

treatment of fingers syndactilia using compression-distraction technique in children. In: Traumatology and orthopaedics in the capital: present and future: Proc. 2nd Cong. of Trauma and Orthop. Surg. Moscow, 2014; 130-1 (in Russian)].

9. Кожевников О.В., Иванов А.В., Гаврилова Ю.В. Возможности компрессионно-дистракционного метода в лечении тяжелых форм врожденных синдактилий

кисти. В кн.: Материалы III научно-практической конференции хирургов кисти Уральского региона. Курган; 2014: 24-5 [Kozhevnikov O.V., Ivanov A.V., Gavrilova Yu.V. Potentialities of compression-distraction technique in treatment of severe forms of congenital hand syndactilia. In: Proc. 3rd Scient. Pract. Conf. of Hand Surgeons of Ural region. Kurgan, 2014; 24-5 (in Russian)].

Сведения об авторах: Кожевников О.В. — доктор мед. наук, зав. травматолого-ортопедическим детским отделением; Иванов А.В. — канд. мед. наук, вед. науч. сотр. того же отделения; Гаврилова Ю.В. — аспирант того же отделения.
Для контактов: Иванов Алексей Валерьевич. 127299, Москва, ул. Приорова, д. 10. Тел.: (499) 154-82-42. E-mail: cito10ivanov@mail.ru

© Коллектив авторов, 2014

МЕТОД РЕВИЗИИ ВЕРТЛУЖНОГО КОМПОНЕНТА ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА БЕЗ УДАЛЕНИЯ РАНЕЕ УСТАНОВЛЕННОЙ ЧАШКИ

Н.В. Загородний, К.М. Бухтин, Г.А. Чрагян, С.В. Каграманов, И.А. Николаев, Х.И. Галаев

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова»
Минздрава России, Москва, РФ

Дефицит костной ткани может быть восполнен разными способами, но все они увеличивают сложность операции, ее объем, что повышает риск развития осложнений. Представлен опыт лечения пациента 77 лет, поступившего с жалобами на сохранение боли после ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава. При обследовании установлено, что стабильная чашка эндопротеза находится в неправильном положении. Интраоперационно принято решение об имплантации чашки цементной фиксации без удаления старой. Выполнение операции по данной методике позволило избавить пациента от боли, восстановить центр ротации и нормальную биомеханику сустава, снизить травматичность операции, избежать применения аллотрансплантата, провести реабилитацию пациента в сроки, обычные для первичного эндопротезирования.

Ключевые слова: ревизионное эндопротезирование, тазобедренный сустав, вертлужная впадина, протрузия чашки, аллотрансплантаты, костная пластика.

Revision of Hip Endoprosthesis Acetabular Component without Removal of Previously Implanted Cup

N.V. Zagorodniy, K.M. Bukhtin, G.A. Chragyan, S.V. Kagramanov,
I.A. Nikolaev, Kh.I. Galaev

Central Institute of Traumatology and Orthopaedics named after N.N. Priorov,
Moscow, Russia

Bone tissue deficit can be filled by various methods but all such methods increase the complicity of surgical intervention and its volume that raises the risk of complications development. Experience in treatment of 77 years old patient with pains after revision hip arthroplasty is presented. Examination revealed wrong position of the stable acetabular component. Intraoperatively a decision was made to implant cemented cup without removing previously implanted one. That surgical technique enabled to eliminate pain syndrome, restore joint rotation center and biomechanics, to decrease intraoperative trauma, avoid use of allograft and conduct patient's rehabilitation at terms common to primary joint replacement.

Key words: revision arthroplasty, hip joint, acetabulum, cup protrusion, allograft, bone plasty.

В последние десятилетие тотальное эндопротезирование является методом выбора при лечении заболеваний и травматических повреждений тазобедренного сустава. Возрастающее год от года количество операций первичного эндопротезирования тазобедренного сустава ведет к росту числа ревизионных вмешательств [1].

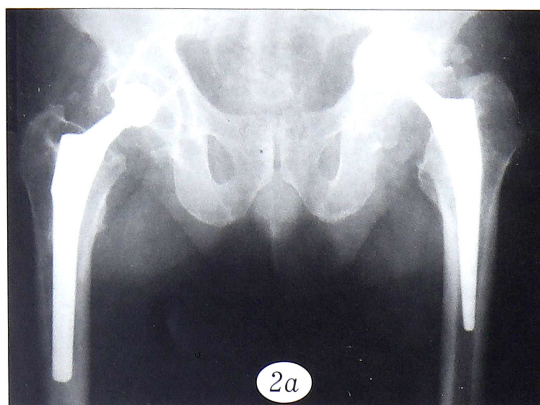
Неоправданное расширение объема ревизионной операции сопровождается образованием значительных костных дефектов, увеличением продолжительности операции и объема кровопотери,

что повышает риск развития осложнений [2, 3]. Кроме того, усложняется реабилитация пациента и растут сроки его нахождения в стационаре. Именно поэтому при ревизионных вмешательствах одна из задач хирурга состоит в выполнении вмешательства наименее травматичным способом. Одним из способов снизить объем операции является установка ревизионного вертлужного компонента эндопротеза без удаления чашки [4].

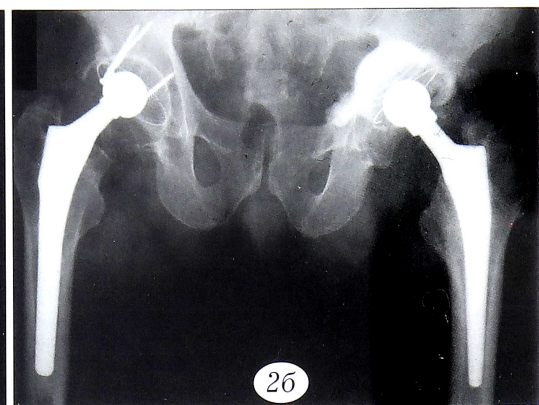
Представляем собственный опыт использования подобной тактики.



