

**Травматология**

**ЖӘНЕ**

**Ортопедия**

## ОСОБЕННОСТИ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ «ПРОТРУЗИОННЫХ» АРТРОЗАХ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Н.Д. БАТПЕНОВ, А.А. БЕЛОКОБЫЛОВ, Б.Е. ТУЛЕУБАЕВ, К.Д. АШИМОВ,  
Б.Л. МАЛИК, В.Д. СЕРИКБАЕВ

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

евматоидті үрдістің кеш сатылары, сан сүйегінің емделмеген жаракаттық шығулары немесе шаларды дұрыс имплантацияламаудың салдарынан болған протрузионды коксоартроздарды / тәжірибесі (55 операция) көрсетілген.

ның өзіне сәйкес операция техникасын таңдай отырып, оны негіздеуімен бірге әртүрлі алдар келтірілген.

е, the experience of operative treatment of 55 patients with protrusive coxarthrosis caused by late old process, which was not eliminated by traumatic central dislocations of a hip and incorrectly exentations is generalized. Clinical examples with a substantiation of application of offered technics in lited.

й уровень развития медицинских техноспешно применять эндопротезирование вного восстановления функции тазобедрпри самой различной патологии [1,2]. е хирургической техники, анестезиолои, модернизация операционного инструт такого уровня, что появилось мнение о нного вида оперативных вмешательств и переломах шейки бедра, идиопатиче-

ском асептическом некрозе головки бедра данная операция выполняется в короткий временной промежуток, четко отработана, относительно малотравматична, сравнительно легко переносится пациентами [4, 5]. Достаточно хорошо отработанный реабилитационный период позволяет быстро восстановить утраченную функцию конечности [6].

Однако в практике довольно часто приходится сталкиваться с нестандартными ситуациями, когда оператив-

ное вмешательство представляет собой технически и тактически сложную задачу, требует индивидуального подхода как в предоперационном планировании, во время оперативного вмешательства, так и во всем послеоперационном периоде, включая реабилитационное лечение. В литературе это определяется как «атипичное» или «нестандартное» эндопротезирование [7,8].

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Мы провели анализ лечения 1262 пациентов, у которых было выполнено 1283 оперативных вмешательства — эндопротезирование тазобедренного сустава. Из них в 185 случаях, выполнена нестандартная имплантация эндопротеза, что составило 14,4% от общего числа операций.

Мы условно выделили несколько наиболее характерных групп. В которых имеются технические особенности

проведения оперативного вмешательства. Рассматриваемые «протрузионные» коксартрозы, где вана классификация Загороднего-Магомедова (1) явились следствием поздних стадий ревматоидного артрита, не устраненных травматических центральных впадин или некорректно выполненных ранее операций чаш. При этом отмечается резкое уменьшение истончение дна вертлужной впадины, дефект вертлужной впадины, остеопоротические изменения ткани при ревматоидном артрите, что вызывает технические трудности при оперативном вмешательстве. Произведено 55 операций.

Больной З. 45 лет. Диагноз: двусторонний ревматоидный коксартроз 4 степени. Награмме имеется значительная протрузия дна впадин (рисунок 1).



Рисунок 1 - рентгенограмма больного с протрузией тазобедренных суставов

В таких случаях не удается провести вывих бедра после артротомии, поэтому необходимо выполнить остеотомию, лучше двойную (рисунок 2) и лишь затем аккуратно удалить головку бедренной кости, в противном случае

можно очень легко получить перфорацию дна впадины, повреждение колон, или перелом кости.

