

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/referat/346354>

Тип работы: Реферат

Предмет: Хирургия

Содержание

Введение 3

Глава 1. Прямой передний и задний доступы при эндопротезировании тазобедренного сустава 4

Глава 2. Передне-наружный, наружный и медиальный доступы 11

Заключение 16

Список литературы 17

Введение

Хирургические вмешательства в области тазобедренного сустава всегда являлись довольно большой проблемой для хирургии. С одной стороны в указанной области располагаются крупные мышцы, которые питают большие кровеносные сосуды.

Глава 1. Прямой передний и задний доступы при эндопротезировании тазобедренного сустава

Рассмотрим два основных метода доступа к тазобедренному суставу: прямой передний доступ и минимально инвазивный задний доступ. Рассмотрим их свойства и различия, уделим особое внимание их преимуществам и недостаткам.

Для начала необходимо определить, что такое доступ для эндопротезирования тазобедренного сустава. Проще говоря, это хирургическая процедура, при которой хирург-ортопед определяет, где сделать разрез, и путь, который врач выбирает для доступа к поврежденной бедренной кости и ткани, требующей замены тазобедренного сустава [3, 9].

Хирург определит, какой подход лучше всего подходит для пациента после осмотра. Врач примет это решение на основании таких критериев, как возраст, сила, анатомия и состояние здоровья пациента. Только профессионально подготовленный хирург должен рекомендовать подход, который является правильным и безопасным для пациента.

Чаще всего хирург-ортопед выбирает тот или иной метод доступа при эндопротезировании тазобедренного сустава, в котором хорошо разбирается сам врач. Дело в том, что хирург-ортопед строит свою практику вокруг силы своих знаний и умений. Большинство хирургов знают о нескольких подходах, но большая часть их обучения и опыта основана только на одном подходе [3, 9, 10].

Итак, давайте сравним прямой доступ и малоинвазивный задний доступ.

Прежде чем сравнивать прямой доступ и менее инвазивный доступ задней артропластики, следует иметь в виду одну вещь. Дело в том, что в медицине нет клинически доказанного наилучшего доступа для эндопротезирования. Есть риски и преимущества для каждого доступа.

Каждый подход имеет общий риск [5, 6, 9]:

1. Тромбы, ТГВ, ТЭЛА;
2. Инфекционное заболевание;
3. Смерть;
4. Осложнения анестезии.

Миниинвазивный задний доступ выполняется, когда пациент лежит на боку. Этот подход также известен как подход Мура или подход Саута. Это считается традиционным эндопротезированием. Доступ осуществляется сзади или позади тазобедренного сустава и дает очень хороший доступ к суставу.

Хирург должен быть осторожен, потому что в предыдущем подходе не использовались минимально инвазивные методы, предполагающие большие разрезы и более длительное время восстановления. [1, 5, 8]

• Разрезы: для менее инвазивного заднего доступа делается разрез длиной от 4 до 6 дюймов. Для тех, кто уже перенес операцию на бедре или имеет аномальную анатомию, могут быть изготовлены большие

размеры.

- Удаление мышцы: грушевидная мышца и восходящая мышца-вращатель бедра отделяются от шаровидного сустава и присоединяются к концу операции. Эти мышцы заживают в течение 4-6 недель после операции.
- Риск для иннервации: очень минимальный для доступа. Нет риска для бедренного кожного нерва, который обеспечивает чувствительность внешней поверхности бедра. Существует менее одного процента риска в отношении седалищного нерва из-за уплотнения ткани во время операции.
- Риск перелома при таком доступе низкий. Небольшое напряжение или давление на бедренную кость.
- Интраоперационные изображения хирурга очень хорошие, так как доступ обеспечивает полную визуализацию всего тазобедренного сустава. Поскольку он высокий, интраоперационная рентгенограмма не требуется. Минимально инвазивный задний доступ легко доступен и не представляет технической сложности для хирурга.
- Риск местоположения – выше, чем при прямом доступе, но менее 9%. Задние вывихи могут возникать, когда пациент после операции сгибается более чем на 90 градусов в бедре/тали. Риск вывиха значительно ниже через два месяца после операции.

