

## СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

С.Г. Чесников, С.И. Дедяев, М.Е. Тимошенко, Т.С. Боронджиян

*Клиническая больница № 1  
ФГУ «Южный окружной медицинский центр ФМБА России», Ростов-на-Дону*

Приводится описание клинического случая послеоперационного осложнения при эндопротезировании тазобедренного сустава. Проведенное ревизионное эндопротезирование и пластика дефекта дна вертлужной впадины позволили восстановить архитектуру сустава.

*Ключевые слова:* эндопротезирование тазобедренного сустава, вывих эндопротеза, пластика вертлужной впадины

### **A CASE OF TREATMENT OF PRIMARY HIP REPLACEMENT COMPLICATION**

Chesnikov S.G., Dedyayev S.I., Timoshenko M.E., Borondzhiyan T.S.

Authors described a case of postoperative complications after total hip replacement. Joint replacement and reconstruction of the defect at the bottom of the acetabulum allowed to recover the architecture of the joint.

*Keywords:* hip replacement, dislocation of the implant, acetabulum repair surgery.

Эндопротезирование при травмах и заболеваниях крупных суставов становится все более распространенным видом операций в травматолого-ортопедической практике. Так, в 2009 г. в России выполнено почти 50 000 операций [1]. Эти виды вмешательств становятся все более доступными для городских травматологических отделений. При этом хирурги не имеют достаточного опыта для прогнозирования осложнений и поиска путей решения интраоперационных проблем, не оснащены технически. Эти причины приводят к росту числа ревизионных вмешательств. В 2009 г. доля подобных операций составила от 10 до 15% [1].

В качестве примера интраоперационного осложнения эндопротезирования хотим привести собственное наблюдение.

Больной П., 61 год, не работающий пенсионер. Госпитализирован в травматолого-ортопедическое отделение клинической больницы № 1 ФГУ ЮОМЦ ФМБА России 7.07.2010 г. с диагнозом: центральный вывих вертлужного компонента эндопротеза правого тазобедренного сустава, перфорационный дефект дна вертлужной впадины. Из анамнеза заболевания – травма бытовая, 16.01.2010 г. упал на улице на правый бок. 17.03.2010 г. операция – тотальное бесцементное эндопротезирование

правого тазобедренного сустава конструкцией производства Zimmer в травматолого-ортопедическом отделении городской больницы другого региона России. Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением. В течение двух месяцев больной ходил с опорой на костыли. После начала нагрузки на правую нижнюю конечность появились боли в тазобедренном суставе, пациент заметил укорочение конечности. После обращения на консультацию в травматологическом отделении клинической больницы № 1 ФГУ ЮОМЦ ФМБА России диагностировано интраоперационное повреждение дна вертлужной впадины, центральный вывих ацетабулярного компонента эндопротеза, предложено обследование и ревизионное эндопротезирование.

Местный статус – в области правого тазобедренного сустава послеоперационный рубец длиной 20 см линейного характера (после латерального доступа) без признаков воспаления. Движения в суставах правой нижней конечности – в тазобедренном суставе – сгибание до 120°, разгибание до 180°, отведение менее 10°, в коленном суставе – разгибание до 180°, сгибание до 90°, в голеностопном – без ограничений. Сосудистых и неврологических нарушений нет. Укорочение конечности на 2 см. Ходит с опорой на ходунки.

При рентгенографии таза определяется протрузия вертлужного компонента на 3/4 в полость таза, варусная позиция бедренного компонента (рис. 1).

Учитывая значительную дислокацию вертлужного компонента в проекцию подвздошных сосудов, по рекомендации ангиохирурга проведена компьютерная томография таза с контрастированием сосудов. При исследовании определяется протрузия вертлужного компонента эндопротеза в полость малого таза на 3/4 его диаметра, расстояние между эндопротезом и правой внутренней подвздошной артерией 6-7 мм. Наружная подвздошная артерия не компремирована. Фиксирующий шуруп локализуется в теле подвздошной кости, вокруг него определяется слабо выраженная резорбция костной ткани. Проведено 3D-моделирование и оценка размеров дефекта.

По предварительным расчетам, дефект округлой формы и имеет диаметр 5 см (рис. 2), по классификации W.G. Paprosky – тип 3B [2]. При планировании операции использовали стандартные рекомендации при данном типе дефектов впадины [2].



Рис. 1. Рентгенография больного П., 61 г. Протрузия вертлужного компонента, варусная позиция бедренного компонента.

### Описание операции

После проведения обследования и подготовки пациента 14.07.2010 г. под внутривенной анестезией с управляемым дыханием в положении больного на левом боку из заднего доступа по Кохеру длиной 20 см после обработки операционного поля йодпирроном и спиртом через инцизную пленку послойно рассечены кожа, подкожная клетчатка и фасция в области правого тазобедренного сустава. После удаления рубцовой ткани бедренный компонент вывихнут в рану, и с него снята головка эндопротеза. Вертлужный компонент после освобождения от рубцовых тканей демонтирован (удален пластиковый вкладыш, фиксирующий шуруп) и извлечен из впадины. При ревизии обнаружен перфорационный дефект дна вертлужной впадины диаметром 5 см. Приня-