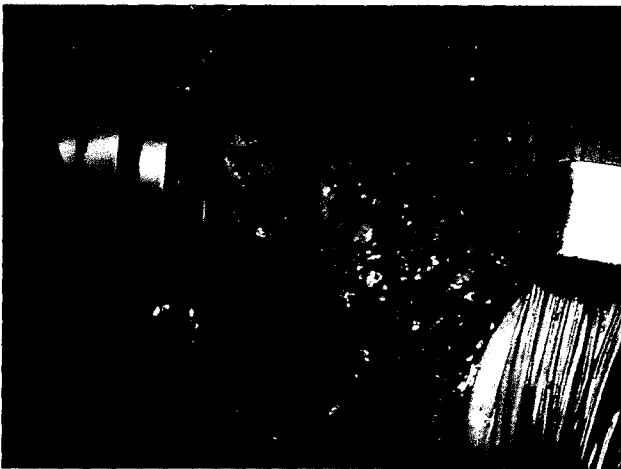


Рисунок 2 - Двойная остеотомия шейки бедренной кости

Выявляется резкое истончение всех стенок впадины, буквально до 2-3 мм, они склеротически измененные, хрупкие, сама впадина неправильной формы. Нужно быть очень аккуратным при работе фрезами, потому что можно легко получить перфорацию. Естественно при такой си-

туации установка обычного имплантата невозможна. Оптимальным является установка укрывного кольца Мюллера, фиксация его винтами, затем чаша (рисунок 3).



Рисунок 3 - Вид укрепляющего кольца в ране и на фоторентгенограмме

я возникает при протрузионном коксальном вывихе бедра. Рентгенограмма (рисунок 4) диагноз: Правосторонний протрузионный коксартроз 4 ст.

Свежий травматический задне-верхний вывих левого бедра с краевым переломом задней колонны. Здесь задняя стенка возможно неполноценна, однако колонны и крыша довольно сохранены.

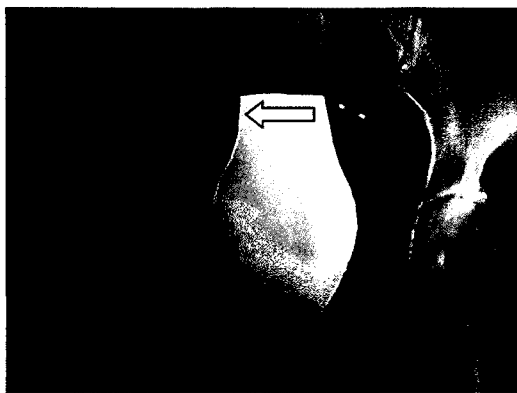
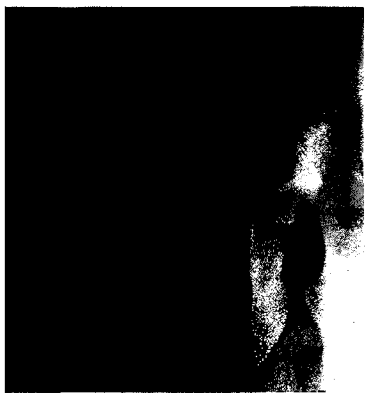


Рисунок 4 - Фоторентгенограмма больных с постравматическими протрузиями

варианта. Возможна установка чаши по моему мнению, когда она имеет минимум сплошной спонгиозной костью, что дает прочную первичную фиксацию и дает прочную последующую интеграцию.

Чашу выставляем, как обычно, по наружному краю вертлужной впадины, образующую пустоту между чашей и дном обязательно плотно заполняем костной ауто - или аллостружкой (рисунок 5).

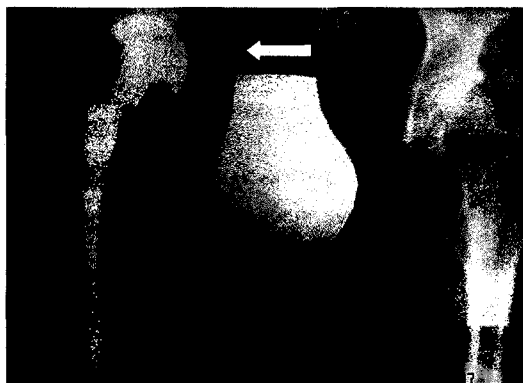


Рисунок 5 - Фоторентгенограмма установки чаши пресс-фит, стрелкой указана область заполнения костной стружкой

