

ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ОСТЕОСИНТЕЗА ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Анкин Н. Л., Петрик Т. М., Роевко В. В.

КЗ КОР «Киевская областная клиническая больница», Украина.

Введение. Переломы вертлужной впадины составляют 3-7 % от общего числа переломов, и их лечение приводит в 10-17% случаев к развитию явлений деформирующего артроза и остеонекроза головки бедренной кости, даже при успешном интраоперационном анатомическом результате. Наша клиника обладает опытом лечения 257 переломов вертлужной впадины за период 2009-2015 гг. За этот период проведено оперативное лечение 238 из них. 40% из общего числа, это переломы задней стенки или задней колонны вертлужной впадины, сопровождающиеся вывихом головки бедренной кости. Это переломы, которые по данным литературы наиболее часто (до 50.5% в течение 5 лет), осложняются развитием асептического некроза головки бедра.

Цель работы: обобщить результаты оперативного лечения переломов вертлужной впадины и определить особенности проведения эндопротезирования в случаях развития остеонекроза головки бедренной кости после остеосинтеза

Материалы и методы: В ортопедо-травматологическом центре Киевской областной больницы за период 2010-2015 гг. проведено тотальное эндопротезирование 35 пациентам после остеосинтеза вертлужной впадины. Средний возраст этих пациентов 39 ± 3.5 года. При этом первично у 16 пациентов отмечали переломы задней стенки вертлужной впадины, 2 - задней колонны, 12 - задней стенки и задней колонны, 2 - поперечный и задней стенки и у 3 – переломы обеих колонн. Первичный остеосинтез 30 из них проведен в ОТЦ Киевской областной больницы, 5 – в других лечебных учреждениях. 32 первичных остеосинтеза выполнены из доступа Кохера-Лангенбека, 1 – из илеоингвинального доступа, 2 - из комбинации этих доступов. Асептический некроз у пациентов наступил в сроки от 3-х месяцев после остеосинтеза до 5 лет, в среднем 18 ± 3 мес. Всем пациентам проведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Операция проводилась с использованием доступа Кохера-Лангенбека у 32 пациентов, и латеральный у 3 пациентов. 14 предварительно удалялись фиксаторы из области эндопротезирования. При этом мы ориентировались на сроки после остеосинтеза, степень расшатывания фиксаторов, наличие лабораторных признаков воспаления или необходимость предварительного удаления в связи с размещением фиксатора из другого доступа (илеоингвинального). В 21 случаях оперативное лечение выполнено в один этап. Наиболее сложным был процесс подбора вертлужного компонента. Тем не менее, у 29 пациентов впадина после удаления головки не имела значительных дефектов и была возможность установки стандартной бесцементной чаши «pressfeet», правда у 4 – с трабекулярным титановым покрытием. У 2 пациентов мы наблюдали значительные зоны дефектов и при протезировании вертлужного компонента мы применили антипротрузионные кольца и цементные чаши. В 34 случаях применялись бесцементные ножки, в 1 – цементная.

Результаты. В послеоперационном периоде мы наблюдали 2 случая раннего нагноения. После проведенного оперативного лечения в одном случае процесс был купирован, во втором случае через 2 года в связи с септическим расшатыванием протез был удален. В данный момент пациент продолжает этапное лечение. В отдаленном периоде мы проанализировали результаты лечения 33 пациентов в сроки от 1 до 5 лет. Ни у одного из них не наблюдали признаков расшатывания компонентов протеза. Оценка результатов по Шкале Харрис была в пределах: отличные - 27 пациентов 91 бал, хорошие - 5 пациентов - 77 баллов, удовлетворительные 1 пациент- 67 баллов.

Выводы: Считаем, что в большинстве случаев переломов вертлужной впадины при смещении отломков и особенно при переломах задней стенки и задней колонны сопровождающиеся вывихами бедра показан остеосинтез отломков. В перспективе, даже при развитии явлений деформирующего артроза и остеонекроза это дает возможность

проведения эндопротезирования сустава без значительных технических трудностей с использованием полноценной костной массы для погружения чаши протеза.