

**Приходько Н. А., Рамков А. Г.**

**ПЕРВИЧНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА  
ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ**

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

*Кафедра травматологии и ортопедии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Диспластический коксартроз (ДК) – наиболее тяжелая патология тазобедренного сустава, а его частота, по разным оценкам, составляет от 21 до 80 % от всех случаев дегенеративных заболеваний данной локализации.

Особенностью ДК является не только молодой возраст пациентов, быстрое прогрессирование заболевания и отсутствие эффекта от консервативного лечения, но и значительные анатомические изменения как в вертлужной впадине, так и в области проксимального отдела бедра.

Современные технологии эндопротезирования позволили значительно повысить эффективность лечения при ДК, однако ортопед сталкивается с рядом трудностей при выборе метода хирургического вмешательства и типа эндопротеза. Поэтому, важный элемент успешной реконструкции тазобедренного сустава с врожденной дисплазией - тщательное предоперационное планирование, которое позволит использовать соответствующую реконструктивную технику, протез и костный трансплантат.

Цель работы – изучить различные методики эндопротезирования тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе на основании ретроспективного анализа медицинской документации

Изучены медицинские карты 46 пациентов, у которых выполнено 48 эндопротезирований тазобедренных суставов. Преобладали лица женского пола: среди пациентов было 32 женщины и 14 мужчин. Средний возраст пациентов составил 55,2 лет, из них у мужчин – 57 лет, а у женщин – 54 года. Среднее время операции составило 78 минут.

Сложность эндопротезирования тазобедренного сустава при ДК обусловлена тем, что необходимо устранить вывих, подвывих бедра, восстановить длину конечности и установить ацетабулярный компонент эндопротеза в анатомически правильной позиции вертлужной впадины. Недоразвитая вертлужная впадина не всегда позволяет установить ацетабулярный компонент протеза с полным перекрытием его костной тканью, что связано с недоразвитием крыши вертлужной впадины.

Стандартные полноразмерные чашки CombiCup удалось имплантировать в 23 случаях (из них в 11 случаях была выполнена костная аутопластика стенок вертлужной впадины, в 13 случаях использовался противовывиховый вкладыш чашки); низкопрофильный компонент эндопротеза (ТОР-чашка) применялся в 13 случаях (противовывиховый вкладыш использовался в 3 случаях); укрепляющее ацетабулярное кольцо Мюллера использовалось в 8 случаях, из них у 4 пациентов применялась пластика вертлужной впадины. При дефектах вертельной области у 3 пациентов также применялась костная пластика.

Заключение: на основании проведенного исследования нами выявлено, что вариативность оперативного подхода в эндопротезировании тазобедренного сустава при ДК отличается от эндопротезирования в стандартном случае необходимостью таких моментов как: применение противовывиховых вкладышей чашек и низкопрофильных компонентов эндопротеза, реконструкция вертлужной впадины, реконструкция вертельной области, применение укрепляющих колец, что позволяет добиться стабильной первичной фиксации компонентов эндопротеза при диспластическом коксартрозе.