

## **ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫВИХОВ БЕДРА ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

<sup>1</sup> Канзюба А. И., <sup>2</sup> Климовицкий В. Г., <sup>2</sup> Канзюба М. А.

<sup>1</sup> ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», медицинский факультет, кафедра общей хирургии с курсами травматологии, оперативной хирургии и судебной медицины, Украина

<sup>2</sup> НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, Красный Лиман, Украина.

**Введение.** Вывихи бедра после первичной тотальной артропластики тазобедренного сустава относятся к наиболее частым осложнениям, занимают третье место среди причин ревизионных операций (после нестабильности и инфекционных процессов). Частота вывихов после первичной артропластики, по данным разных авторов, варьирует от 0,3 до 12,9 %. После первого эпизода вероятность повторных вывихов составляет около 33%.

**Цель работы** - анализ собственных наблюдений вывихов бедра после первичной тотальной артропластики тазобедренного сустава, идентификация предрасполагающих факторов и оптимизация программы реабилитации пациентов.

**Материал и методы.** Работа основана на анализе результатов первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в клиниках НИИТО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького в период с января 2010 по май 2014 г. После 912 операций первичной тотальной артропластики тазобедренного сустава (844 пациента) наблюдали 69 случаев первичных вывихов бедра (7,56 %). Среди 69 пациентов было 28 женщин в возрасте от 37 до 71 года (средний возраст  $54 \pm 3,6$  года) и 41 мужчина в возрасте от 42 до 66 лет (средний возраст  $55 \pm 2,7$  года). У 48 пациентов вывихи рецидивировали от 1 до 6 раз. Большинство вывихов наблюдалось в течение первых 4 недель после операции.

**Результаты.** Причинные факторы идентифицированы на основании данных дооперационного клинико-рентгенологического обследования пациентов, интраоперационных наблюдений и анализа особенностей реабилитационного периода.

1. Особенности пространственного расположения ацетабулярного и бедренного компонентов эндопротеза: вертикальное расположение «чашки», увеличение или уменьшение угла фронтальной инклинации «чашки», высокое расположение «чашки».

2. Дисбаланс мышц тазового пояса: остаточная мышечная контрактура, избыточное натяжение мышц при значительном низведении бедра.

3. Продолжающаяся гипотрофия мышц тазового пояса.

4. Импинджмент шейки бедренного компонента и искусственной вертлужной впадины.

5. Импинджмент массива большого вертела и остеофитов задней стенки вертлужной впадины.

6. Функциональная несостоятельность мышц тазового пояса после предшествующих реконструктивных операций на тазобедренном суставе (артродез, межвертельные и подвертельные остеотомии).

7. Избыточная масса тела – тенденция к наружной ротации бедер в положении сидя.

8. Осевые деформации оперированной конечности – на уровне бедра, коленного сустава, голени и стопы.

9. Высокое расположение «чашки» протеза.

10. Нарушение режима пассивных движений в оперированном тазобедренном суставе.

11. Нарушение режима активных движений.

12. Неврологические заболевания, сопровождающиеся снижением тонуса мышц тазового пояса.

13. Преходящее расстройство сознания, сопровождающиеся общей мышечной гипотонией (гипогликемическая кома) или общим гипертономусом (эпилептические припадки).

**Выводы.**

1. Возможность вывихов бедра после первичной артропластики тазобедренного сустава определяется большим количеством факторов. Большинство вывихов происходит в течении первых 3-4 месяцев после операции, наиболее частой причиной их (88,4%) является нарушение пациентом двигательного режима в периоде реабилитации.

2. Необходимость в ревизионных вмешательствах на тазобедренном суставе по поводу повторяющихся вывихов была обусловлена недостаточной антеверзией ацетабулярного компонента.

3. Планирование операции, включая выбор конструкции импланта и хирургического доступа, должно осуществляться с учетом общесоматического и психоэмоционального статуса пациента, локальных и системных биомеханических нарушений.

4. В реабилитационном периоде необходим индивидуальный выбор программы восстановительного лечения.