



СПб ГУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы
Елизаветы»

(Елизаветинская больница)

ФГУ Российский научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена

Росмедтехнологий



Сохранение наружных ротаторов бедрра при эндопротезировании из задне-бокового доступа как основа стабильности тазобедренного сустава

Аболин А.Б., Плиев Д.Г., Котов В.И., Образцов Б.Б.

Санкт-Петербург, 2009

Актуальность

Хирургический доступ является одним из главных ключей в обеспечении стабильности установленного эндопротеза.

(Masonis J.L. et al., 2002; Soong M et al., 2002).

Для обеспечения стабильности установленного эндопротеза необходимо сохранение капсульно-связочного аппарата.

(Pellicci P.M. et al., 1998; Stralen G.M. et al., 2003).

*Частота вывихов при задне-боковом доступе составляет от **0,5** до **9,5%**.*

(Masonis J.L. et al., 2002; Kwon V.S. et al., 2006).

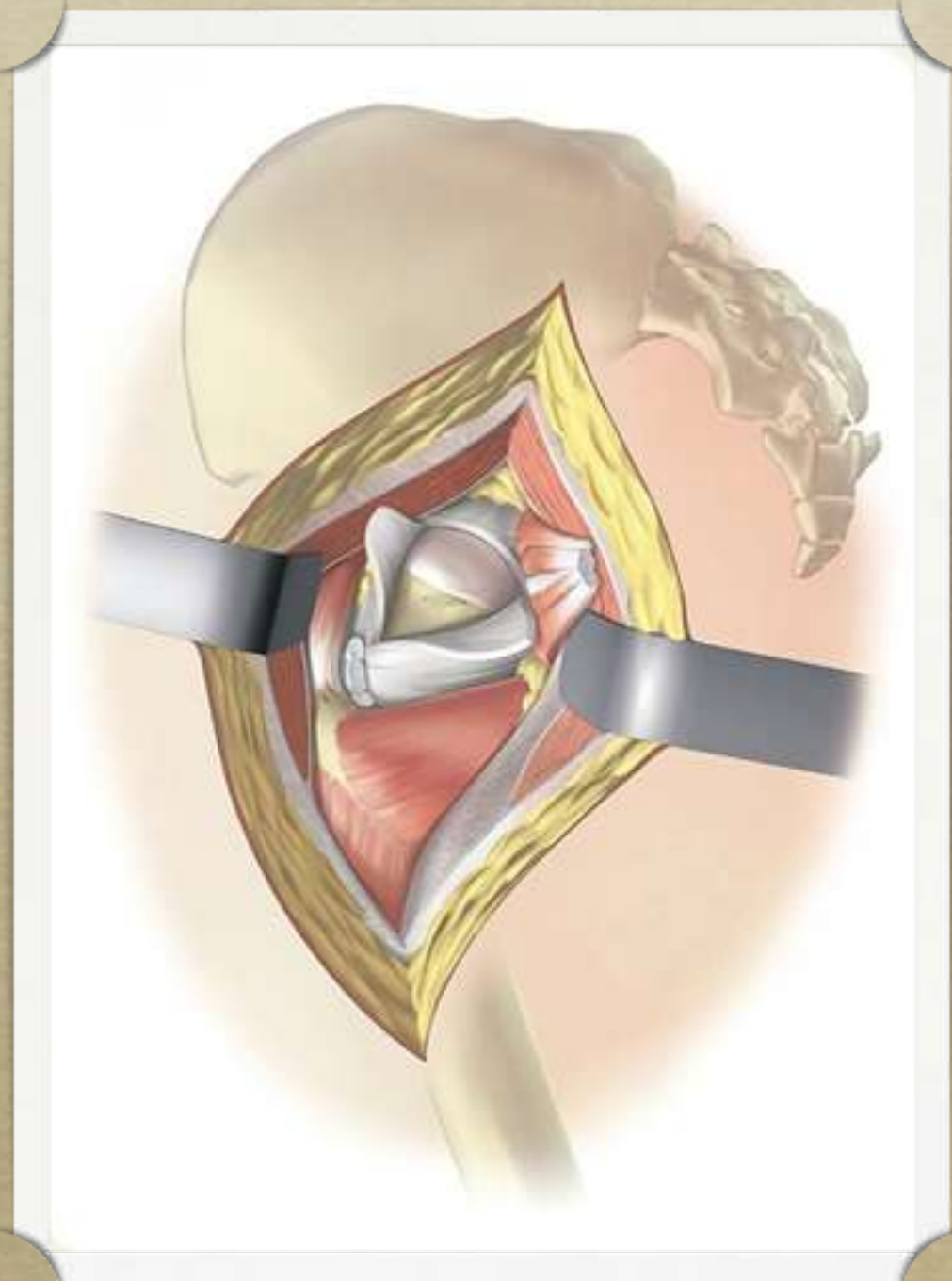
Задне-боковой доступ

+ возможность более ранней активизации пациента в послеоперационном периоде

- высокая частота послеоперационных вывихов
- риск повреждения *n. ischiadicus*

По сравнению с передней группой доступов нет существенной разницы в кровопотере, времени операции, восстановлении функции сустава в позднем послеоперационном периоде.

(Jolles BM, Bogoch ER. 2004; Palan J et al., 2009)



Стабильность

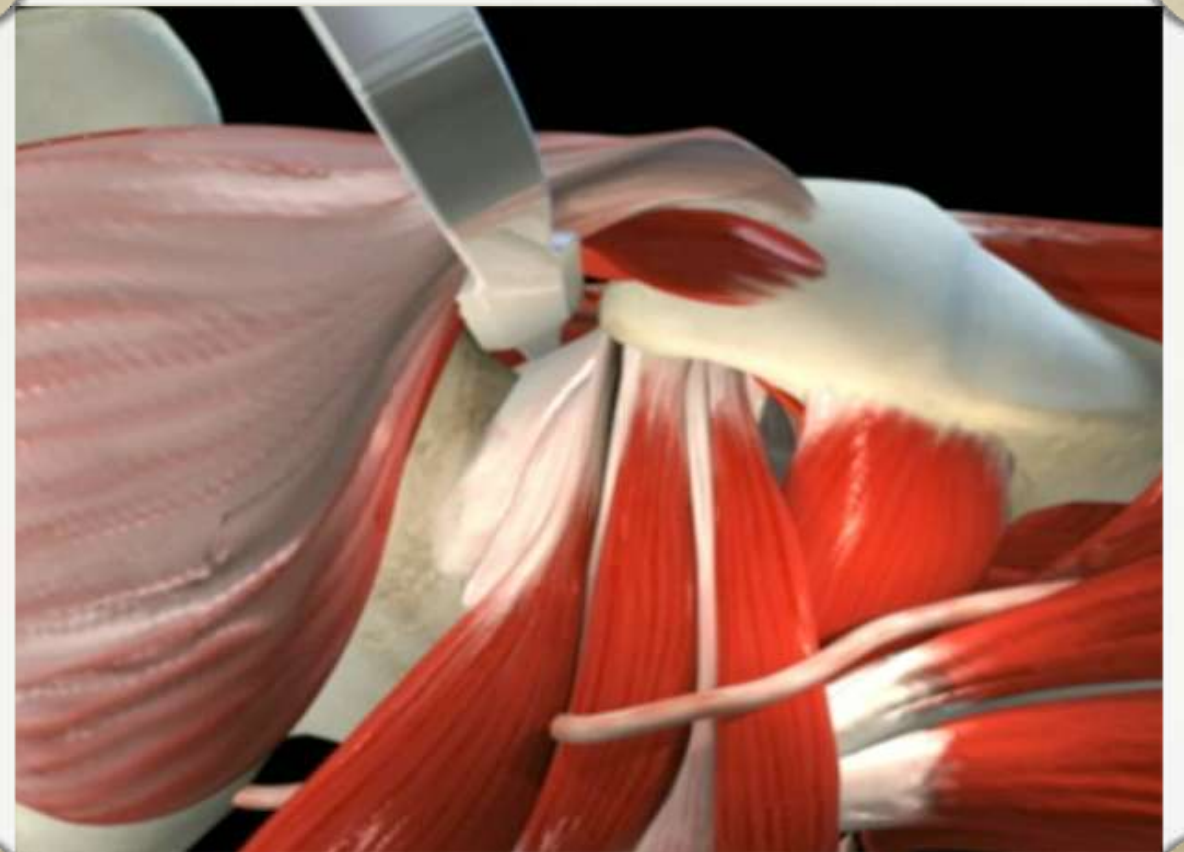
Частота вывихов при задне-боковом доступе:

