

произведено субмукозное выделение и удаление деформированных фрагментов четырехугольного хряща и костных структур перегородки носа (рис. 4). Затем выполнили срединную и боковую остеотомию носа. Приготовленную по описанной выше методике белково-тромбоцитарную мембрану (рис. 5) моделировали и фиксировали в области спинки носа (рис. 6). Швы на разрезы выполнили нитью Пролон 6-0. После традиционной тампонады полости носа фиксацию наружного носа осуществляли стрип-наклейками и гипсовой повязкой, которую меняли через 7 суток после операции. Суммарная длительность ношения гипсовой повязки составила около 14 суток.

При клинической оценке эстетических результатов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде можно констатировать, что получен хороший результат. Основным критерием оценки отдаленного результата была стабильность контуров спинки носа (рис. 7).

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что белково-тромбоцитарно-хрящевая мембрана обладает хорошей биосовместимостью, длительно сохраняет постоянство объема и формы, то есть отвечает всем основным требованиям, предъявляемым к транс-

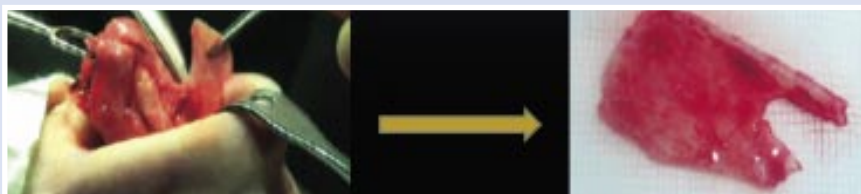


Рис. 4. Выделение и удаление деформированных фрагментов четырехугольного хряща и костных структур перегородки носа



Рис. 5. Вид белково-тромбоцитарной мембраны



Рис. 6. Фиксированная мембрана

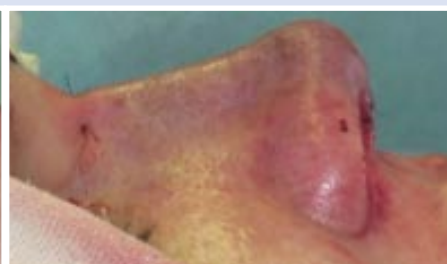


Рис. 7. Больная С., 28 лет, вид до и после оперативного лечения

Контактная информация

Балин В.Н.
Национальный медико-хирургический Центр
им. Н.И. Пирогова
105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70
e-mail: nmhc@mail.ru

СЛУЧАЙ РЕВИЗИОННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДЕФЕКТАХ СТЕНОК ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Папаценко И.А., Тимаков М.В.,
Богданов М.М., Середа А.П., Грицюк А.А.

УДК: 616.728.2:616.718.16-089.843

CASE OF REVISION HIP ARTHROPLASTY AT ACETABULAR WALL DEFECTS

Papatsenko I.A., Timakov M.V., Bogdanov M.M.,
Sereda A.P., Gritsuk A.A.

Первичное и ревизионное эндопротезирование в условиях костного дефекта вертлужной впадины представляет собой одну из самых трудных задач современ-

ной ортопедии, что обусловлено технической сложностью таких операций и их большой травматичностью, высокой частотой неудач лечения таких, несомненно, сложных пациентов.

Больная Т., 63 лет, обратилась в клинику по поводу прогрессирующей боли в левом тазобедренном суставе и укорочения нижней конечности на 6 см. Из анамнеза известно, что два года назад была выполнена операция тотального эндопротезирования левого тазобедренного сустава комбинированной фиксации (цементная чашка и бесцементная ножка).

При обследовании выявлена рентгенологическая картина полной протрузии чашки в полость малого таза, нестабильность и миграция ее с потерей опороспособности (рис. 1). При компьютерной томографии выявлен дефект передней стенки и дна вертлужной впадины, который соответствовал рубрике Е (комбинированный дефект дна и передней стенки) по классификации J.A. D'Antonio (1995) (рис. 2).

Выполнена операция по ревизии эндопротеза тазобедренного сустава. С техническими трудностями удалена чашка и цемент (рис. 3), выявлен дефект дна и передней стенки впадины на протяжении 8 см (рис. 4). Для создания трехточечной фиксации ревизионной чашки эндопротеза необходимо было выполнить пластику как передней стенки вертлужной впадины, так и ее дна. С этой целью был осуществлен забор некротизированного аутооттрансплантата из гребня левой подвздошной кости длиной 8 см (рис. 5), который был транспонирован в область дефекта передней стенки и фиксирован винтами (рис. 6).

Далее сферической фрезой разработали вертлужную впадину до появления четкой губчатой структуры кости (рис. 7). В разработанную впадину было установлено и фиксировано винтами по трехопорному принципу (на 11, 14 и 19 часах условного циферблата) кольцо системы Octopus (DePuy Johnson&Johnson, рис. 8). После этого была выполнена пластика дна вертлужной впадины лиофилизированным костным аллотрансплантатом (рис. 9). Далее было установлено и фиксировано винтами внутреннее кольцо системы Octopus (рис. 10), антилюксационный вкладыш с козырьком и подобрана новая головка, сустав вправлен (рис. 11). Длина нижних конечностей равная.

