

ОСОБЕННОСТИ ИМПЛАНТАЦИИ АЦЕТАБУЛЯРНОГО КОМПОНЕНТА ЭНДОПРОТЕЗА ПРИ КОСТНЫХ ДЕФЕКТАХ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Канзюба А.И., Канзюба М.А., Хачатрян С.С.

НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, Донецк

Цель – с позиции результатов клинико-рентгенологического исследования обосновать критерии предоперационного планирования и особенности имплантации ацетабулярного компонента эндопротеза при костных дефектах вертлужной впадины (ВВ) различного генеза.

Материал и методы. Результаты артропластики и особенности операции изучены у 54 пациентов в возрасте от 18 до 62 лет (средний возраст $42,4 \pm 2,3$ года). Поражения тазобедренного сустава были обусловлены дисплазией - 15, перенесенным кокситом (инфекционным, ревматоидным, на почве болезни Бехтерева) – 11, перенесенными переломами вертлужной впадины 19, предшествующими реконструктивными операциями - 9. Планирование операции осуществляли на основании обзорной рентгенографии таза, рентгенографии пораженного тазобедренного сустава в стандартных проекциях по Judet и СКТ.

Результаты и их обсуждение. Особенности операции были связаны с необходимостью пластического замещения краевых или центральных костных дефектов ВВ, с наличием деформаций тазового кольца, с необходимостью устранения вывихов или подвывихов бедра, формированием костного ложа для «чашки» протеза с восстановлением естественного центра вращения тазобедренного сустава, постравматическими изменениями в околоуставных тканях и наличием металлических конструкций в области предстоящей имплантации ацетабулярного компонента. Независимо от характера и выраженности патологических изменений, применяли переднее-наружный хирургический доступ к тазобедренному суставу. При высоких вывихах и выраженной сгибательно-приводящей установке бедра применяли остеотомию большого вертела, в отдельных случаях – тенотомию приводящих мышц. При синдроме дисплазии, в отдельных случаях при последствиях перенесенного коксита, отмечается несостоятельность, преимущественно, передней стенки ВВ. В связи с этим, ложе для «чашки» протеза формировали за счет более массивной задней колонны. Степень углубления впадины зависела от исходной толщины медиальной стенки. При дефекте покрытия ацетабулярного компонента на уровне свода ВВ более 30%, выполняли пластику трансплантатом из удаляемого фрагмента шейки и головки. При наличии центрального дефекта (протрузия) выполняли пластику дна костными чипсами и гранулами гидроксилатапата. При неправильно сросшихся и несросшихся переломах ВВ требовалось выполнение костной пластики краевых и центральных дефектов. При ложных суставах после поперечных и двухколонных переломов предварительно выполняли остеосинтез передней и задней колонн реконструктивными пластинками.

Выводы.

1. При наличии костных дефектов ВВ, планирование операции эндопротезирования должно осуществляться на основании результатов многопроекционного рентгенографического и СКТ исследований.

2. Максимальное восстановление статико-динамической функции достигается при условии имплантации «чашки» эндопротеза соответственно естественному центру вращения тазобедренного сустава.

3. В зависимости от локализации и обширности костного дефекта, операция предполагает применение костной пластики, в ряде случаев – выполнение остеосинтеза ВВ.

ОСОБЕННОСТИ ИМПЛАНТАЦИИ АЦЕТАБУЛЯРНОГО КОМПОНЕНТА ЭНДОПРОТЕЗА ПРИ КОСТНЫХ ДЕФЕКТАХ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Канзюба А.И., Канзюба М.А., Хачатрян С.С.

НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета
им. М. Горького, Донецк

Резюме. Изучены результаты первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у 54 пациентов в условиях костных дефектов вертлужной впадины различного происхождения – дисплазия, последствия перенесенных кокситов, последствия переломов ВВ, предшествующие реконструктивные операции. Планирование операции выполняли на основании результатов многопроекционного рентгенографического и СКТ исследований. В зависимости от локализации и обширности костного дефекта, применяли костную пластику, в ряде случаев – остеосинтез ВВ. Максимальное восстановление статико-динамической функции достигается при условии имплантации «чашки» эндопротеза соответственно естественному центру вращения тазобедренного сустава.

**FEATURES OF IMPLANTATION OF THE ACETABULAR COMPONENT OF THE
ENDOPROSTHESIS IN BONE ACETABULAR DEFECTS**

Kanzyuba A.I., Kanzyuba M.A., Khachatryan S.S.

Research and Development Institute of Traumatology and Orthopedics of Donetsk national
Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

Summary. Were examined the results of primary total hip arthroplasty in 54 patients with the acetabular bone defects of various origins - dysplasia, the effects of deferred koksitov, the effects of fractures of explosives prior to reconstructive surgery. Planning the operation was performed on the basis of the multiview radiography and SCT research. Depending on the location and extent of the bone defect, bone plastic was used, in some cases osteosynthesis was made. The maximum recovery of static and dynamic function is achieved when implantation "cups" of the endoprosthesis, respectively the natural center of rotation of the hip.