

ОСОБЛИВОСТІ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРТЛЮЖНОЇ ЗАПАДИНИ

¹ Канзюба А.І., ² Климовицький В.Г., ² Канзюба М.А.

¹ ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра загальної хірургії з курсами травматології, оперативної хірургії та судової медицини, Україна

² НДІ травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, Красний Лиман, Україна.

Вступ Через складність анатомічних порушень і дистрофічнонекротичні зміни, що залишаються після консервативного, або оперативного лікування переломів та переломовивихів у ділянці кульшового суглоба, тотальне ендопротезування набуває значення безальтернативного засобу відновлення опорної функції нижньої кінцівки. Через необхідність імплантації ацетабулярного компоненту за умов після травматичного дефекту кісткової маси, ці операції за своєю складністю, інколи, можна порівняти із ревізійним ендопротезуванням.

Мета роботи – оптимізувати планування і хірургічну техніку тотального ендопротезування при травматичних дефектах вертлюжної западини (ВЗ).

Матеріал та методи В основу роботи покладено результати досліджень, проведених у НДІ Донецького національного медичного університету ім. М. Горького. Протягом 2006 – 2014 рр застосовано тотальну артропластику у 62 пацієнтів із наслідками переломовивихів у ділянці кульшового суглоба. Вік пацієнтів від 24 до 68 років (середній вік 43,38 ± 3,18 роки. У 13 пацієнтів артропластику застосовано з приводу свіжих переломів вертлюжної западини через похилий вік (середній вік 63 ± 4,1 р) і наявність дегенеративних змін у пошкодженому суглобі. У 22 пацієнтів давність пошкодження коливалась від 6 до 13 місяців після невдалого консервативного лікування, або застосування поза осередкового остеосинтезу апаратом зовнішньої фіксації. У 27 артропластику застосовано у зв'язку із прогресуючим артрозо-артритом у терміни 4 – 6 років після внутрішнього остеосинтезу. Згідно класифікації АО переломи задньої стінки та задньої колони (тип А) мали місце у 11 пацієнтів, різні варіанти переломів типу В – у 37, переломи, що належали до типу С – у 14. У 7 пацієнтів застарілі переломи задньої колони і Т – подібні переломи ВЗ поєднувалися із переломами головки та шийки стегнової кістки (ІІІ та ІV тип за класифікацією Pipkin).

Планування операції відбувалося на підставі багато площинної рентгенографії і СКТ. Оцінювали характер і ступень руйнування вертлюжної западини, розміри кісткових дефектів, післятравматичні зміни у параартикулярних тканинах, характер пошкодження тазового кільця. Оцінювали, також, наслідки супутніх скелетних ушкоджень у пацієнтів, що мали множинний характер травми.

Особливості оперативних втручань були зумовлені резорбцією фрагментів ушкодженої вертлюжної западини, значним локальним остеопорозом, розростанням сполучної рубцевої тканини, ретракцією м'язів, наявністю параартикулярних осифікатів.

У пацієнтів, що у минулому перенесли внутрішній остеосинтез вертлюжної западини, під час операції видаляли тільки ті конструкції, які перешкождали підготовці кісткового ложа, виконанню кісткової пластики і імплантації ацетабулярного компонента.

В усіх випадках перед імплантацією ацетабулярного компоненту застосовували засоби відновлення кісткової тканини задля розміщення імпланту відповідно до фізіологічних параметрів, забезпечення надійної первинної стабілізації «чашки» і відновлення стабільності тазового кільця. Серед таких засобів – остеосинтез із кістковою пластикою колон вертлюжної западини, остеосинтез, або кісткова пластика при значних дефектах склепіння, задньої і передньої колони. Центральні дефекти dna вертлюжної западини у поєднанні із незрошенням обох колон при застарілих Т-подібних переломах і після двохколонних переломів, потребували великих об'ємів пластичного матеріалу. Через

недостатність об'єму ауто трансплантатів із видаленої головки та шийки, застосовували алотрансплантати.

Через значний остеопороз у 13 пацієнтів похилого віку застосовано цементну фіксацію ацетабулярного компоненту. У 14, окрім кісткової пластики, використані антипротрузійні кільця. У більшості випадків виконано без цементну фіксацію «чашки». Початок навантаження оперованої кінцівки залежав від розмірів кісткового дефекту, щільності кістки у пошкодженій ділянці тазу і досягнутої первинної стабільності імпланту.

Результати Віддалені результати за шкалою Harris Hip Score досліджено у всіх пацієнтів у терміни від 1,5 до 7 років після артропластики. Узагальнені результати визнано відмінними (середній бал $93,67 \pm 0,35$) у 38 (61,3%), добрими (середній бал $85,69 \pm 0,52$) – у 19 (30,6%), задовільними (середній бал $75,56 \pm 0,58$) – у 4 (6,5%). Незадовільний результат у 1 (1,6%) пацієнта був зумовлений ускладненням – септичною нестабільністю обох компонентів ендопротезу через 3 роки після артропластики.

Висновки

1. Найбільш складні умови для імплантації ацетабулярного компоненту спостерігаються у пацієнтів після консервативного лікування у зв'язку із значними дефектами кісткової маси у ділянці необхідного розташування імпланту.

2. Після попереднього внутрішнього остеосинтезу вертлюжної западини легше досягти первинної стабільної фіксації ацетабулярного компонента ендопротезу, але зростає ризик інфекційних ускладнень після операції.