е случаев, например, при остеопорозе фиксация чаши пресс-фит сомнительна. Мы навливаем цементную чашу. Здесь обращать внимание на индекс впадины, глубины и входа. При установке чаши фиксируется центр вращения, а это - залог успешных, развитие импиджмент-

синдрома. При установке ее по линии входа происходит неравномерное распределение цемента - больше на дне, меньше по периферии. Выходом из этой ситуации является разумное расширение вертикального входа во впадину без ослабления ее опорных структур, а также укладка на дно достаточного количества спонгиозной кости (рисунок 6).

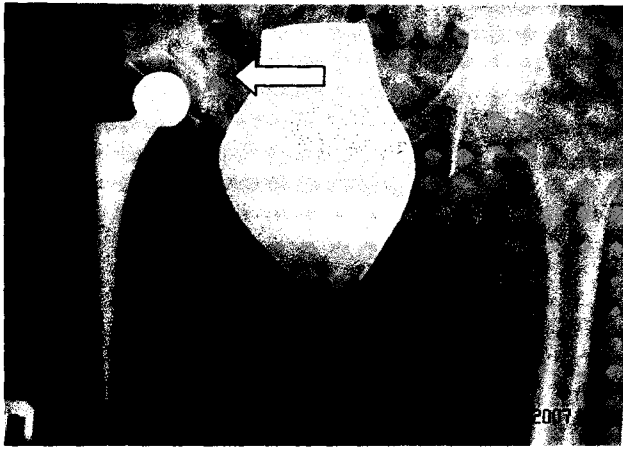


Рисунок 6 - Фоторентгенограмма таза с установленной цементной чашей и укладкой

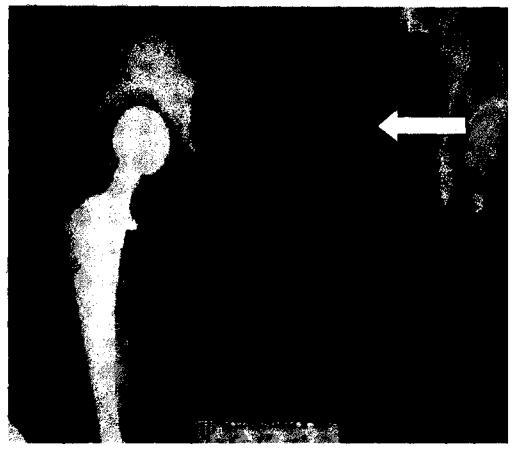


Рисунок 7 - Фоторентгенограмма больно К. 43 лет

Особое место в этой группе занимают протрузии, возникшие после некорректно выполненных первичных протезирований. На рентгенограмме больной К., 43 лет (рисунок 7), видно, что, по-видимому, имел место диспластический коксартроз. Хирурги при установке чаши не оценили правильно ситуацию, перфорировали таз пытались выйти из нее путем установки цементной чаши. Однако это не улучшило, а усугубило ситуацию. Такая чаша не может быть стабильной.

Понадобилось выполнение репротезирования, во время которого возникают большие технические трудно-

сти. Цемент, глубоко проникший в полость та предлежит к внутритазовым венам. При экстра они могут повреждаться. Они не спадаются, сложно лигировать. Возникают массивные, ино ческие кровотечения. Кроме того, имеется боль цит костной массы, т.е. такие операции очень тичные, описаны летальные интраоперационные

В любом случае операции заканчиваются с нием массивных костных трансплантатов, укр колец (рисунок 8).

