

УДК 616.718.1-089.28/.29

© А.Б.Казанцев, А.А.Тер-Григорян, С.М.Путятин, С.И.Макарова, М.Г.Еникеев

Эндопротезирование после переломов вертлужной впадины

А.Б.КАЗАНЦЕВ, А.А.ТЕР-ГРИГОРЯН, С.М.ПУТЯТИН, С.И.МАКАРОВА, М.Г.ЕНИКЕЕВ

Hip replacement after acetabular fractures

A.B.KAZANCEV, A.A.TER-GRIGORYAN, S.M.PUTYATIN, S.I.MAKAROVA, M.G.ENIKEEV

Городская клиническая больница №15 им. О.М.Филатова, г. Москва

Переломы костей таза составляют от 3 до 7% всех повреждений опорно-двигательного аппарата [1]. В связи с увеличением силы травмирующих факторов возрастает удельный вес пациентов с травматическим вывихом бедра и переломами вертлужной впадины. Этот вид повреждения составляет от 7 до 17% от всех переломов костей таза [2].

Согласно литературным данным, асептический некроз головки наступает после вывиха бедра в 2-10% случаев [12-14], при переломовывихах тазобедренного сустава до 70% [3-6].

Большинству пациентов приходится впоследствии выполнять эндопротезирование тазобедренного сустава.

Застарелые и неправильно сросшиеся переломы вертлужной впадины составляют 35-40% в структуре инвалидности по данным ЦИТО им. Н.Н.Приорова [5]. По мнению большинства авторов [6-13], в поздние сроки при переломах вертлужной впадины и невправленных вывихах головки бедра (более 2 месяцев) целесообразно производить тотальное эндопротезирование или артротомия тазобедренного сустава.

Цель настоящего исследования – изучить возможности эндопротезирования у пациентов с переломами вертлужной впадины и установить показания к данному вмешательству.

Материалы и методы

В период с 2003 по 2010 гг. в травматологическом отделении №1 ГКБ №15 выполнено 18 операций эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с переломами вертлужной впадины. 80% пациентов были оперированы по поводу асептического некроза головки бедренной кости, развившегося в период от 8 месяцев до 4-х лет после операции остеосинтеза по поводу трансвертлужного двухколонного перелома.

Возраст пациентов составлял от 18 до 56 лет. Первичные операции по поводу восстановления вертлужной впадины производились в срок от 3 до 10 недель после травмы.

Показанием к эндопротезированию являлись боли, ограничение движений в области тазобедренного сустава, хромота.

Результаты и их обсуждение

В 3 случаях имелось вторичное смещение отломков вертлужной впадины с вывихом и подвывихом головки бедренной кости. Этим пациентам было выполнено эндопротезирование с установкой вертлужного компонента с реконструктивным кольцом на цемент выше анатомической впадины в зону неартроза. Операции выполнялись с применением заднего доступа по Кохеру-Лангенбеку в положении больного на боку.

В случаях, когда имелось анатомически точное восстановление вертлужной впадины и хорошее качество кости, 3 пациентам, после частичного удаления металлоконструкций, выполнено эндопротезирование протезом BIOMET MAGNUM. В остальных случаях использовались чашки вертлужного компонента press fit с дополнительными винтами. Так как впадина была значительного размера, применялись вертлужные компоненты большого диаметра. В 4 случаях использовалась костная пластика.

5 пациентам с застарелыми трансвертлужными переломами в срок от 6 недель до 2-х лет после травмы одновременно выполнили остеосинтез вертлужной впадины и эндопротезирование тазобедренного сустава. В 2 случаях переломы были получены в результате низкоэнергетической травмы на фоне остеопороза и ревматоидного артрита.

Данные операции выполнялись из двух доступов, что позволило хорошо выделить зону перелома или псевдоартроза, произвести остеосинтез, оценить его стабильность без деваскуляризации костных отломков и завершить операцию цементным эндопротезированием тазобедренного сустава.

В одном случае, через 4 месяца после операции развилась нестабильность вертлужного компонента MAGNUM, требовавшая ревизионного эндопротезирования с установкой впадины на цемент.

Клинический пример. Пациент Т., 18 лет, получил тяжелую множественную травму 18.11.07 г., в результате падения с 23 этажа: закрытый перелом правой вертлужной впадины со смещением отломков, вывих правого бедра, разрыв левого крестцово-подвздошного сочленения с вывихом половины таза, закрытый перелом верхней трети левой бедренной кости



Рис. 1. Внешний вид пациента Т., компьютерная томография и рентгенограммы после операции.



Рис. 2. Рентгенограммы и внешний вид пациента Т. после операции тотального эндопротезирования правого тазобедренного сустава.