Рис. 1. Данные КТ левого тазобедренного сустава.



2а



2б

Рис. 2. Рентгенограммы до (а) и после (б) операции.

Больной Б., 77 лет, поступил в отделение эндопротезирования ЦИТО им. Н.Н. Приорова в феврале 2014 г. с диагнозом: хронический болевой синдром в области левого тазобедренного сустава. В 1999 г. в связи с деформирующим двусторонним коксартрозом пациенту было выполнено тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава эндопротезом «Richardson». Послеоперационный период протекал без особенностей, и пациент был выписан в удовлетворительном состоянии. С середины 2006 г. отметил нарастание боли в левом тазобедренном суставе. В 2007 г. была выполнена операция: тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава эндопротезом фирмы «DePuy». Сразу после операции пациент отметил появление щелчков в области установленного эндопротеза. На основании данных КТ диагностирована ретроторсия вертлужного компонента (рис. 1), по поводу чего в сентябре 2009 г. было выполнено ревизионное эндопротезирование левого тазобедренного сустава с использованием чашки бесцементной фиксации Bicon-Plus («Smith&Nephew»). В послеоперационном периоде боли сохранялись, а пациент отметил укорочение левой нижней конечности на 2 см.

При поступлении в отделение пациент был обследован клинически и рентгенологически. На рентгенограммах чашка эндопротеза находилась в положении протрузии, при этом признаки нестабильности компонента отсутствовали (рис. 2, а). Интраоперационно выявлен импинджмент-синдром: при движениях в эндопротезе наблюдался контакт шейки бедренного компонента и крышки вертлужной впадины, так как чашка находилась в положении протрузии. После удаления вкладыша и проведения функциональных тестов положение вертлужного компонента признано стабильным, а попытки его удаления оказались безуспешными из-за костного врастания в чашку. Извлечение компонента представлялось возможным только при использовании долот и вырубания чашки с образованием значительного костного дефекта с повреждением колонн вертлужной впадины [5]. Подобная тактика ассоциировалась с неоправданным увеличением объема операции, а также риска повреждения сосудов и органов малого таза. С целью минимизации осложнений было принято решение чашку не удалять, а прямо в нее установить вертлужный компонент цементной фиксации ЭСИ. На данном этапе нашей целью было восстановить центр ротации тазобедренного сустава, чтобы не допустить возникновения импинджмент-синдрома при функционировании вновь установленных компонентов. После имплантации чашки бедренный компонент эндопротеза был вправлен в вертлужный и восстановлена нормальная биомеханика. Реабилитационный период протекал без особенностей, боль купирована, восстановлена нормальная амплитуда движений в суставе. Пациент был выписан в обычные для первичного эндопротезирования сроки (рис. 2, б).

Представленная тактика выполнения оперативного вмешательства не является общепринятой. Определенный скепсис может вызывать тот факт, что старый компонент не был удален. Авторы метода рекомендуют использовать его у пациентов пожилого возраста с целью снизить объем операции [4]. Наш опыт показал, что с ортопедической точки зрения вмешательство по описанной методике может быть выполнено при неправильной ориентации или протрузии стабильного вертлужного компонента. Еще одним немаловажным преимуществом данного способа является отсутствие необходимости применения аллотрансплантатов для восполнения костных дефектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Загородний Н.В., Нуждин В.И., Николаев И.А., Каграманов С.В., Комлев В.С. Костно-пластическое замещение дефектов вертлужной впадины при ревизионном эндопротезировании тазобедренного сустава. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2013; 4: 29–33 [Zagorodniy N.V., Nuzhdin V.I., Nikolaev I.A., Kagramanov S.V., Komlev V.S. Osteoplastic substitution of acetabular defects at revision hip arthroplasty. Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova. 2013; 4: 29–33 (in Russian)].
2. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Основы и практика: Руководство; М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012 [Zagorodniy N.V. Hip arthroplasty. Principles and practice: Manual. Moscow: GEOTAR-Media; 2012 (in Russian)].
3. Загородний Н.В., Нуждин В.И., Бухтин К.М., Каграманов С.В. Результаты применения бедренных компонентов цементной фиксации при ревизионном эндопротезировании тазобедренного сустава. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2012; 3: 32–8 [Zagorodniy N.V., Nuzhdin V.I., Bukhtin K.M., Kagramanov S.V. Results of cemented femur components application at total hip revision arthroplasty. Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova. 2012; 3: 32–8 (in Russian)].
4. Salvi A.E., Pezzoni M., Salvi S., Gozzini P.A. The «wall-socket» technique. Proposal of a new surgical procedure for revision acetabular arthroplasty. Acta Biomed. 2008; 79 (3): 233–9.
5. Chiang P.P., Burke D.W., Freiberg A.A., Rubash H.E. Osteolysis of the pelvis: evacuation and treatment. Clin. Orthop. Relat. Res. 2003; 417: 164–74.

Сведения об авторах: Загородний Н.В. — доктор мед. наук, проф., зав. отделением эндопротезирования крупных суставов; Бухтин К.М. — канд. мед. наук, врач отделения; Црагян Г.А. — кандидат мед. наук, врач отделения; Каграманов С.В. — канд. мед. наук, старший науч. сотр. отделения; Галаев Х.И. — ординатор ЦИТО.
Для контактов: Бухтин Кирилл Михайлович. 127299, Москва, ул. Приорова, д. 10, ЦИТО. Тел.: +7 (926) 833-00-31. E-mail: k.bouhtin@gmail.com.