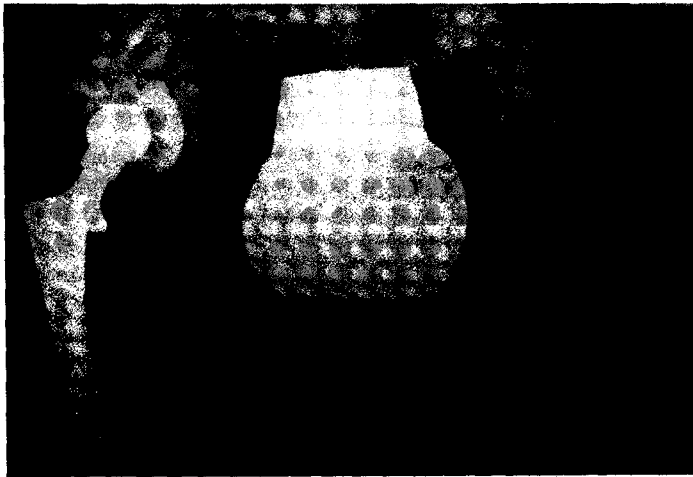


Рисунок 8 - Фоторентгенограмма эндопротеза тазобедренного сустава с применением укрепляющего кольца Мюллера

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Предоставленные клинические примеры убедительно демонстрируют сложность эндопротезирования при протрузионных коксартрозах различного генеза. Свидетельствует о необходимости дооперационного тщательного планирования предполагаемого объема вмешательства. В некоторых случаях необходимо тщательно продумать вопрос о месте забора трансплантата, иметь различные виды укрепляющих колец и чаш цементной и бесцементной фиксации. Самым важным является наличие квалифицированных кадров для выполнения данного объ-

ема операций. При соблюдении всех рекомендаций артропластика при протрузионной впадины является высокоэффективным и позволяет восстановить утраченную функцию таго сустава.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, эндопротезирование, в частности тазобедренного, является очень важным оперативным вмешательством, предполагает имплантацию «искусственной», рассчитанного на многолетнюю фун-

либо игнорирование любых, даже малейших, всегда приведет к негативным послед-

ствиями эндопротезирования при протрузионных тазобедренных всегда требуют строго индивидуального подхода в тактическом и техническом пла-

нимальные вмешательства на тазобедренном суставе выполняются в учреждениях, имеющих лицензированных, с достаточным опытом и полноценное техническое обеспече-

## ЛИТЕРАТУРА

Иванов А.В., Ильин А.А., Колондаев А.Ф., Снетков Д.А. Использование модульных тазобедренного и коленного суставов «ЦИТО» в ходе реконструктивных операций с опухолями и пострезекционными дефектами бедренной и большеберцовой костей. Тезисы докладов симпозиума «Эндопротезирование крупных суставов: теория и практика». – СПб.; «Человек и его здоровье», 2009. – С. 8 – 9.

Иванов А.М., Масленникова В.Г., Королев В.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава при наличии ампутированной культя стопы. // Эндопротезирование крупных

суставов: тезисы конференции. – СПб.; «Человек и его здоровье», 2009. – С. 8 – 9.

3. Султанбаев Т.Ж., Чучуло А.Н., Юсеф Зуби и соавт. Наш опыт эндопротезирования тазобедренных суставов. // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – том XV, приложение №3, – 2009. – С. 118-119.

4. Какабадзе М.Г. Переломы шейки бедра: эндопротезирование в остром периоде. // Автореферат дисс. к.м.н. – Москва. – 2005. – 22 с.

5. Колесник А.И. Новые технологические решения и профилактика осложнений эндопротезирования тазобедренного сустава. // Автореферат дисс. д.м.н. – Москва – 2002. – 47 с.

6. Назаренко Г.И., Епифанов В.А., Героева И.Б. Коксартроз. Восстановительное лечение и послеоперационная реабилитация. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 144 с.

7. Николенко В.К., Буряченко Б.П., Аксенов Ю.В. Эндопротезирование суставов в сложных случаях // Военно-медицинский журнал. – №8, – 2003. – С. 16 – 22.

8. Буачидзе О.Ш., Оноприенко Г.А., Волошин В.П., Зубиков В.С., Мартыненко Д.В. Эндопротезирование крупных суставов конечностей в сложных анатомических условиях. // Хирургия. – 2004. – №10. – С. 45 – 49.