- с реинсерцией ротаторов – от 0,5 до 3,5%
- без реинсерции ротаторов – от 4,5 до 5,3%

(Kwon M.S. 2006; Kim Y.S. et al 2008)

75% неудач при реинсерции

(Stahelin et al 2002)



На стабильность сустава влияет не только восстановление сухожилия *m.piriformis*, но также восстановление всей группы ротаторов.

(Mihalko et al 2004)

Модифицированный доступ

Сохранение капсульно-связочного аппарата



Материал и методы

За период с 2007 по 2009 гг. по данной методике прооперировано 103 пациента с переломами шейки бедренной кости

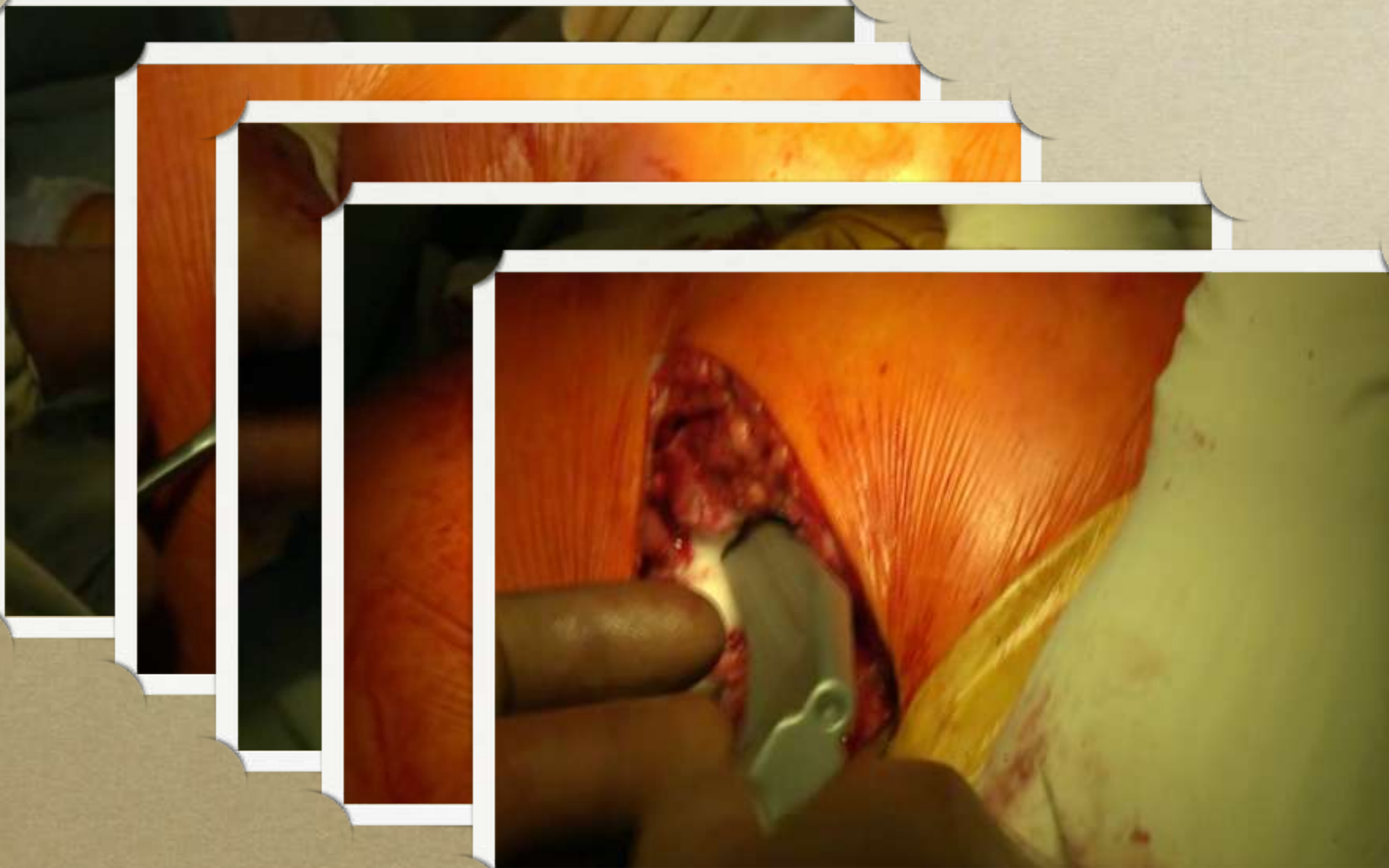
- Средний возраст - 78,7 лет ($\pm 8,3$)*
- Женщин - 82 (79,6%)*
- Мужчин - 21 (20,4%)*
- Средний срок с момента травмы до операции 8,7 суток (от 2 до 27)*
- Внутривидеохирургическая летальность 4,85% (5 пациентов)*