Послеоперационные рентгенограммы показали биомеханически и анатомически полноценную реконструкцию вертлужной впадины, корректное положение всех компонентов эндопротеза (рис. 12).

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Пациентке было рекомендовано ограничить осевую нагрузку на оперированную конечность на три месяца. После реабилитационной программы функция конечности была восстановлена, результат через 11 месяцев после операции по шкале W.H. Harris составил 85 баллов (рис. 13).



Рис. 1. Пациентка Т., 63 года. Рентгенограммы через 2 года после первичного тотального комбинированного эндопротезирования левого тазобедренного сустава (бесцементная ножка Corail, цементная чашка Мюллера DePuy Johnson&Johnson). Нестабильность чашки, ротационная миграция и протрузия чашки в полость малого таза. Дефект кости вертлужной впадины типа Е (комбинированный дефект дна и передней стенки) по классификации J.A. D'Antonio (1995)

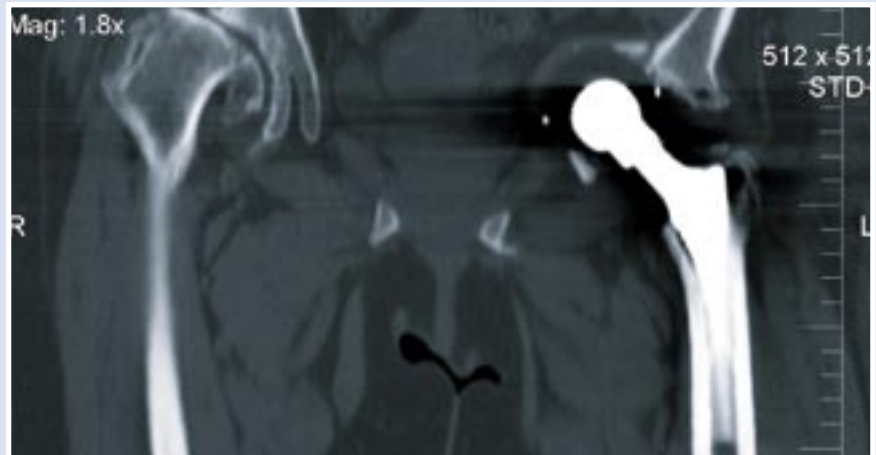


Рис. 2. Пациентка Т., 63 года. КТ (фронтальная проекция) через 3 года после операции: дефект передней стенки и дна вертлужной впадины



Рис. 3. Пациентка Т., 63 года. Операция: удаление чашки и цемента



Рис. 4. Пациентка Т., 63 г. Дефект передней стенки и дна вертлужной впадины длиной 8 см



Рис. 5. Пациентка Т., 63 года. Некровоснабжаемый аутооттрансплантат из гребня левой подвздошной кости



Рис. 6. Пациентка Т., 63 года. Фиксация трансплантата гребня подвздошной кости винтами (синяя стрелка)



Рис. 7. Пациентка Т., 63 года. Формирование вертлужной впадины



Рис. 8. Пациентка Т., 63 года. Фиксация опорного кольца системы Octorus (DePuy Johnson&Johnson)



Рис. 9. Пациентка Т., 63 года. Пластика дефекта дна вертлужной впадины некровоснабжаемым лиофилизированным костным губчатым аллотрансплантатом



Рис. 10. Пациентка Т., 63 года. Установка внутреннего кольца системы Octorus (DePuy Johnson&Johnson)



Рис. 11. Пациентка Т., 63 года. Вид сустава после вправления



Рис. 12. Пациентка Т., 63 года. Рентгенограммы после операции



Рис. 13. Пациентка Т., 63 года. Функциональный результат через 9 мес. после операции

Литература

1. Mall N.A., Nunley R.M., Smith K.E., Maloney W.J., Clohisy J.C., Barrack R.L. The fate of grafting acetabular defects during revision total hip arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 2010 Dec; 468(12): 3286–94.
2. Garcia-Cimbrelo E., Cruz-Pardos A., Garcia-Rey E., Ortega-Chamorro J. The survival and fate of acetabular reconstruction with impaction grafting for large defects. Clin Orthop Relat Res. 2010 Dec; 468(12): 3304–13.
3. Paprosky W.G., Perona P.G., Lawrence J.M. Acetabular defect classification and surgical reconstruction in revision arthroplasty. A 6-year follow-up evaluation. J Arthroplasty. 1994 Feb; 9(1): 33–44.
4. D'Antonio J.A. Classification of acetabular bone defects. In Galante J.O., Rosenberg A.G., Callaghan J.J., eds: Total hip revision surgery, New York, 1995, Raven Press.
5. Harris W.H. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method

of result evaluation. J Bone Joint Surg Am. 1969 Jun; 51(4): 737–55.

Контактная информация

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова
105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70
e-mail: nmhc@mail.ru