

Департамент здравоохранения Воронежской области
БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1»

***ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ
КРУПНЫХ СУСТАВОВ КОНЕЧНОСТЕЙ.***

(Методические рекомендации для врачей)

Составители:
Зав. ортопедическим отделением БУЗ ВО ВОКБ №1
Кирчанов В.А.,
врач-ортопед Федорищев А.П.

Воронеж 2017

При современном состоянии травматолого-ортопедической помощи эндопротезирование показано только в тех случаях, когда утраченная функция не может быть восстановлена другими методами: артропластикой, корригирующей остеотомией и прочими.

При идиопатическом и посттравматическом остеоартрозе, как правило, эндопротезирование показано людям после 40 лет. При асептическом некрозе головки бедренной кости, ревматических заболеваниях (ревматоидным полиартрите, СКВ, псориатическим полиартритом и т. п.), опухолевых поражениях показания к эндопротезированию ставятся независимо от возраста. А для лиц старше 60 лет эндопротезирование является операцией выбора.

Абсолютными противопоказаниями к тотальному эндопротезированию являются:

-тяжелые хронические заболевания сердечно-сосудистой системы: декомпенсированные пороки сердца, сердечная недостаточность 3 степени, сложные нарушения сердечного ритма, нарушения проводимости – атриовентрикулярная блокада 3 степени, трехпучковая блокада;

- патология аппарата внешнего дыхания с хронической дыхательной недостаточностью;

- заболевания мочевыделительной системы с нарушением азотовыделительной функции почек, почечная недостаточность 2-3 степени;

- наличие печеночной недостаточности 2 -3 степени;

- не поддающаяся коррекции патология эндокринной системы (щитовидной железы, надпочечников, сахарный диабет);

- ВИЧ – инфекция;

- психические заболевания;

- воспалительный процесс в области предполагаемой операции, не санированные очаги хронической инфекции;

- техническая невозможность установки протеза;

- выраженный остеопороз;

- гемипарез на стороне предполагаемой операции.

Относительные противопоказания.

Относительными противопоказаниями являются:

- наличие острой патологии со стороны внутренних органов;

- обострение или декомпенсация хронических соматических заболеваний;

- ожирение 3 степени;

- гормональная остеопатия;

- прогрессирующий остеопороз различного генеза;

- варикозное расширение вен нижних конечностей.

Выявление относительных противопоказаний к эндопротезированию является основанием для проведения комплексного обследования больного и

коррекции выявленных нарушений вне ортопедического стационара. При эффективности проведенной коррекции больные могут быть госпитализированы для операции.

Оценка результатов проведенной предоперационной подготовки производится повторными лабораторными и инструментальными методами.

Улучшение контролируемых показателей и стабилизации их на допустимом уровне (АД не выше 160\100, положительная динамика ЭКГ, НБ – не ниже 110 г\л, СОЭ – не более 20 мм\час, глюкоза крови у больных сахарным диабетом не выше 8 ммоль\л, нормальные показатели системы свертывания крови и отрицательные неспецифические пробы на воспаление – СРБ, сиаловые кислоты, фибриноген, белковые фракции) позволяют проводить плановую операцию.

При обнаружении патологии сосудистой сети нижних конечностей (варикозное расширение вен, флеботромбозы) обязательны детальное исследование свёртывающей системы крови и консультация сосудистого хирурга.

Очень важна предоперационная оценка риска возникновения инфекции. Больных с ревматоидным артритом, предшествующими операциями, сахарным диабетом, с метастазами злокачественных опухолей и хронических больных, использующих гормональные препараты, следует отнести к группе риска по вероятности развития гнойных осложнений в послеоперационном периоде.

Перед операцией не рекомендуется применение препаратов раувольфии и различных физиопроцедур для предотвращения затруднений анестезиологического пособия, возможной декомпенсации сердечно-сосудистой системы, повышенной геморрагии.

На решение о проведении оперативного вмешательства влияют

- аллергическая реакция на металлы;
- инфекция;
- тяжелые мышечные, нервные или сосудистые заболевания на оперируемой конечности;
- нарушение координации с частыми падениями;
- опухоли костей в области имплантации;
- нарушение обмена веществ;
- хронический алкоголизм или зависимость от наркотиков.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.

Показанием к эндопротезированию тазобедренного сустава являются:

- коксартрозы 3 стадии по классификации Кассинской Н.С. и Рохлина Д.Г. (4 стадия по классификации Kellgren J. H., Lawrence J. S.) первичные и вторичные различной этиологии;

- асептический некроз головки бедра (рентгенологические признаки коксартроза могут соответствовать 1-2 стадии по Кассинской Н.С. и Рохлину Д.Г.);

- двусторонний фиброзный или костный анкилоз тазобедренных суставов;

- опухолевые процессы в головке и шейке бедренной кости, требующие резекции тазобедренного сустава;

- ложные суставы шейки бедренной кости с потерей костного вещества – «болтающиеся» - атрофические не зависимо от возраста;

- тугие ложные суставы шейки бедренной кости у пациентов старше 65 лет;

- переломы шейки бедренной кости – этот последний пункт нуждается в более детальном обсуждении:

Тактика при проксимальных переломах тесно связана с возрастом пациентов, степенью смещения отломков и времени прошедшего с момента травмы:

- Старше 75 лет – эндопротезирование.

