsuno T. Cemented total hip arthroplasty with auto- genous acetabular bone grafting for hips with developmental dysplasia in adults. The results at a minimum of ten years. J Bone Joint Surg Br 2000;82-B:375-7.
- Crowe JF, Mani J, Ranawat CS. Total hip replacement in con- genital dislocation and dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg Am 1979; 61:15.23. Mackenzie JR, Kelly SS, Johnston RC. Total hip replacement for coxarthrosis secondary to congenital dysplasia and dislocation of the hip. Long-term results. J Bone Joint Surg Am 1996;78:55.
- Davlin LB, Amstutz HC, Tooke SM, et al. Treatment of osteo- arthrosis secondary to congenital dislocation of the hip. Primary cemented surface replacement compared with conventional total hip replacement. J Bone Joint Surg Am 1990;72:1035.
- Kerboull M, Hamadouche M, Kerboull L. Total hip arthroplasty for Crowe type IV developmental hip dysplasia. A long-term follow-up study. J Arthroplasty 2001;16:170-76.
- Kelley, S. S.: High hip center in revision arthroplasty. J. Art- hroplasty 1994; 9: 503-510.
- Shinar AA, Harris WH. Bulk structural autogenous grafts and allografts for reconstruction of the acetabulum in total hip

- arthroplasty. *J Bone Joint Surg [Am]* 1997;79:159-68.
28. Ritter MA, Gioe TJ, Stringer EA. Functional significance of nonunion of the greater trochanter. *Clin Orthop* 1981;159:177-82.
  29. Yoder SA, Brand RA, Pedersen DR, O'Gorman TW. Total hip acetabular component position affects component loosening rates. *Clin. Orthop* 1988;228: 79-87.
  30. Metcalfe JE, Banaszkievicz P, Kapoor B, Richardson J, Wynn Jones C, Kuiper J: Unexpected long femur in adults with acetabular dysplasia. *Acta Orthop. Belg* 2005;71:424-428.
  31. Scott RD, Turner RH, Leitzes SM, Aufranc OE. Femoral fractures in conjunction with total hip replacement. *J Bone Joint Surg Am.* 1975 Jun;57(4):494-501.
  32. Soderman P, Malchau H, Herberts P, Zugner R, Regner H, Garellick G: Outcome after total hip arthroplasty. Part II. Disease-specific follow-up and the Swedish National Total Hip Arthroplasty Register. *Acta Orthop Scand* 2001; 72(2):113-119.

#### **LATE RESULTS AFTER TOTAL HIP REPLACEMENT FOR HIP DYSPLASIA**

**G. Degutis, P. Butėnas, L. Kervys**

Key words: hip dysplasia, total hip replacement, dystopic acetabulum, Harris questionnaire.

##### **Summary**

Purpose: To evaluate the late results of the patients undergone total hip replacement surgery for hip dysplasia, implanting

acetabular component more proximally than anatomic acetabular center.

Patients and methods: In 1997-2004 in the Red Cross Hospital, (later VUHSK CF) hospital 85 hip replacement surgeries for patients with I-IV° hip dysplasia were performed by implanting acetabular component more proximally from anatomic acetabular center. This method was used to perform surgeries to 83 patients (17 men – 18 hip joints, 66 women – 67 hip joints). Prior to the surgeries, the patients responded to the Harris questionnaire on the condition of their hip joints. An average response rate was 42.1 (29-62) point. In February and May 2013 having regard to the Harris questionnaire and objective tests the late results of treatment were successfully evaluated for 44 (53.01%) patients.

Results: The evaluation of the patients' responses to the Harris questionnaire established the average of 61.7 (26-88) points.

Conclusion: Based on our findings, more proximal positioning of the acetabular component from the anatomic acetabular center seeking a more anatomic position without lateral displacement is one of the surgical options for selected patients with hip dysplasia.

Correspondence to: Gediminas.Degutis@santa.lt

Gauta 2014-10-27