

© Группа авторов, 2006

## Эндопротезирование тазобедренного сустава после перенесенного остеомиелита

А.Б. Слободской, А.П. Барабаш, Е.Ю. Осинцев

### *The hip endoprosthesis after osteomyelitis got over*

A.B. Slobodskoy, A.P. Barabash, E.Y. Osintsev

16 Центральный военный специализированный госпиталь МО РФ, г. Шиханы;  
 Научно исследовательский институт травматологии и ортопедии; Государственный медицинский университет, г. Саратов

Представлен клинический разбор случая тотального эндопротезирования тазобедренного сустава после хронического посттравматического остеомиелита, развившегося в результате огнестрельного осколочного ранения тазобедренного сустава. Исходом лечения остеомиелита явилось образование обширного дефекта проксимальной части бедренной кости (12 см), полное отсутствие тазобедренного сустава. Описана активная хирургическая тактика, заключающаяся в тотальном цементном эндопротезировании онкологическим эндопротезом фирмы ЭСИ с костной аутопластикой крыши вертлужной впадины, ликвидации укорочения конечности за счет правильного подбора диафизарного компонента сустава. Отображены основные принципы консервативной терапии данной категории пострадавших, включающие внутриаартериальное введение антибиотиков и других препаратов, ГБО, лазеротерапию.

**Ключевые слова:** тазобедренный сустав, хронический остеомиелит, эндопротезирование, костная аутопластика.

A case of total endoprosthesis of the hip after chronic posttraumatic osteomyelitis, developed due to the hip gun-shot shrapnel wound, is clinically analyzed. Osteomyelitis treatment has resulted in producing an extensive defect of the proximal femur (12 cm) as well as in complete absence of the hip. The authors describe active surgical tactics, consisting in total cemented endoprosthesis made with an oncological endoprosthesis of ESI firm together with osteoplasty of the acetabular roof, in limb shortening elimination at the expense of proper selection of the joint diaphyseal component. The main principles of conservative therapy in such patients are given, including intra-arterial infusion of antibiotics and other preparations, HBO, laser therapy.

**Keywords:** the hip (joint), chronic osteomyelitis, endoprosthesis, bone autoplasty.

Эндопротезирование тазобедренного сустава после перенесенной гнойной инфекции относится к наиболее тяжелым и драматичным хирургическим вмешательствам [3, 4, 5, 8]. Хирург никогда не знает уровень обсемененности зоны операции, всегда совершаемой в плане ревизии, с измененной анатомией оперированной области и не может точно прогнозировать ее последствия [1, 2, 6, 7, 9]. Мы хотим поделиться опытом лечения больной с полным дефектом проксимальной части бедренной кости, включая тазобедренный сустав, развившимся в связи с хроническим посттравматическим остеомиелитом.

Больная Г., ИБ № 4442, 43 лет, поступила в травматологическое отделение 16 Центрального военного специализированного госпиталя МО РФ 29.10.2001 г. Диагноз: посттравматический дефект проксимального конца правой бедренной кости с полным отсутствием тазобедренного сустава и укорочением правой нижней конечности на 12 см.

Из анамнеза установлено, что в марте 1995 г. в г. Грозном, во время боевых действий получила осколочное ранение правого тазобедренного сустава. В больнице г. Грозного выполнен остеосинтез перелома серкляжной проволокой (рис. 1), послеоперационный период осложнился нагноением раны с исходом в огнестрельный остеомиелит (рис. 2, 3). По поводу остеомиелита больная

лечилась в течение 5 лет. За это время она перенесла 18 операций. Исходом лечения явилось отсутствие проксимального конца тазобедренной кости на протяжении 12 см с полным отсутствием тазобедренного сустава (рис. 4). На рисунке 5 – большая до операции (высота валика, на котором стоит больная нога – 12 см). При обследовании установлено, что данных за хронический гнойный процесс у больной нет. Соматически больная сохранна. 1.11.2001 г. выполнена операция – тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава онкологическим эндопротезом фирмы «ЭСИ» с цементной фиксацией бедренного и вертлужного компонентов. Использован костный цемент марки «Palacost». В связи со слабостью крыши вертлужной впадины выполнено укрепление с помощью костной аутопластики костным бруском из гребня подвздошной кости. В процессе операции с помощью онкологической ножки и удлиняющих колец удалось ликвидировать укорочение и удлинить ногу на 12 см (рис. 6). На рисунке 7 – больная на 7-е сутки после операции – длина конечностей уравнивается. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 14-е сутки. Заживление раны первичным натяжением.

