

Евсеев Г. М.

ПОДХОДЫ К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ АРТРОЗЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Волошенко А. Н.

Кафедра травматологии и ортопедии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Посттравматический артроз тазобедренного сустава возникает при:
Травматическом повреждении вертлужной впадины
Переломе шейки бедренной кости.

Травматические повреждения вертлужной впадины возникают в результате тяжелых механических травм, таких как автодорожные происшествия и падения с высоты. Как правило, это люди молодого возраста от 22 до 55 лет.

Это очень сложный контингент больных, у которых вместе с повреждениями опорно-двигательного аппарата имеются тяжелые черепно-мозговые травмы или повреждения внутренних органов. К лечению повреждений тазобедренного сустава приступают после стабилизации функций основных органов и систем, следовательно, и оперативное лечение выполняется в поздние сроки или эти пациенты лечатся консервативными методами.

При медиальных переломах шейки бедра у лиц пожилого возраста, у которых по каким-то причинам оперативное лечение не выполнялось, возникает значительное укорочение конечности из-за проксимальной миграции бедренной кости. Хрящ вертлужной впадины, за счёт отсутствия статической нагрузки, очень легко отделяется от субхондральной кости, что требует обязательного тотального эндопротезирования.

Как правило дегенеративно-дистрофические изменения развиваются в ранние сроки (в среднем в течение 2-х лет). Эндопротезирование при посттравматическом коксартрозе дает больший процент осложнений и менее благоприятные результаты по сравнению со стандартным эндопротезированием.

В своей работе мы выделили три типа посттравматических изменений вертлужной впадины и определили оптимальные подходы к лечению:

I тип. Повреждение вертлужной впадины с сохранением ее целостности (после консервативного или оперативного лечения). Подход к оперативному лечению у данной группы пациентов как и при первичном стандартном эндопротезировании.

II тип. Переломы вертлужной впадины с нарушением ее конфигурации, дефектами стенок и смещением головки бедра различной степени. Выполняется замещение дефекта вертлужной впадины аутотрансплантатом с созданием полной конгруэнтности вертлужной впадины. В зависимости от методики применяют «объемную» или «опорную» костную пластику.

III тип. Полное нарушение анатомии вертлужной впадины. Используются различные виды костной пластики и протрузионное кольцо Мюллера или Burch-Schneider.

При анализе результатов лечения у больных с повреждениями вертлужной впадины, которым было выполнено эндопротезирование, выделено две группы:

1. Пациенты, оперативное лечение которым было выполнено в первые дни после травмы (5-10 сутки). В данном случае восстановление целостности вертлужной впадины создавало хорошие условия для дальнейшего эндопротезирования.

2. Переломы вертлужной впадины лечились пациентам консервативно с помощью скелетного вытяжения. В этой ситуации костные отломки вертлужной впадины никогда не становились на место, а щели между отломками выполнялись соединительной тканью, что приводило к нестабильности стенок вертлужной впадины. Выполнение эндопротезирования при подобных ситуациях требует удаления рубцовой ткани, выполнения костной пластики, применения укрепляющих колец Мюллера или Бурх-Шнайнера, или применение эллипсоидных бесцементных чашек.