

РЕКОНСТРУКЦИЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПРИ РЕВИЗИОННОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Филиппенко В.А., Мезенцев В.А., Марущак А.П.

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины», г. Харьков

Цель работы: выбор оптимальной хирургической тактики восстановления вертлужной впадины при ревизионном эндопротезировании тазобедренного сустава в зависимости от имеющихся костных дефектов.

Материалы и методы исследования. Дефекты вертлужной впадины после удаления нестабильной чашки эндопротеза оценивались с помощью наиболее используемой классификации Bradford-Paprosky. Резорбцию костной ткани вертлужной впадины определяли согласно DeLee и Charnley. Полостные костные дефекты восполнялись с помощью измельчённой губчатой ауто- и аллокости, пористых гранул гидроксилатапата и бифазной керамики на его основе. Для пластики сегментарных костных дефектов вертлужной впадины использовались структурные кортикально-губчатые блоки из ауто- или аллокости, а также аугменты из пористого тантала. При наличии тяжёлых дефектов вертлужной впадины (тип III по классификации Bradford-Paprosky) применялись противопротрузионные кольца Мюллера и клетки Бурш-Шнайдера).

Результаты и их обсуждение. Успех реконструкции вертлужной впадины при ревизионном эндопротезировании зависит от максимального приближения параметров искусственного сустава к нормальным анатомическим показателям и биомеханике тазобедренного сустава. Для этого требуется следующее: 1) восстановление центра ротации тазобедренного сустава; 2) адекватная первичная фиксация тазового компонента в костной ткани; 3) как условие выполнения вышеуказанных требований – пластика костных дефектов, которые возникли вследствие нестабильности предыдущей конструкции. Дефекты вертлужной впадины вокруг нестабильной чашки эндопротеза отличаются своим разнообразием, в связи с чем, ни одна из существующих техник ревизионного эндопротезирования не может быть универсальной. Ревизионное эндопротезирование вертлужной впадины с использованием бесцементной чашки: 1) площадь контакта с неповреждённой костной тканью должна составлять не менее 50 %; 2) создание из асферичной вертлужной впадины соответствующего чашке гемисферического ложа за счёт пластики полостных костных дефектов измельчёнными губчатыми ауто- и/или аллотрансплантатами, биоактивной керамикой; 3) использование для пластики сегментарных костных дефектов вертлужной впадины структурных ауто- или аллотрансплантатов в виде блоков с целью обеспечения периферической опоры и первичной механической стабильности чашки эндопротеза тазобедренного сустава. Наличие тяжёлых дефектов вертлужной впадины (тип III A, III B) требует использования опорного кольца Мюллера или реконструктивной клетки Бурш-Шнайдера. Послеоперационное ведение больного должно учитывать индивидуальные особенности произведенного оперативного вмешательства. Исход и сроки реабилитации после ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава зависели от размеров дооперационного дефекта вертлужной впадины. Несмотря на то, что массивная костная и керамопластика вертлужной впадины требовала более длительной разгрузки сустава (до 4-5 месяцев после операции), в сроки после полугода отмечалось значительное улучшение функциональности сустава и качества жизни пациентов, сопровождающееся увеличением средних значений шкалы Harris до 80-85 баллов.

Выводы. Необходимо максимально приблизиться к восстановлению анатомии вертлужной впадины, центра вращения тазобедренного сустава и биомеханики тазобедренного сустава. Это требует использования достаточного количества костнопластического материала для восполнения костного дефицита вертлужной впадины и обеспечения механической стабильности и вторичной биологической фиксации тазового

компонента эндопротеза, а также широкого арсенала как первичных, так и специализированных ревизионных конструкций.