За сутки до операции эндопротезирования правого тазобедренного сустава больной выполнена операция катетеризация нижней чревной артерии

справа. Инфузионная терапия продолжалась в течение 20 сут. (6 сут. по артериальному катетеру, а затем, после его тромбоза, через центральную вену). Она включала введение меронема по 1,0×4 раза в сут. в течение 10 сут., затем по 1,0×4 раза в сут. в течение 8 сут. тиенама; инфузионных сред, улучшающих реологические свойства крови и микроциркуляцию (растворы глюкозы, сбалансированные кристаллоидные растворы, реополиглюкин, трентал, альбумин и т.д.); вазоактивных препаратов (новокаин, папаверин, но-шпа); антикоагулянтов и антиромбических препаратов (фраксипарин по 6 мг×1 раз в сут.); ингибиторов протео-

литических ферментов (контрикал до 100000 ЕД в сут.); препаратов, оптимизирующих метаболизм тканей (солкосерил, актовегин); иммуномодулятора имунофан по 1,0 в/м в течение 10 сут. Кроме того, больная получила 15 сеансов ГБО, причем в первые 3 сут. после операции по 2 раза в день. В течение 10 дней больная получала чрескожное лазерное облучение крови. Источником низкоинтенсивного лазерного излучения являлась лазерная терапевтическая установка на базе гелий-неонового лазера ЛГН-111 (с длиной волны излучения 633 нм, мощностью на выходе из световода не менее 25 мВт).



Рис. 1. Огнестрельный перелом проксимальной части правой бедренной кости



Рис. 2. Огнестрельный остеомиелит бедренной кости



Рис. 3. Прогрессирование огнестрельного остеомиелита бедренной кости



Рис. 4. Исход огнестрельного остеомиелита проксимальной части бедренной кости



Рис. 5. Больная до операции. Укорочение правой ноги на 12 см



Рис. 6. Тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава онкологическим протезом ЭСИ с костной аутопластикой крыши вертлужной впадины

Больная осматривалась лечащим врачом 1 раз в 3 месяца на протяжении 3 лет. Рецидива воспалительного процесса в области тазобедренного сустава не отмечено. Стояние компонентов уста-

ва стабильное, признаков расшатывания нет (рис. 8). Функция конечности удовлетворительная. Больная ходит без дополнительных опор, результатами операции вполне довольна.



Рис. 7. Больная на 7-е сутки после операции. Длина конечностей уравнена. Опорная функция хорошая

Рис. 8. Рентгенограмма больной через 3 года после операции. Состояние компонентов протеза стабильное, признаков асептического расшатывания нет

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Амирасланов, Ю. А. Способ лечения хронического остеомиелита длинных костей / Ю. А. Амирасланов, А. М. Светухин, И. В. Борисов // Раны и раневая инфекция : материалы конф. посвящ. 25-летию отдел. ран и раневой инф. Ин-та хир. им. А. В. Вишневского. – Вестник РАМН. – 1998. - № 11. - С. 7-8.
2. Гринев, М. В. Старые и новые проблемы остеомиелита / М. В. Гринев // Раны и раневая инфекция : материалы конф. посвящ. 25-летию отдел. ран и раневой инф. Ин-та хирургии им. А. В. Вишневского. – Вестник РАМН. – 1998. - № 11. - С. 15-16.
3. Гринев, М. В. Несвободная костная аутопластика в лечении дефектов кости, сочетанных с остеомиелитом / М. В. Гринев // Раны и раневая инфекция : материалы конф. посвящ. 25-летию отдел. ран и раневой инфекции Ин-та хирургии им. А. В. Вишневского. – Вестник РАМН. – 1998. - № 11. - С. 17-18.
4. Использование костных аутотрансплантантов при лечении хронического остеомиелита / Г. Д. Никитин [и др.] // Современные медицинские технологии и перспективы развития военной травматологии и ортопедии : материалы юбил. науч. конф. посвящ. 100-летию первой в России ортопед. клиники СПб. ВмедА. - СПб., 2000. - С. 202-203.
5. Оноприенко, Г. А. Особенности лечения хронического остеомиелита у больных с последствиями травм нижних конечностей / Г. А. Оноприенко, О. Ш. Буачидзе, В. С. Зубиков // Раны и раневая инфекция : материалы конф., посвящ. 25-летию отдел. ран и раневой инф. ин-та хирургии им. А. В. Вишневского. – Вестн. РАМН. – 1998. - № 11. - С. 31-33.
6. Охотский, В. П. Лечение больных с остеомиелитом длинных костей / В. П. Охотский, И. Ф. Бялик, И. Ю. Клюквин // Раны и раневая инфекция : материалы конф., посвящ. 25-летию отдел. ран и раневой инфекции ин-та хирургии им. А. В. Вишневского. – Вестн. РАМН. – 1998. - № 11. - С. 33-34.
7. Опыт лечения больных с гнойными заболеваниями и осложнениями повреждений опорно-двигательного аппарата / В. М. Шаповалов [и др.] // Состояние и перспективы развития военной травматологии и ортопедии : труды ВмедА. – СПб., 1999. – Т. 248. - С. 314-321.
8. Юшманов, Г. И. Огнестрельный остеомиелит: особенности этиологии, патогенеза, клиники и лечения. / Г. И. Юшманов, А. Г. Овденко // Состояние и перспективы развития военной травматологии и ортопедии : труды ВмедА. – СПб., 1999. – Т. 248. - С. 278-294.

Рукопись поступила 15.09.04.