- От 65 до 75 лет – эндопротезирование показано при невозможности или неудаче репозиции перелома (при смещениях Gardner III, IV; Pauwels II, III степени), при несвежих переломах (после 24 часов) и проводится в раннем отсроченном порядке – максимум до 48 часов после травмы. Этого времени должно хватить для обследования и подготовки возрастного больного с множественной соматической патологией к тяжелому оперативному вмешательству. Ценным клиническим критерием при решении вопроса о возможности оперативного вмешательства служит имевшаяся до получения травмы способность самостоятельного передвижения и самообслуживания больного.

- Субкапитальные переломы со смещением (Gardner III, IV; Pauwels II, III) у больных моложе 60 лет следует репонировать и фиксировать в первые 6 часов после травмы, что уменьшает шанс развития асептического некроза головки бедра до 11,7%. Несоблюдение этой рекомендации переводит этот контингент больных в категорию с предпочтительным показанием к эндопротезированию и необходимостью детального обсуждения с больным преимуществ и недостатков каждого из предлагаемых методов вмешательства.

Тип протеза зависит от состояния пациента и состояния сустава, но в литературе приводятся следующие ориентировочные данные: до 65 лет – бесцементное протезирование, 65 – 80 лет – тотальный эндопротез с цементной фиксацией, после 80 лет – монополярный эндопротез. Биполярный гемипротез может выступить компромиссом при наличии артроза у ослабленного больного или чуть более молодой возраст больного.

В каждом конкретном случае учитывается качество кости: для фиксации ножки протеза press fit требуется удовлетворительное состояние проксимального отдела бедра, поэтому такая фиксация не рекомендуется

больным с локальным или системным остеопорозом. В сомнительных случаях требуется денситометрия проксимального отдела бедра. Фиксация же вертлужного компонента press fit возможна только в качественную спонгиозную кость, а при выраженном склерозе или остеопорозе предпочтительнее считается цементная фиксация. При дисплазии дна вертлужной впадины (таз Otto) или посттравматическом дефекте его применяются костная пластика и антипротрузионные кольца.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ КОЛЕННОГО СУСТАВА.

Показаниями к тотальному эндопротезированию коленного сустава являются:

- деформирующий артроз 3 стадии;
- ревматоидный артрит;
- дисплазия сустава;
- асептический некроз;
- неправильно сросшиеся переломы мыщелков бедренной и большеберцовой кости;
- опухоли мыщелков бедренной и большеберцовой кости, приведшие к деструкции суставных поверхностей.
- опухоли мыщелков бедренной или большеберцовой костей, требующие резекции суставных концов бедренной или большеберцовой костей.

Данные поражения должны сопровождаться одним из следующих клинических симптомокомплексов в области коленного сустава:

- длительным неподдающимся иному лечению болевым синдромом;
- вальгусной деформацией более 20 градусов;
- варусной деформацией более 15 градусов;
- сгибательной контрактурой более 15 градусов;
- наличием сложной нестабильности в суставе;
- произведенная ранее операция артродезирования.

Противопоказано эндопротезирование коленного сустава при выявлении общих противопоказаний, а также при наличии грубых и обширных посттравматических рубцов, спаянных с подлежащей костью в области коленного сустава, признаков острого тромбоза.

ЛИТЕРАТУРА:

Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Практическая травматология: европейские стандарты диагностики и лечения. Москва, 2002, с. 213-224.

Ахтямов И.Ф., Кузьмин И.И. Ошибки и осложнения эндопротезирования тазобедренного сустава. – Казань, 2006. – 324 с.

Гурьев В.Н. Коксартроз и его оперативное лечение. – Таллин: Валгус, 1984. – 342 с.

Колесников Ю.П. Профилактика несращения и асептического некроза при остеосинтезе переломов шейки бедра. – Воронеж, 1996. – 240 с.

Корнилов Н.В., Войтович А.В., Машков В.М., Эпштейн Г.Г. Хирургическое лечение дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава. – Спб. – 1997. - 291 с.

Корж А.А., Тихоненков Е.С., Андрианов В.Л., Мителева З.М., Поздникин Ю.И. Москва: «Медицина», 1986. – 208 с.

Кустов В.М., Корнилов Н.В. Медицинское обеспечение операций эндопротезирования крупных суставов. Спб: «Гиппократ+», 2004. – 343 с.

Obertacke U., Nast-Kolb D. (2000) Specific features of accidents, injuries and surgical care in the elderly. Unfallchirurg, 103 (3): 227-2