

STRESZCZENIE

Niniejsza dysertacja podejmuje problematykę zależności pomiędzy mobilnością układu miednica–kręgosłup a wynikami endoprotezoplastyki stawu biodrowego (THA). Przyjęto założenie, że biomechaniczne relacje pomiędzy stawem biodrowym a odcinkiem lędźwiowym kręgosłupa odgrywają zasadniczą rolę w utrzymaniu równowagi, sprawności ruchowej oraz stabilności posturalnej, natomiast zaburzenia w tym obszarze mogą ograniczać skuteczność leczenia operacyjnego. W literaturze medycznej coraz mocniej akcentuje się znaczenie połączenia miednica-kręgosłup, jednak nadal brakuje systematycznych analiz obejmujących pełne spektrum czynników klinicznych, determinant funkcjonalnych oraz danych radiologicznych.

Celem pracy była ocena wpływu różnych modeli sztywności w obrębie połączenia miedniczo-kręgosłupowego na wyniki kliniczne, funkcjonalne i techniczne leczenia stawu biodrowego przy pomocy endoprotezoplastyki. Postawiono hipotezę, iż ograniczona mobilność zwiększa ryzyko powikłań mechanicznych i utrudnia adaptację pozabiegową.

Materiał badawczy obejmował 105 pacjentów zakwalifikowanych do endoprotezoplastyki stawu biodrowego z powodu zaawansowanej koksartrozy. U chorych dokonano klasyfikacji mobilności na podstawie kryteriów Kanawade, Vigdorchika–Luthringera oraz Haffera. Analizie poddano parametry radiologiczne (Δ APPt, Δ SS, PI–LL), a także wskaźniki kliniczne, w tym subiektywne poczucie niesprawności oceniane przy użyciu skal WOMAC, Harris Hip Score oraz VAS. Badanie obejmowało porównania wyników przed- i pooperacyjnych z uwzględnieniem wpływu mobilności na rezultaty funkcjonalne oraz częstość powikłań. Dodatkowo oceniono aspekty techniczne implantacji, takie jak ustawienie panewki czy różnica długości kończyn.

Uzyskane wyniki wykazały, że niezależnie od typu mobilności, endoprotezoplastyka stawu biodrowego prowadzi do istotnej klinicznej poprawy – obserwowano redukcję dolegliwości bólowych oraz wzrost sprawności w codziennym funkcjonowaniu. Ograniczone efekty zaobserwowano jedynie w odniesieniu do aktywności sportowej, której poziom pozostawał niższy po zakończeniu terapii. Analiza wariancji potwierdziła silny efekt zabiegu w zakresie redukcji bólu i poprawy dobrostanu ogólnego. Różnice pomiędzy typami sztywności nie miały wyraźnego znaczenia dla krótkoterminowych wyników funkcjonalnych, lecz okazały się istotne w kontekście powikłań.

Częstość komplikacji w badanej grupie wyniosła 19,6%. Najwyższe ryzyko dotyczyło pacjentów z dużą sztywnością połączenia miedniczo-kręgosłupowego – w tej populacji

ryzyko zwłknięcia, konieczności reoperacji oraz wadliwego ustawienia komponentów było ponad dwukrotnie wyższe w porównaniu z pacjentami zachowującymi normalną mobilność. Dodatkowymi czynnikami ryzyka były wiek oraz obecność chorób współistniejących.

Podsumowując, endoprotezoplastyka jest skuteczną procedurą leczniczą u pacjentów z koksoartrozą w schyłkowym stadium, a jednym z kluczowych elementów planowania zabiegu u pacjentów z zaburzeniami ruchomości kompleksu miednica–kręgosłup jest dobór optymalnych parametrów ustawienia komponentu panewkowego. Realizacja zmodyfikowanych wartości docelowych często wymaga odpowiedniej modyfikacji techniki operacyjnej. U pacjentów z istotną sztywnością kompleksu miednica–kręgosłup, zwłaszcza w przypadkach szczególnie złożonych, należy rozważyć zastosowanie systemów nawigacji chirurgicznej lub fluoroskopii śródoperacyjnej. Metody te umożliwiają precyzyjne odtworzenie zaplanowanego ustawienia panewki pomimo zmienionej biomechaniki i anatomii układu biodrowo-kręgosłupowego.