со смещением отломков. Длительное время пациент находился на лечении в реанимационном отделении, затем в одной из городских больниц ему была произведена операция – остеосинтез левой бедренной кости стержнем ЦИТО, перелом не сросся. После стабилизации состояния в травматологическом отделении ГКБ № 15 г. Москвы 07.02.08 г. была выполнена операция – открытая репозиция, вправление вывиха правого бедра, остеосинтез трансвертлужного перелома справа канюлированным винтом, остеосинтез заднего края вертлужной впадины пластиной и винтами с замещением костного дефекта препаратом «остеоматрикс». Вторым этапом 17.03.08 г. произведена операция – низведение левого гемипелвиса, артродез левого крестцово-подвздошного сочленения с трансартикулярной фиксацией канюлированными винтами, удаление штифта ЦИТО, реостеосинтез левой бедренной кости интрамедуллярно стержнем с блокированием (рис. 1).

Впоследствии у пациента развился асептический некроз головки правой бедренной кости, по поводу чего 20.10.08 г. была выполнена операция – тотальное

эндопротезирование правого тазобедренного сустава бесцементным эндопротезом фирмы Magnum (рис. 2).

Послеоперационная рана зажила первично, пациент вернулся к прежнему образу жизни, продолжил учебу в институте.

Данный клинический пример показывает, что в случаях застарелой травмы, открытая репозиция, остеосинтез вертлужной впадины часто является подготовкой к дальнейшему эндопротезированию.

Вывод

Первичное анатомическое восстановление тазобедренного сустава позволяет предотвратить развитие асептического некроза головки бедренной кости или создать условия для эндопротезирования современными имплантатами (MAGNUM, press fit). В случае застарелых, несросшихся переломов вертлужной впадины возможно одномоментное выполнение реконструкции тазового кольца и эндопротезирования тазобедренного сустава.

Список литературы

1. Котельников Г.П., Мирошниченко В.Ф. Травматология. М. 2004; 213.
2. Черкес-Заде Д.И. Переломы костей таза. Руководство «Травматология и ортопедия». М. 1997; 268.
3. Зоря В.И., Проклова Е.В. Посттравматический протрузионный коксартроз. Вестник травматологии и ортопедии им. Приорова 2001; 4: 38-41.
4. Лазарев А.Ф. Оперативное лечение повреждений таза. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Москва. 1992; 38.
5. Филатов О.М. Оперативное лечение застарелых и неправильно сросшихся переломов вертлужной впадины. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва. 1992; 21.
6. Буачидзе О.Ш. Оперативное лечение последствий повреждений и заболеваний тазобедренного сустава. Ортопедия, травматология и протезирование. 1973; 12: 15-19.
7. Каплан А.В. Повреждения тазобедренного сустава. Ортопедия травматология и протезирование. 1981; 4: 12-17.
8. Лазарев А.Ф. Оперативное лечение повреждений таза. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Москва. 1992; 38.
9. Кутепов С.М., Минеев К.П., Стэльмах К.К. Анатомо-хирургическое обоснование лечения тяжелых переломов костей таза аппаратами внешней фиксации. Екатеринбург: Изд-во Уральского университета. 1992; 160.
10. Осытин Б.А., Штурп С.А. Лечение переломов и вывихов в тазобедренном суставе. Ортопедия, травматология и протезирование. 1983; 9: 14-17.
11. Черкес-Заде Д. И., Каменев Ю.Ф., Улашев У.У. Лечение переломов костей таза при политравме. Тбилиси. 1990; 140.
12. Letournel E., Judet R. Fractures of the acetabulum. Springer Verlag. Berlin. 1993.
13. Tile M. Fractures of the pelvis and acetabulum. Philadelphia: Williams and Wilkins. 2003; 816.
14. Matta J.M., Merritt P.O. Displaced acetabular fractures. Clin. Orthop. 1988; 230: 83-97.

Поступила 14.03.2011 г.

Информация об авторах

1. Казанцев Андрей Борисович – д.м.н., профессор, заведующий отделением травматологии №1 городской клинической больницы №15 г. Москвы; e-mail: ma.swetlana2011@yandex.ru
2. Тер-Григорян Атом Аргамович – врач травматолог-ортопед городской клинической больницы №15 г. Москвы; e-mail: ma.swetlana2011@yandex.ru
3. Путятин Сергей Михайлович – врач травматолог-ортопед городской клинической больницы №15 г. Москвы; e-mail: ma.swetlana2011@yandex.ru
4. Макарова Светлана Ивановна – к.м.н., врач травматолог-ортопед городской клинической больницы №15 г. Москвы; e-mail: ma.swetlana2011@yandex.ru