Материал и методы

Установленные эндопротезы:

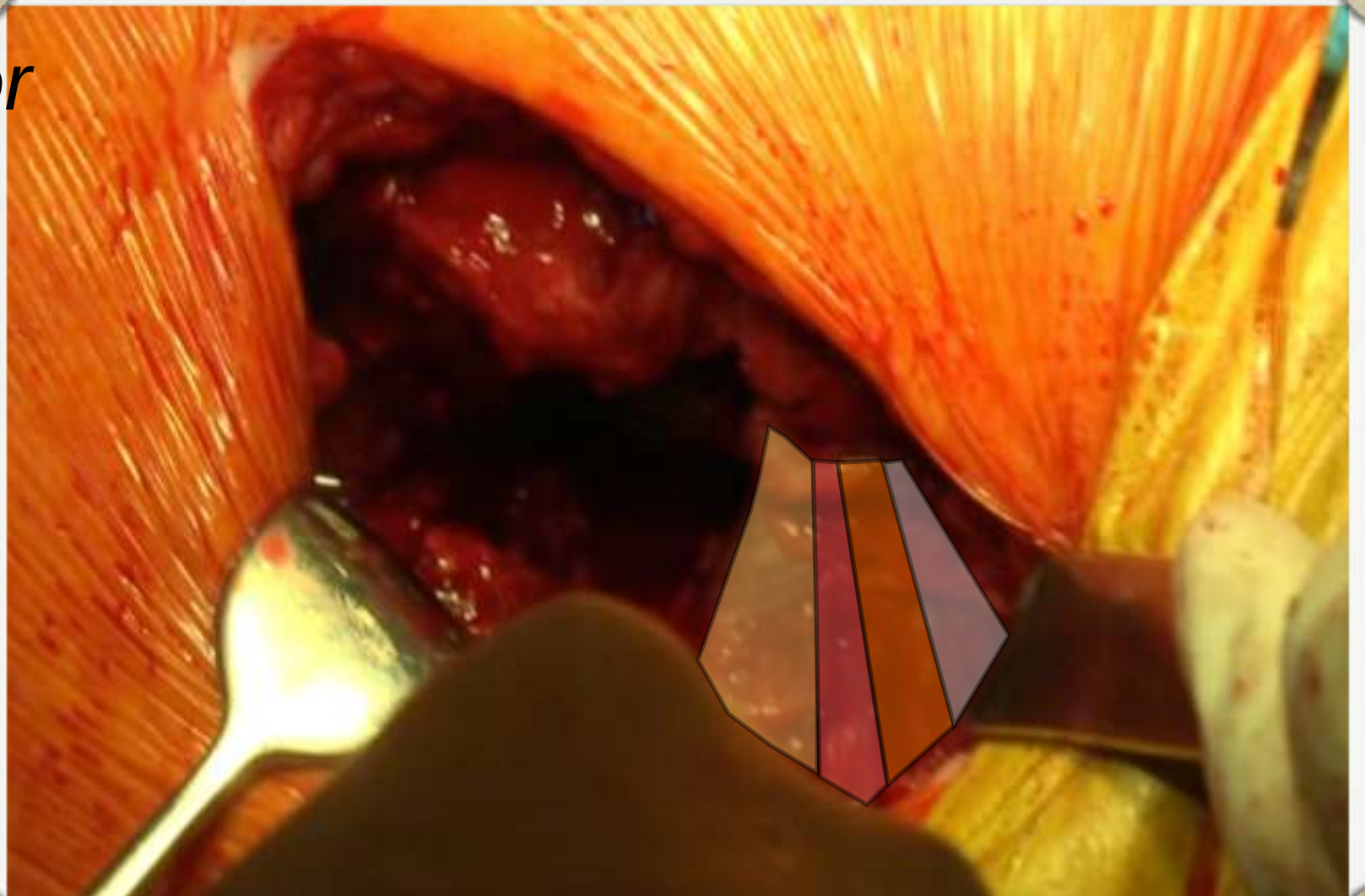
- **38 тотальных (36,8%)**
 - бесцементные - 7
 - цементные - 31
- **65 однополюсных и биполярных (63,2%)**
 - биполярные - 17
 - однополюсные - 48

