

ВЫВИХИ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЗАМЕЩЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА: ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ

В.В. Ключевский, В.В. Даниляк, М.В. Белов, С.И. Гильфанов, Д.Е. Конев, И.В. Ключевский, М.А. Молодов

*Ярославская государственная медицинская академия,
ректор – член-корр. РАЕН, д.м.н. профессор А.В. Павлов
г. Ярославль*

Увеличение количества операций эндопротезирования тазобедренного сустава при его повреждениях и заболеваниях неизбежно влечёт за собой рост осложнений, связанных с ними. Одним из наиболее частых негативных явлений, сопровождающих данную операцию, являются вывихи эндопротезов.

Цель – определить факторы риска и выявить их влияние на частоту возникновения вывихов после тотального замещения тазобедренного сустава, оптимизировать тактику лечения данного осложнения.

Материал и методы

За период с 1994 по 2008 г. в клинике выполнена 2971 операция первичного (86,1%) и ревизионного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава: у 2361 пациента из заднего доступа Кохера – Лангенбека и 280 вмешательств из бокового доступа Хардинга. Среди больных преобладали женщины (65,3%). Средний возраст составил 58,2 года (от 15 до 92 лет). Применялись эндопротезы бесцементной (69,2%), гибридной (13,3%), цементной (18,5%) фиксации.

Результаты и обсуждение

Вывихи эндопротезов выявлены у 136 больных в различные сроки. Подавляющее большинство – 133 (4,4%) – произошло после операций из заднего доступа, что связано с отсечением коротких ротаторов бедра и иссечением задних отделов капсулы. При использовании бокового доступа имели место всего 3 вывиха (1,1%) в сроки более месяца с момента операции, они произошли в результате дополнительной травмы. У 81 пациента вывих был однократным, у 10 – повторным и у 45 – рецидивирующим.

Факторы риска, влияющие на возникновение вывихов эндопротезов, были разделены на три группы: связанные с пациентом (I), определяемые конструктивными особенностями имплантата (II) и зависящие от хирурга (III). К последним, кроме операционного доступа, мы относим ошибки в ориентации компонентов эндопротеза.

Первая группа факторов включает возраст (у больных старше 60 лет вывихи встречаются на 6,0% чаще). Отмечены значительные колебания в зависимости от характера патологии: от 1,1% при диспластических коксартрозах с врождённым вывихом (удлинение конечности во время операции служит дополнительным стабилизатором) до 10,8% при переломах шейки бедра (сопровождающиеся мышечным дисбалансом, ментальными расстройствами). Существенное влияние оказывали предшествующие операции и связанные с ними обширные рубцовые процессы в области мышц-абдукторов, особенно в случае ревизионных вмешательств (до 12,9%).

Во второй группе использование латерализованных бедренных компонентов было сопряжено с уменьшением числа вывихов (1,6% против 4,7% на стандартных ножках со 135° шеечно-диафизарным углом типа Zweymuller). Имелась достоверная обратная зависимость между диаметром головок эндопротезов и количеством вывихов (от 5,8% при 28 мм головках до 0,7% при шарах сверхбольшого размера). Применение твёрдых пар (металл по металлу и керамика по керамике) также существенно снизило вероятность возникновения вывихов (1,2%) за счёт адгезии трущихся поверхностей, причём со временем рецидивов не было, очевидно, вследствие самопроизвольной полировки и притирания.

Третью группу в основном представляли ошибки в ориентировании компонентов эндопротеза (чашки, ножки), сопровождающиеся рецидивами вывихов (46 наблюдений).

Закрытое вправление производили у всех пациентов со свежими вывихами под внутривенным наркозом с дальнейшим постельным режимом и аккуратной активизацией на 10-е сутки под контролем врача лечебной физкультуры. В дальнейшем, после выписки из стационара, рекомендовали строгое соблюдение двигательного режима – правил нагрузки и объёма движений эндопротеза (ограничение сгибания и внутренней ротации бедра). Консервативное лечение стало окончательным для 59 (43,4%) пациентов.

При застарелых, невосправимых и рецидивирующих вывихах применялись различные виды

оперативного лечения. Открытое вправление (13 операций) производилось при правильном положении компонентов протеза и хорошем натяжении мышц-абдукторов. При недостаточном тоне отводящих мышц (в т. ч. в результате переломов большого вертела) и правильном положении чашки и ножки, производили удлинение конечности путём замены головки на более длинную (22) или остеосинтез большого вертела (2). Если причиной вывиха являлось неправильное положение компонентов, то вмешательство заключалось в замене и переориентации чашки (23), ножки (12) или полной замене частей протеза (11). Двум пациентам, в силу разных причин не соблюдавших двигательный режим, заменили чашку и головку на больший размер. Одному пациенту после неоднократных ревизионных вмешательств и присоединения глубокой инфекции выполнена резекционная артропластика.

Выводы

1. К факторам риска, связанным с пациентом, относим возраст старше 60 лет; заболевания, сопровождающиеся мышечным дисбалансом (переломы шейки бедра); когнитивные нарушения (деменция) и изменения, вызванные предшествующими операциями.

2. Применение бокового доступа, латерализованных бедренных имплантатов, головок большого диаметра и твёрдых пар трения позволяет существенно снизить уровень вывихов при эндопротезировании.

3. Закрытое вправление явилось окончательным способом лечения для 43,4% больных.

4. Для лечения рецидивирующих вывихов необходимо восстановление тонуса отводящих и ягодичных мышц (применение латерализованных бедренных компонентов и удлинённых версий головок, рефиксация большого вертела).

5. При выявлении дефектов в ориентации компонентов эндопротеза показана ранняя ревизия.

Литература

1. Рыбачук, О.И. Послеоперационное вывихивание головки эндопротеза тазобедренного сустава и пути его предупреждения / О.И. Рыбачук, С.Н. Бесединский // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 2000. — № 1. — С. 31-35.
2. Факторы риска возникновения вывиха после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (обзор литературы) / Н.В. Загородний [и др.] // Травматология и ортопедия России. — 2008. — № 4. — С. 111 – 116.
3. Bourne, R.B. Etiology of total hip arthroplasty dislocation / R.B. Bourne // Proceedings of Annual Meeting of AAOS. — San Diego, 2007. — P. 43.
4. Cabanela, M.E. Epidemiology of instability after total hip arthroplasty / M.E. Cabanela // Proceedings of Annual Meeting of AAOS. — San Diego, 2007. — P. 42.
5. Late dislocation after total hip arthroplasty / M. von Knoch, D.J. Berry, W.S. Harmsen, B.F. Morrey // J. Bone Joint Surg. — 2002. — Vol. 84-A. — P. 1949-1953.
6. Maloney, W.J. Dislocation / W.J. Maloney // Proceedings of Annual Meeting of AAOS. — San Diego, 2007. — P. 24.

Контактная информация:

Ключевский Вячеслав Васильевич – д.м.н., профессор
 зав. кафедрой травматологии и ВПХ
 e-mail: rector@yua.ac.ru