

## РЕВІЗІЙНЕ ПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Анкін М.Л., Петрик Т.М.

КЗКОР «Київська обласна клінічна лікарня» Київ

**Актуальність.** У світі щорічно виконується до 1 мільйона первинного протезування кульшового суглоба. Враховуючи що цей процес здійснюється більше 40 років, то щорічно у пацієнтів після протезування з'являється проблема заміни протеза. Основними причинами цього є зношування компонентів протезів, інфекція, перипротезні переломи, остеопороз як захворювання. Техніка заміни протеза добре розроблена, але потребує ретельного дотримання показань до операції, розуміння причин розхитування, хорошого технічного та медикаментозного забезпечення. Помилки, на будь-якому етапі призводять до зростання ускладнень, а загальний відсоток тільки гнійних ускладнень при ревізіях становить 5-12%.

**Мета роботи.** Узагальнити досвід ревісійного протезування на базі Київської обласної клінічної лікарні, проаналізувати помилки та ускладнення які виникли при його проведенні.

**Матеріали і методи.** За період 2007-2012 рр. на базі ортопедо-травматологічного центру КОКЛ проведено 1407 первинних ендопротезувань з яких 505 були цементними, 856 безцементним і 46 гібридними. За цей же період у відділенні проведено 47 ревісійних протезувань з яких тільки ревізія ніжки протеза проведена у 5, заміна тільки чашки протеза у 9, у решти 33 проведено заміну обидвох компонентів протеза.

Вкрай важливим вважали встановити причину розхитування і чи процес є септичним чи ні. З цією метою застосовувалися рентгенологічні та лабораторні методи діагностики, що включають в себе стандартну рентгенографію, КТ і при необхідності МРТ та УЗД дослідження, а також при підозрі на септичне розхитування - контрастна артрографія з біопсією. З лабораторних методів найбільш важливими вважаємо динаміку показників ШОЕ і С-реактивного білка.

У разі встановлення септичного характеру процесу (7 пацієнтів), виконували так звану двоетапну ревізію, при якій на першому етапі видаляли протез і після ліквідації процесу і стабілізації лабораторних показників виконували ревісійне протезування. В 1 випадку при септичному розхитуванні чаші і стабільній ніжці протеза виконували одноетапну ревізію протеза.

При впевненості в асептичному характері процесу виконували стандартну ревізію протеза. При тривалих термінах з моменту первинного протезування (5 років і більше) вважали обов'язковим повну заміну компонентів протеза. При коротких термінах і відсутності механічних причин розхитування з правильною установкою протеза вважали можливим заміну тільки розхитаного компонента.

Оптимальним і для цементної і для безцементної ніжки вважали її заміну на безцементну ревісійну ніжку з точкою фіксації в діяфізі стегнової кістки. Для цього використовували безцементну ніжку Wagner різної довжини (31 випадки) або ніжку Віконтат (5 випадків) з дистальним блокуванням ніжки гвинтами. У 2 пацієнтів внаслідок вираженого остеопорозу застосували цементні подовжені ніжки.

Заміну чашки виконували в залежності від ступеня кісткового дефекту. При незначних дефектах Poprovsky 1 - на без цементну чашу з пластикою або без (29 випадків) при ступенях Poprovsky 2-3 користувалися реконструктивними кільцями (Muller або Burshnaider) з кістковою пластикою.

**Результати.** У післяопераційному періоді спостерігали наступні ускладнення: нагноєння ран у 3 пацієнтів (1 протез повторно видалено), нейропатія стегнового нерва у 2 пацієнтів, розхитування протеза на протязі 1 року - у 2 пацієнтів. Результати протезування оцінювалися за шкалою Harris. Відмінні результати на протязі першого року отримані у 12 пацієнтів, хороші - у 26, задовільні - у 7 та не-задовільні - у 2 пацієнтів.

**Висновки.** Вважаємо важливим передопераційне визначення причини розхитування протеза. При правильному визначенні причини та адекватному виборі ревісійної

конструкції можна досягнути високого відсотка (80,9%) відмінних і добрих результатів. В зв'язку з збільшенням кількості первинних протезувань, збільшенням терміну використання протезів, прогресуванням частоти остеопорозу - кількість операцій з ревізійного протезування збільшиться. Для успішного виконання таких операцій необхідно штат підготовлених фахівців, наявність повного спектру протезів та інструментарію, банк кісткової тканини.

## **РЕВИЗИОННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

**Анкин Н.Л. Петрык Т.М.**

КЗКОР «Киевская областная клиническая больница» Киев, Украина.

В статье обобщен опыт ревизионного протезирования на базе Киевской областной клинической больницы, проанализировано результаты лечения 47 больных которым выполнялось ревизионное протезирование а также ошибки и осложнения, возникшие при их проведении. Для установления причин расшатывания протеза применялись рентгенологические и лабораторные методы диагностики, включающие в себя стандартную рентгенографию, КТ и при необходимости МРТ и УЗИ исследования, а также при подозрении на септическое расшатывание – контрастная артрография с биопсией. При правильном определении причины и адекватном выборе ревизионной конструкции можно достичь высокого процента (80,9%) отличных и хороших результатов. Для успешного выполнения таких операций необходимо штат подготовленных специалистов, наличие полного спектра протезов и инструментария, банк костной ткани.

## **THE REVISION HIP ARTHROPLASTY**

**Ankin ML, Petryk TM**

Kyiv Regional Clinical Hospital, Kyiv, Ukraine.

The article summarizes the experience of revision hip arthroplasty in patients who underwent treatment in Kyiv Regional Clinical Hospital. We analyzed the outcomes of 47 patients with the revision hip arthroplasty, errors and complications that arose during the procedure. To identify the reasons of loosening of the prosthesis we used radiographic and laboratory diagnostic techniques, which included standard radiography, CT and MRI if necessary and ultrasound studies, and we also performed arthrography and biopsy procedures suspecting septic loosening. If identify the cause right and choose the construction for revision surgery adequately (accordingly) it is possible to achieve good and excellent results in 80 % cases. Of course, to improve the results, many other factors are required, such as dedicated trained staff, the availability of a full range of prostheses, medical equipment and bank bone.