Этапы операции

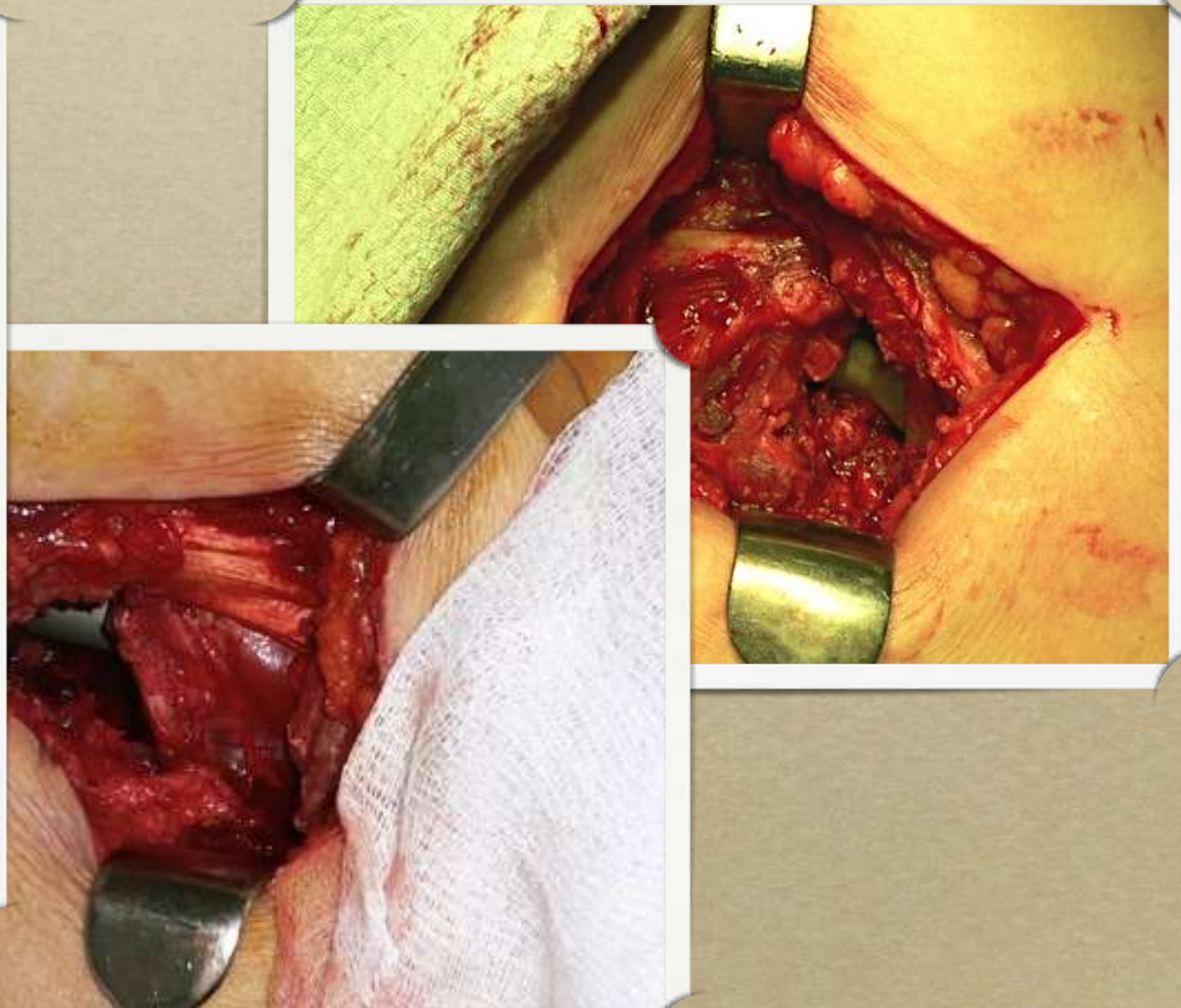


Сохраненные наружные ротаторы

- ✓ *m. gemelus inferior*
- ✓ *m. obturatorius internus*
- ✓ *m. gemelus superior*
- ✓ *m. piriformis*

