

# УСКЛАДНЕННЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ХВОРИХ З АСЕПТИЧНОЮ НЕСТАБІЛЬНІСТЮ АЦЕТАБУЛЯРНОГО КОМПОНЕНТА ЕНДОПРОТЕЗА

Гайко Г. В., Сулима О. М., Підгаєцький В. М., Осадчук Т. І., Калашніков А. В.,  
Заяц В. Б.

ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”, м. Київ.

**Вступ.** Світові центри сьогодні виконують до 25 відсотків ревізійних протезувань кульшового суглоба. Кількість ускладнень ендопротезування зростає з драматично прогресуючою швидкістю а Україну ще чекає пік кількості ревізійних операцій.

Відомо, що результати ревізійного протезування значно гірші за результати первинного. У строки 10 років після операції повторна нестабільність ацетабулярного компонента ендопротеза становить 30 %, до 15-ти років майже 60 %. (А. Н.Косяков, 2002, Лоскутов А. Е., 2006, Р. Вума 2007, W. G. Paprosky, P. C. Perona, J. M. Lawrence 1998).

**Мета роботи.** Покращити результати лікування хворих з асептичною нестабільністю ацетабулярного компонента ендопротеза, шляхом визначення помилок та ускладнень ревізійного протезування.

**Матеріали та методи.** Основу роботи склали результати дослідження 188 хворих з асептичною нестабільністю ацетабулярного компонента ендопротеза, яким виконано ревізійне протезування кульшового суглоба.

**Результати та їх обговорення.** Здійснюючи аналіз результатів ревізійного протезування кульшового суглоба автори визначили частоту ускладнень ревізійного протезування у вигляді повторної асептичної нестабільності компоненту септичної нестабільності вивихів голівок ендопротеза.

Асептична нестабільність ревізійного компонента ендопротеза спостерігалась в 22 випадках (12 % від усіх ревізійованих суглобів) у перші 10 років після ревізії.

Тобто за власним клінічним матеріалом визначено, що серед нестабільних ревізійних компонентів переважав цементний тип фіксації ендопротеза, де пластика дефектів більше 50 см<sup>3</sup> виконана кістковим цементом (19 випадків, 86 %). За конструкцією - повторно став нестабільним протез ІНМЕД (13 випадків, 59 %). Під час ревізії не вдалося досягти рекомендованої позиції компонента в 15 (68 %) випадках, перекриття кісткою не досягало 40 % у 16 випадках (73 %). У випадку використання пластичного матеріалу об'єм дефектів в середньому переважав 150 см<sup>3</sup>, контакт трансплантованої кістки з материнським ложем не досягав 50 % у всіх 100 % випадках.

Також причиною ускладнень є імплантація компонента в nereкомендованій позиції та незначним, до 40 %, перекриттям кісткою. При використанні кісткового трансплантату більше 150 см<sup>3</sup> контакт трансплантованої кістки з материнським ложем не досягав 50 %, що призвело до лізису трансплантованої кістки та вторинному зміщенню компонента.

Септичні ускладнення спостерігались у 12 (6 %) випадках за 10 років. Визначена пряма кореляційна залежність між виникненням септичних ускладнень частотою позитивних результатів культурального виділення мікроорганізмів під час ревізійних втручань -  $r = 0,58-0,77$ . Наявність контамінації мікроорганізмами суглоба при ревізійному втручанні збільшує кількість ускладнень, що обґрунтовує необхідність мікробіологічного та серологічного обстеження хворих з асептичною нестабільністю та необхідність антибіотикопрофілактики ускладнень. ( $p < 0,05$ ).

Вивихи головки ревізійного протеза в післяопераційному періоді спостерігалися в 8 (4 %) випадках переважно в ранньому післяопераційному періоді, до 3 місяців. Визначено що наявність хронічних вивихів головки ендопротеза достовірно корелює з nereкомендованою позицією та перекриттям кісткою до 40 % ревізійного ацетабулярного компонента ендопротеза  $KC r=1,0, p < 0,05$ .

**Висновки**

1. Переважаючими ускладненнями ревізійного протезування стали повторна асептична нестабільність компонентів ендопротеза у 12 % випадках, септична нестабільність у 6 % випадків, вивихи голівки ревізійного протеза 4 %.

2. Факторами, що привели до повторної асептичної нестабільності стали:

а) використання ендопротезів без функціонального покриття та цементного типу фіксації ревізійного компонента.

б) відсутність кістковопластичного заміщення дефектів кульшової западини більше 50 см<sup>3</sup>, імплантація компонента в nereкомендованій позиції та незначним, до 40 % перекриттям кісткою.

в) помилки при технічному виконанні кісткової пластики дефектів більше 150 см<sup>3</sup> що не забезпечило контакт трансплантованої кістки з материнським ложе (до 50 %), що призвело до лізісу трансплантованої кістки та вторинному зміщенню компонента в перші три роки.

3. Септична нестабільність ревізійного компонента стала наслідком контамінації мікроорганізмами кульшового суглоба, та неналежна антибіотикопрфілактика.

4. Вивихи голівки ревізійного ендопротезу стали причиною імплантації не рекомендованої позиції ревізійного компоненту та з перекриттям кісткою менше 40 %.