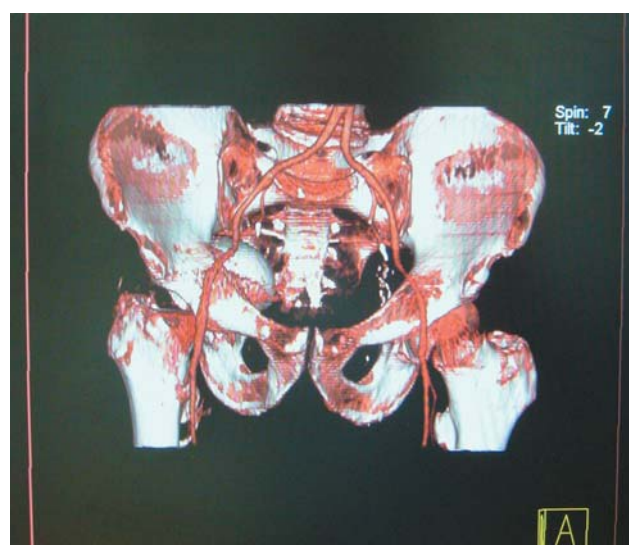


Рис. 2. Компьютерная томография больного П., 61 г. с контрастированием сосудов в режиме 3D моделирования. Протрузия вертлужного компонента эндопротеза в полость малого таза.

то решение о пластике дефекта аутокостью из крыла правой подвздошной кости. Из отдельного доступа длиной 10 см в проекции крыла правой подвздошной кости взят ауотрансплантат размером 6×1×3 см. При помощи пилы трансплантат разделен на 2 части (в виде «книжки») и затем помещен на дно дефекта вертлужной впадины. Гемостаз. Рана промыта антисептиками и ушита наглухо викрилом. Кожа ушита при помощи кожного степлера B| Braun.

Края вертлужной впадины очищены от рубцовой ткани при помощи фрезы. В промежутки между трансплантатом и краями впадины помещена костная крошка и коллапан в гранулах (10 см<sup>3</sup>). Затем выполнена имплантация антипротрузионной сетки Aescular (размер 58), которая фиксирована 6 спонгиозными шурупами диаметром 6,5 мм. Достигнута удовлетворительная стабильность фиксации. На сетке на полиметилметакрилатном цементе фиксирован низкопрофильный вкладыш (типа Мюллера) диаметром 44 мм. Выполнено тестирование ножки эндопротеза – признаков нестабильности не обнаружено. Принято решение о сохранении бедренного компонента с целью снижения травматичности оперативного вмешательства. Проведена смена головки эндопротеза (+7). Эндопротез вправлен. Тест на вывихивание. Рана промыта антисептиками. Гемостаз. Рана послойно до дренажа ушита мерсиленом, викрилом. Кожа ушита при помощи степлера. Асептическая повязка. Объем кровопотери – 700 мл. Продолжительность операции 2 ч 45 мин (рис. 3).

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (роцефин 1 г в сутки 5 дней), антикоагулянтная терапия (клексан 40 мг 7 дней, затем прадакса 110 мг × 2 в день), трансфузионная и инфузионная терапия.

После снятия швов наложена фиксирующая пластиковая повязка.

Анализы. Общий анализ крови от 9.07.2010: Hb – 145 г/л, эритроциты –  $4,99 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $7,96 \times 10^9$ /л, СОЭ – 9 мм в час.

Общий анализ крови от 15.07.: Hb – 98 г/л, эритроциты –  $3,59 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $5,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 33 мм в час. Коагулограмма от 15.07.2010 г. – нормокоагуляция.

Выписан в удовлетворительном состоянии через 26 дней. Через 3 мес. после операции фиксирующая повязка снята, разрешена дозированная нагрузка на правую нижнюю конеч-



Рис.3. Контрольная рентгенография больного П., 61 г. после завершения операции.

ность и реабилитационная терапия (рис. 4).



Рис.4. Рентгенография больного П., 61 г.через 3 месяца после ревизионного эндопротезирования.

### Выводы и предложения

Увеличивающееся количество эндопротезирований крупных суставов неизбежно приводит к росту числа осложнений при первичных операциях.

Проведение подобных вмешательств требует от хирурга прогнозирования возможных осложнений и принятия своевременного решения об изменении хода операции. В описанном случае ревизионное эндопротезирование могло носить первичный характер при интраоперационном обнаружении перфорации дна вертлужной впадины. Техническое обеспечение даже простых операций имплантации суставов должно предусматривать наличие антипротрузионных сеток, доступных к применению при негативном развитии сценария операции.

### Литература

1. Миронов С.П. Состояние травматолого-ортопедической службы в Российской Федерации и перспективы внедрения инновационных технологий в травматологию-ортопедию // Доклад на 9-м съезде травматологов и ортопедов России. Саратов, 2010.
2. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава / под ред. Р.М. Тихилова, В.М. Шаповалова. СПб, 2008. С. 295-300.

### Контактная информация:

Чесников Сергей Геннадьевич – Заведующий травматолого-ортопедическим отделением  
КБ№1 ФГУ ЮОМЦ ФМБА России.  
Тел.: 8-918-553-64-10, e-mail [annakard@jandex.ru](mailto:annakard@jandex.ru)

Дедаев Сергей Иванович – врач травматолог-ортопед КБ№1 ФГУ ЮОМЦ ФМБА России

Тимошенко Михаил Евгеньевич – врач травматолог-ортопед КБ№1 ФГУ ЮОМЦ ФМБА России.  
Тел.: 8-904-500-88-26, e-mail [trauma@km.ru](mailto:trauma@km.ru)

Боронджиян Тигран Сергеевич – заведующий рентгенологическим отделением  
КБ№1 ФГУ ЮОМЦ ФМБА России, к.м.н.