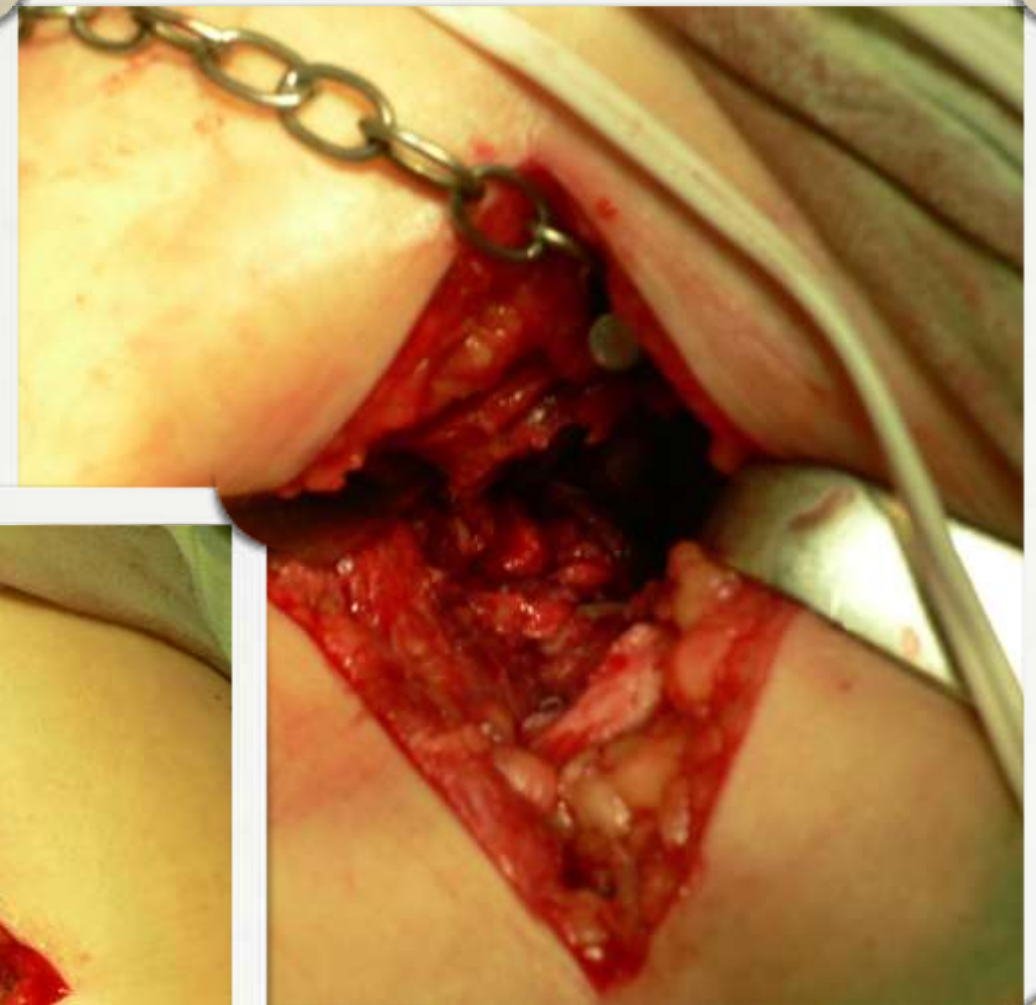


Сохраненные наружные ротаторы



Технические особенности доступа

При *тотальном*
эндопротезировании в связи с
недостаточной визуализацией
вертлужной впадины обработка
фрезами контролируется
пальпаторно



Технические особенности доступа



