

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ТОТАЛЬНОМУ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КОЛІННОГО І КУЛЬШОВОГО СУГЛОБІВ

Нагорна А.О.

Науковий керівник д-р мед. наук, проф. Шищук В.Д.

Сумський державний університет

У 2008 році Україна відзначила 40-літній ювілей з того моменту, коли в 1968 році в Харківському науково-дослідному інституті ортопедії і травматології імені професора М.І.Ситенко були проведені професором К.М.Сивашем перші операції по тотальному заміщенню кульшового суглоба. Вони стали стартом для наступного впровадження ендопротезування в практику клінік Дніпропетровська, Запоріжжя й інших регіонів України.

При аналізі ортопедичних показань та протипоказань необхідно враховувати фактори, що можуть привести до післяопераційних ускладнень та видалення ендопротеза.

Матеріали та методи. У ортопедо-травматологічному відділенні СМКЛ №1 та СОКЛ у 2010-2014 рр. було прооперовано 200 пацієнтів з приводу деформуючих артрозів колінного та кульшового суглобів. Тотальне ендопротезування на колінному суглобі було виконано у 22 пацієнтів (серед них жінки – 19(86,3%); чоловіки – 3(13,7%)). Клінічна оцінка результатів після операції – 86% добре, 14% - задовільно. В одному випадку через 3,5 роки стався перелом надвиросткової ділянки стегна. У подальшому хвора лікувалася методом скелетного витяга з фіксацією гіпсовою пов'язкою. Через 3 місяці відбулося зрощення перелому.

Тотальне ендопротезування кульшового суглоба виконано у 177 пацієнтів з приводу захворювання та травм стегна. Серед них жінок -103(58,2%), чоловіків – 74(41,8%) у віці від 32 до 80 років. Клінічно оцінка результатів після операції 76% - добре, 24% - задовільно.

Обговорення результатів. У двох пацієнтів через рік після тотального безцементного ендопротезування кульшового суглобу виник перелом стегна на рівні верхньої середньої третини. Пацієнтам виконано ревізійне ендопротезування з метало остеосинтезом стегнової кістки.

У чотирьох пацієнтів виконано ревізійне ендопротезування з приводу нестабільності вертлюгового компоненту цементної фіксації. Проведена заміна чашки ендопротезу на безцементний. Клінічні результати після операції задовільні. У двох пацієнтів видалено конструкцію ендопротезу з приводу асептичного запалення через 1,5 – 2 роки після операції цементного ендопротезування. Хворі в задовільному стані були виписані за місцем проживання. Рекомендоване ревізійне протезування через рік після виписки.

Одній пацієнтці проведено ендопротезування ліктьового суглобу з приводу багато уламкового перелому дистального мета епіфізу плеча. Результати лікування задовільні.

Низькоенергійна травма стегна може призводити до переломів великого вертлюга стегнової кістки. Крім цього під час хірургічного втручання інтенсивні обробка стегнової кістки рашпілем або введення ніжки ендопротезу в кістково - мозкову порожнину стегнової кістки можуть також призводити до переломів великого вертлюга. Переломи стегнової кістки на рівні середньої третини або дистальної частини ніжки ендопротезу зустрічаються рідко. Вони обумовлені, як правило, вторинним поширеним остеолізом, такі переломи виникають при низькоенергійній травмі – падіння з висоти росту людини.

Більшість переломів стегнової кістки після тотального ендопротезування колінного суглобу розміщується в надвиростковій області стегна і пов'язані з вираженим остеопорозом кісткової тканини. У області тібіального компонента, завдяки його конструкції і способу фіксації, рідко спостерігаються переломи великогомілкової кістки.

Висновки. Переломи стегнової і великогомілкової кісток при наявності ендопротезів кульшового і колінного суглобів спостерігаються переважно у пацієнтів літнього і старечого віку. Сприяють виникненню переломів постменопаузальний і сенильний первинний остеопороз, вторинний остеопороз (ревматоїдний поліартрит), а також остеоліз кісткової тканини навколо різних компонентів ендопротеза. Для профілактики цих ускладнень необхідно враховувати характер стабільності перелому кістки і ендопротезу, ступінь остеопорозу кісткової тканини, вік пацієнта.