

*Бартошик В. С., Савеня Ю. С.*

**РЕВИЗИОННОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ  
АСЕПТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ КОМПОНЕНТОВ**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Мартинович А. В.*

*Кафедра травматологии и ортопедии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

В последнее время увеличивается число первичных эндопротезирований тазобедренного сустава, при этом у пациента практически исчезает болевой синдром, улучшается походка, появляется возможность вернуться к активной и полноценной жизни.

Но, несмотря на очевидные положительные результаты, при данной операции существует риск развития специфических осложнений.

Основной проблемой, влияющей на длительность функционирования протеза и, в итоге, клинический результат операции, является асептическое расшатывание компонентов эндопротеза. Несмотря на совершенствование современных технологий, срок функционирования искусственных суставов на данный момент не превышает 15 лет.

По мере увеличения числа операций первичных операций растет потребность в реэндопротезировании. Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава является сложным оперативным вмешательством, имеющим специальные технологии выполнения операции в условиях дефицита костной ткани, иные конструкции имплантатов и инструментарий. Ранняя нестабильность в сроки до 1 года как правило была связана с дефектами операционной техники - чрезмерно вертикальное или горизонтальное положение чашки протеза, контакт чашки с впадиной менее 70%, варусное положение ножки протеза.

Нестабильность в сроки от 1 года до 3 лет развивалась чаще по причине неправильного подбора типа первичного протеза – несоответствие дизайна бесцементной ножки структуре проксимального отдела бедра, имплантация бесцементных компонентов при выраженном остеопорозе костей, применение цементной техники у лиц молодого возраста.

В сроки от 3 до 7 лет достоверно установлены две причины нестабильности: чрезмерные нагрузки на оперированную конечность или травмы (в частности, приведшие к расколу цементной мантии) и быстрый износ пластика с большими зонами остеолита по причине тех же повышенных нагрузок или неточного позиционирования чашки протеза.

Существующие методики реэндопротезирования дают хорошие результаты при относительно небольших сроках наблюдения, однако в дальнейшем вновь появляются зоны остеолита вокруг имплантата с утратой его стабильности, что, в свою очередь, ведёт к повторным ревизионным операциям. К сожалению, каждое последующее вмешательство неизбежно влечёт за собой нарастание дефицита костной массы, развитие рубцово-дистрофических изменений в мышцах области оперированного сустава и повышает риск инфекционных осложнений.