Для данного доступа предпочтительны изогнутые бедренные компоненты, например, ножка Мюллера

Осложнения

1 (0,9%) случай невропатии малоберцовой порции седалищного нерва (по данным литературы от 0.09% до 3.7%)

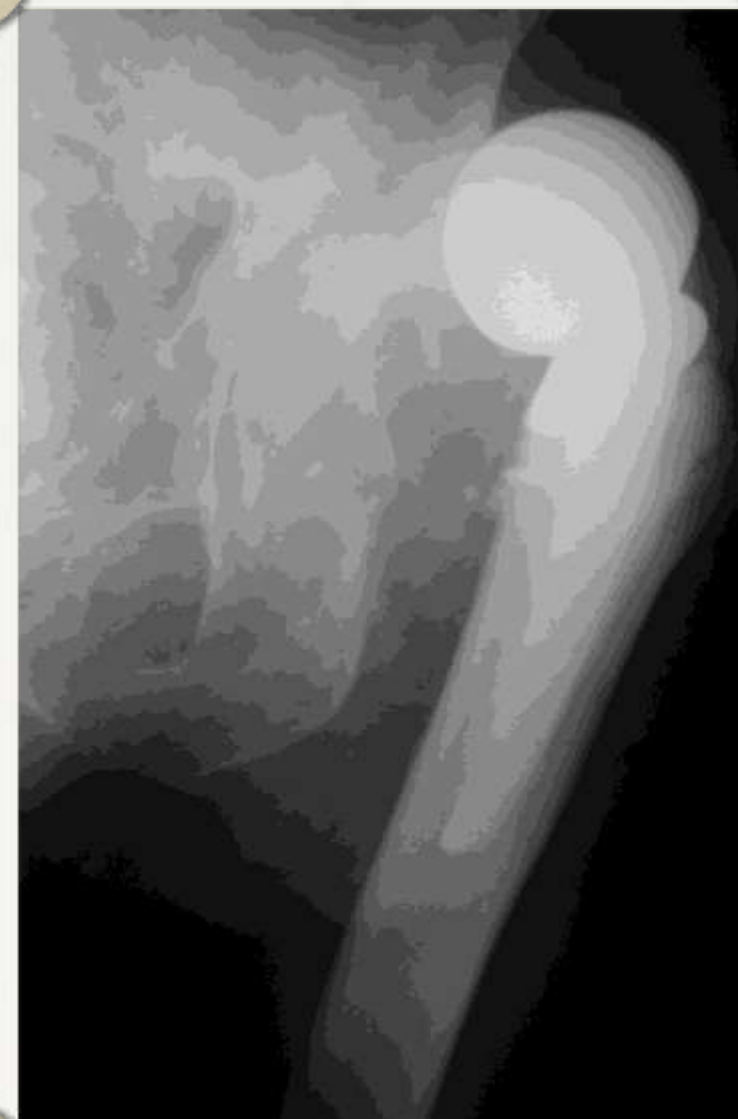
и

2 вывиха...

