

Литература

1. Васильковская Н.А., Мизиков В.Н., Кочнева З.В. Ларингеальная маска PROSEAL как средство оптимизации хирургического обеспечения в эндоскопии трахеобронхиального дерева // Анестезиол. и реаниматол. 2006. № 5. С. 58-61.
2. Мустафаева М.Н., Мизиков В.М., Кочнева З.В. Применение надгортанного воздуховода I-GEL в процессе анестезиологического обеспечения: первые клинические впечатления // Анестезиол. и реаниматол. 2008. № 5. С. 55-58.
3. Мизиков В.М., Варюшина Т.В. Анализ осложнений и проблема герметичности дыхательного контура при использовании ларингеальной маски у детей // Анестезиол. и реаниматол. 2000. № 5. С. 50-53.
4. Руководство по анестезиологии: Учеб. Пособие / под ред. Ф.С. Глумчера, А.И. Трещинского. Киев: Медицина, 2008. С. 161-170
5. Огай С.В., Овчинников В.А., Базылева Л.В. и соавт. Возможности применения ларингеальной маски в онкохирургии // Вестн. интенс. тер. 1998. № 2. С. 31-32.
6. LMA ProSeal инструкция <http://www.lmarussia.com/media/lma-proseal-instruction.pdf>

Контактная информация:

Махно Юлия Эдуардовна – заведующий отделением анестезиологии и реанимации КБН^{№1} ФГУ ЮОМЦ ФМБА России
Куцеголова Надежда Владимировна – врач отделения анестезиологии и реанимации КБН^{№1} ФГУ ЮОМЦ ФМБА России
Тел.: 8 (863) 254-09-33, e-mail: guliashama@rambler.ru

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

С.Г. Чесников, С.И. Дедяев, М.Е. Тимошенко, Т.С. Боронджиян

*Клиническая больница № 1
ФГУ «Южный окружной медицинский центр ФМБА России», Ростов-на-Дону*

Приводится описание клинического случая послеоперационного осложнения при эндопротезировании тазобедренного сустава. Проведенное ревизионное эндопротезирование и пластика дефекта дна вертлужной впадины позволили восстановить архитектуру сустава.

Ключевые слова: эндопротезирование тазобедренного сустава, вывих эндопротеза, пластика вертлужной впадины

A CASE OF TREATMENT OF PRIMARY HIP REPLACEMENT COMPLICATION

Chesnikov S.G., Dedyayev S.I., Timoshenko M.E., Borondzhiyan T.S.

Authors described a case of postoperative complications after total hip replacement. Joint replacement and reconstruction of the defect at the bottom of the acetabulum allowed to recover the architecture of the joint.

Keywords: hip replacement, dislocation of the implant, acetabulum repair surgery.

Эндопротезирование при травмах и заболеваниях крупных суставов становится все более распространенным видом операций в травматолого-ортопедической практике. Так, в 2009 г. в России выполнено почти 50 000 операций [1].

Эти виды вмешательств становятся все более доступными для городских травматологических отделений. При этом хирурги не имеют достаточного опыта для прогнозирования осложнений и поиска путей решения интраопе-

рационных проблем, не оснащены технически. Эти причины приводят к росту числа ревизионных вмешательств. В 2009 г. доля подобных операций составила от 10 до 15% [1].

В качестве примера интраоперационного осложнения эндопротезирования хотим привести собственное наблюдение.

Больной П., 61 год, не работающий пенсионер. Госпитализирован в травматолого-ортопедическое отделение клинической больницы № 1 ФГУ ЮОМЦ ФМБА России 7.07.2010 г. с диагнозом: центральный вывих вертлужного компонента эндопротеза правого тазобедренного сустава, перфорационный дефект дна вертлужной впадины. Из анамнеза заболевания – травма бытовая, 16.01.2010 г. упал на улице на правый бок. 17.03.2010 г. операция – тотальное бесцементное эндопротезирование правого тазобедренного сустава конструкцией производства Zimmer в травматолого-ортопедическом отделении городской больницы другого региона России. Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением. В течение двух месяцев больной ходил с опорой на костыли. После начала нагрузки на правую нижнюю конечность появились боли в тазобедренном суставе, пациент заметил укорочение конечности. После обращения на консультацию в травматологическом отделении клинической больницы № 1 ФГУ ЮОМЦ ФМБА России диагностировано интраоперационное повреждение дна вертлужной впадины, центральный вывих ацетабулярного компонента эндопротеза, предложено обследование и ревизионное эндопротезирование.

Местный статус – в области правого тазобедренного сустава послеоперационный рубец длиной 20 см линейного характера (после латерального доступа) без признаков воспаления. Движения в суставах правой нижней конечности – в тазобедренном суставе – сгибание до 120°, разгибание до 180°, отведение менее 10°, в коленном суставе – разгибание до 180°, сгибание до 90°, в голеностопном – без ограничений. Сосудистых и неврологических нарушений нет. Укорочение конечности на 2 см. Ходит с опорой на ходунки.

