

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫВИХОВ БЕДРА ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Канзюба А.И., Климовицкий В.Г., Канзюба М.А.

НИИ травматологии и ортопедии
Донецкого национального медицинского университета
им. М. Горького, Красный Лиман, Украина

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
медицинский факультет, кафедра общей хирургии
с курсами травматологии, оперативной хирургии
и судебной медицины, Ужгород, Украина

г. Харьков, 14 – 15 апреля 2016 г.

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%.

Большинство вывихов (от 50 до 70 %) наблюдается в течении первых 3 – 6 мес после операции – «ранние» вывихи. Их связывают с нарушением («неадекватностью») двигательного режима.

«Вторичные» вывихи наблюдаются в период от 3-6 месяцев до 5 лет (15-20 % всех вывихов) и обусловлены увеличением подвижности в искусственном суставе.

«Поздние» вывихи – спустя 5 и более лет после операции связаны с износом полиэтиленового вкладыша. Средний срок их проявления 11,3 года, а частота может достигать 32 %.

Факторы предрасполагающие к вывихам

(по данным литературы)

- 1. Сопутствующие заболевания нервномышечного аппарата, врожденные заболевания нервной системы (психические расстройства или умственная несостоятельность, применение нейротоксических веществ (алкоголь, наркотики).
- 2. Особенности поражения ТБС, приведшего к артропластике (АНГБК, прогрессирующая дисплазия, последствия переломов проксимального отдела бедренной кости и реконструктивных операций)
- 3. Факторы, связанные с особенностями хирургического вмешательства: выбор хирургического доступа к тазобедренному суставу; пространственное расположение компонентов эндопротеза; профиль вкладыша в ацетабулярный компонент; размер головки эндопротеза; величина достигнутого офсета; опыт хирурга.

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) - 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 от 42 до 66 лет (средний возраст $55 \pm 2,7$ года). У 48 пациентов вывихи рецидивировали от 1 до 6 раз.

Причинные факторы идентифицированные на основании данных дооперационного клинико-рентгенологического обследования, интраоперационных наблюдений и анализа особенностей реабилитационного периода

1. Нарушение режима движений в оперированном тазобедренном суставе – наиболее частая (88,4%) причина **ВЫВИХОВ.**

Условия, способствующие возникновению вывиха – сохраняющаяся контрактура и дисбаланс мышц тазового пояса, а также гипотрофия мышц оперированной конечности, прогрессирующая в течении первых 4 – 6 нед после операции.

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

- эквинусная деформация переднего отдела стопы
- посттравматическая варусная деформация коленного сустава
- осевая деформация - в связи с неправильно консолидированным переломом диафиза бедренной кости с неустраиваемым ротационным смещением наружи дистального фрагмента.



3. Функциональная несостоятельность мышц тазового пояса после предшествующих реконструктивных операций на тазобедренном суставе.

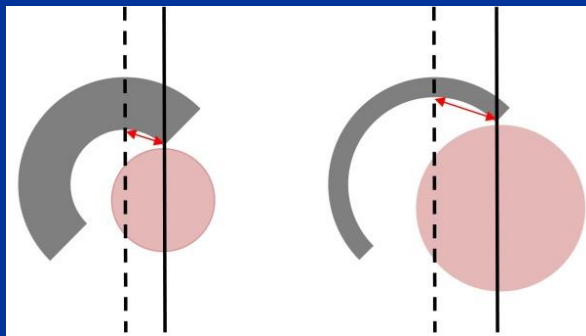
Доминирование этого фактора мы наблюдали у 17 пациентов. 4 из них ранее были оперированы по поводу ложных суставов шейки бедренной кости, 6 – по поводу переломов вертлужной впадины.

Выбор хирургического доступа

- задне-наружный - 5,16%
- передне-наружный - 2,4 %

Состояние околосуставных мягких тканей

Геометрия (дизайн) компонентов эндопротеза - низкопрофильные и высокопрофильные полиэтиленовые вкладыши, наличие антилюксации козырька 10° , диаметр искусственной головки 28 мм, 32мм, 36 мм.



- Импинджмент шейки бедренного компонента и искусственной вертлужной впадины (проверяется интраоперационно)

- Особенности пространственного расположения ацетабулярного и бедренного компонентов эндопротеза: вертикальное расположение «чашки», увеличение или уменьшение угла фронтальной инклинации «чашки», высокое расположение «чашки».
- Дисбаланс мышц тазового пояса: остаточная мышечная контрактура, избыточное натяжение мышц при значительном низведении бедра.
- Продолжающаяся гипотрофия мышц тазового пояса.
- Импинджмент шейки бедренного компонента и искусственной вертлужной впадины.
- Импинджмент массива большого вертела и остеофитов задней стенки вертлужной впадины.
- Функциональная несостоятельность мышц тазового пояса после предшествующих реконструктивных операций на тазобедренном суставе (артродез, межвертельные и подвертельные остеотомии).

- Избыточная масса тела – тенденция к наружной ротации бедер в положении сидя.
- Осевые деформации оперированной конечности – на уровне бедра, коленного сустава, голени и стопы.
- Высокое расположение «чашки» протеза.
- Нарушение режима пассивных движений в оперированном тазобедренном суставе.
- Нарушение режима активных движений.
- Неврологические заболевания, сопровождающиеся снижением тонуса мышц тазового пояса.
- Преходящее расстройство сознания, сопровождающиеся общей мышечной гипотонией (гипогликемическая кома) или общим гипертонусом (эпилептические припадки).

Выводы

1. Большинство вывихов происходит в течении первых 3-4 месяцев после операции, наиболее частой причиной их является нарушение пациентом двигательного режима в периоде реабилитации.
2. Необходимость в ревизионных вмешательствах на тазо - бедренном 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. Необходим индивидуальный выбор программы восстановительного лечения в реабилитационном периоде.