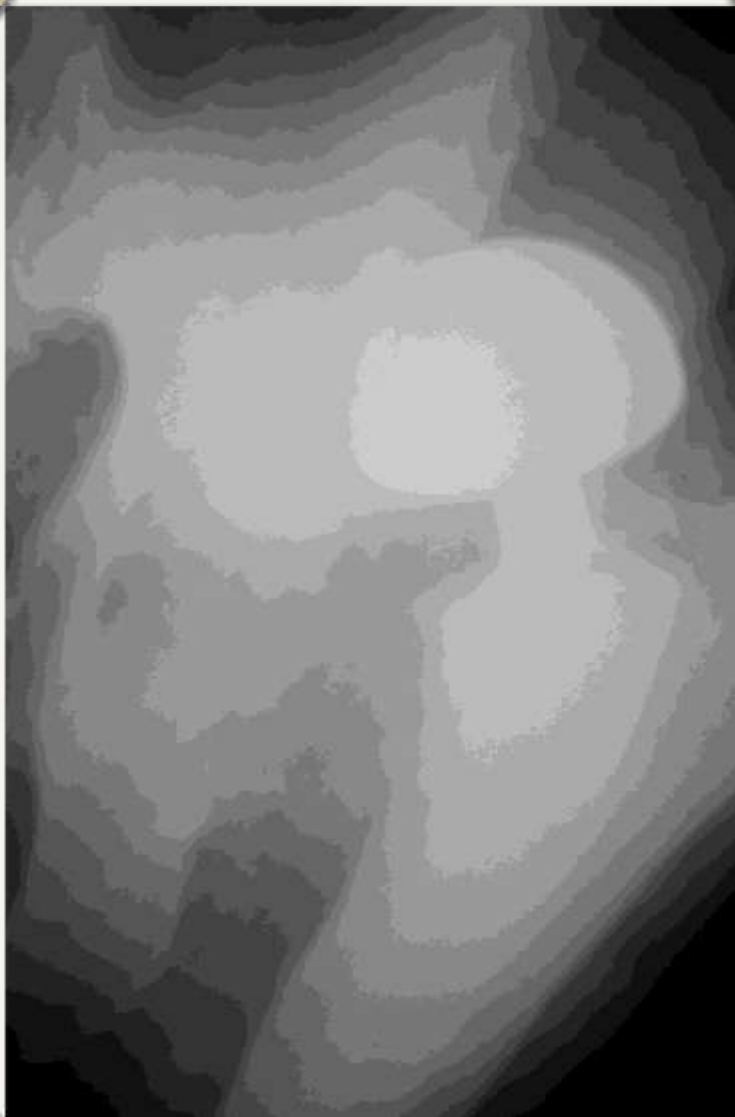
Осложнения

*Которые, оказались
переломо-вывихами*

Осложнения



Осложнения



Выводы

Сохранение наружных ротаторов и капсулы тазобедренного сустава при эндопротезировании из задне-бокового доступа позволяет обеспечить «природную» стабильность сустава, что существенно снижает риск вывихов в послеоперационном периоде

Выводы

Незначительно выраженный болевой синдром в раннем послеоперационном периоде в сочетании со стабильностью сустава позволяют безопасно осуществлять раннюю мобилизацию больных без ограничения их двигательной активности, что актуально как при лечении лиц старческого возраста с ментальными расстройствами так и при реабилитации молодых активных пациентов

Благодарю за внимание