Глава 2. Передне-наружный, наружный и медиальный доступы

Переднебоковые доступы обеспечивают обзор передней и наружной поверхности сустава, в связи с чем их широко применяют при эндопротезировании, артропластике, костных опухолях, вмешательствах на вертлужной впадине и проксимальном отделе бедра, при открытой фиксации переломов шейки, при подвздохных остеотомиях, при удалении остеохондром нижней части шеи, бедер и др. [3, 9, 10].

При типичном переднебоковом доступе к тазобедренному суставу обращают внимание на дистальный угол раны, где проходит восходящая ветвь наружной огибающей артерии и вены значительного диаметра. Кроме того, впереди от напрягателя широкой фасции могут быть повреждены ветви огибающей артерии, которая является сосудистой ножкой этой мышцы и крылом подвздошной кости.

Преимущества доступа по Омбредену заключаются в том, что при его использовании хорошо визуализируются проксимальный отдел бедра и большой вертел; передняя, верхняя и нижняя части бедренной кости, крыло подвздошной кости. Анатомические образования, являющиеся сосудисто-нервной ножкой для васкуляризированного костного трансплантата, не повреждаются [2].

Доступ Смита-Петерсона обеспечивает кратчайший путь к телу подвздошной кости, смещенному кверху и кнаружи от головки бедренной кости и расположенному кнутри от вертлужной впадины. По мнению J. Raya [7], преимущество переднебокового доступа по Смит-Петерсону заключается в отличном зрении. Через этот доступ также возможно выполнить относительно бескровное вмешательство на седалищной кости. Выделение седалищной кости является наиболее сложным этапом вмешательства, так как значительно увеличивается глубина раны и уменьшается угол хирургического действия. Однако он вполне пригоден для безопасного выполнения остеотомии [3]. Широкий разрез по гребню подвздошной кости с рассечением мышц позволяет одновременно осуществлять наружный и, при необходимости, внутритазовый доступ к подвздошной кости [3, 8, 9].

Несмотря на свою универсальность, относительную простоту выполнения и широкую зону доступа, доступ Смита-Петерсона требует миотомии мышц бедра, регулирующих позу человека, во фронтальной плоскости, что негативно сказывается на локомоторных функциях тазобедренного сустава. К недостаткам также можно отнести массивную кровопотерю, грубый послеоперационный рубец. Доступ Смита-Петерсона не создает необходимых условий для обработки проксимального конца бедренной кости [7, 8, 10].

Заключение

В ходе написания реферата были сделаны следующие выводы:

Описанные способы являются основными в хирургии.

Существующие сегодня в медицине технологии доступа к тазобедренному суставу являются универсальными и довольно малотравматичными. Однако в ряде случаев некоторые методы проведения операции предполагают длинные и глубокие разрезы.

Список литературы

1. Ахтямов И.Ф., Туренков С.В., Тараненко А.Д. // Вестник травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова. 2004. № 4. С. 29-34.
2. Бессонов С.В., Орлецкий А.К., Кассиль В.Л. // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н. Приорова. 2005. № 3. С. 85-90
3. Голубев Г.Ш., Кабанов В.Н. Долгосрочный анализ серии случаев эндопротезирования тазобедренного сустава в зависимости от доступа и типа эндопротезирования. Медицинский вестник Юга России. – 2018. – № 9(2) – С. 26-34. – Электронный ресурс – <https://doi.org/10.21886/2219-8075-2018-9-2-26-34> (дата обращения 15.04.2023)
4. Голубев Г.Ш., Кролевец И.В. Хирургическая тактика лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний крупных суставов // Материалы IV областной конференции ортопедов-травматологов Ростовской области. Ростов н/Д, 2002. С. 202-206.
5. Девятова М.В. и др. // Теория и практика физической культуры. 1998. № 1.
6. Денискина Н.В., Гурфинкель В.С. // Физиология человека. 2001. С. 66-70.
7. Зоря В.И. и др. // Ортопедия травматология и протезирование. 1991. С. 13-15.
8. Крупко И.Л., Малевский А.М. Гомеоартропластика тазобедренного сустава. Л., 1973. С. 144.
9. Кутепов С.М. и др. // Травматология и ортопедия России. 1995. № 3. С. 18-20.
10. Леонова С.Н., Гришук А.Н. Использование боковых доступов к тазобедренному суставу при эндопротезировании // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 2. – Электронный ресурс – <https://science-education.ru/ru/article/view?id=27503> (дата обращения: 15.04.2023).

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/referat/346354>