При рентгенографии таза определяется протрузия вертлужного компонента на 3/4 в полость таза, варусная позиция бедренного компонента (рис. 1).

Учитывая значительную дислокацию вертлужного компонента в проекцию подвздошных сосудов, по рекомендации ангиохирурга прове-



Рис. 1. Рентгенография больного П., 61 г. Протрузия вертлужного компонента, варусная позиция бедренного компонента.

дена компьютерная томография таза с контрастированием сосудов. При исследовании определяется протрузия вертлужного компонента эндопротеза в полость малого таза на 3/4 его диаметра, расстояние между эндопротезом и правой внутренней подвздошной артерией 6-7 мм. Наружная подвздошная артерия не компремирована. Фиксирующий шуруп локализуется в теле подвздошной кости, вокруг него определяется слабо выраженная резорбция костной ткани. Проведено 3D-моделирование и оценка размеров дефекта.

По предварительным расчетам, дефект округлой формы и имеет диаметр 5 см (рис. 2), по классификации W.G. Paprosky – тип 3B [2]. При планировании операции использовали стандартные рекомендации при данном типе дефектов впадины [2].

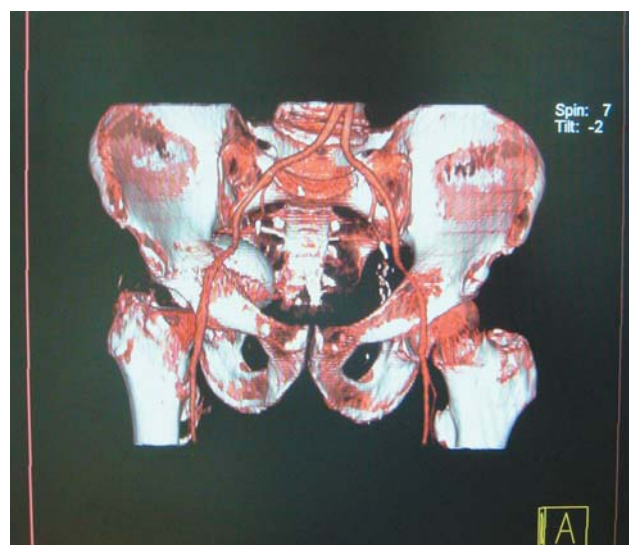


Рис. 2. Компьютерная томография больного П., 61 г. с контрастированием сосудов в режиме 3D моделирования. Протрузия вертлужного компонента эндопротеза в полость малого таза.

Описание операции

После проведения обследования и подготовки пациента 14.07.2010 г. под внутривенной анестезией с управляемым дыханием в положении больного на левом боку из заднего доступа по Кохеру длиной 20 см после обработки операционного поля йодпирроном и спиртом через инцизную пленку послойно рассечены кожа, подкожная клетчатка и фасция в области правого тазобедренного сустава. После удаления рубцовой ткани бедренный компонент вывихнут в рану, и с него снята головка эндопротеза. Вертлужный компонент после освобождения от рубцовых тканей демонтирован (удален пластиковый вкладыш, фиксирующий шуруп) и извлечен из впадины. При ревизии обнаружен перфорационный дефект дна вертлужной впадины диаметром 5 см. Принято решение о пластике дефекта аутокостью из крыла правой подвздошной кости. Из отдельного доступа длиной 10 см в проекции крыла правой подвздошной кости взят аутотрансплантат размером 6×1×3 см. При помощи пилы трансплантат разделен на 2 части (в виде «книжки») и затем помещен на дно дефекта вертлужной впадины. Гемостаз. Рана промыта антисептиками и ушита наглухо викрилом. Кожа ушита при помощи кожного степлера B|Braun.

Края вертлужной впадины очищены от рубцовой ткани при помощи фрезы. В промежутки между трансплантатом и краями впадины помещена костная крошка и коллапан в гранулах (10 см³). Затем выполнена имплантация антипротрузионной сетки Aescular (размер 58), которая фиксирована 6 спонгиозными шурупами диаметром 6,5 мм. Достигнута удовлетворительная стабильность фиксации. На сетке на полиметилметакрилатном цементе фиксирован низкопрофильный вкладыш (типа Мюллера) диаметром 44 мм. Выполнено тестирование ножки эндопротеза – признаков нестабильности не обнаружено. Принято решение о сохранении бедренного компонента с целью снижения травматичности оперативного вмешательства. Проведена смена головки эндопротеза (+7). Эндопротез вправлен. Тест на вывихивание. Рана промыта антисептиками. Гемостаз. Рана послойно до дренажа ушита мерсиленом, викрилом. Кожа ушита при помощи степлера. Асептическая повязка. Объем кровопотери – 700 мл. Продолжительность операции 2 ч 45 мин (рис. 3).



Рис.3. Контрольная рентгенография больного П., 61 г. после завершения операции.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (роцефин 1 г в сутки 5 дней), антикоагулянтная терапия (клексан 40 мг 7 дней, затем прадакса 110 мг × 2 в день), трансфузионная и инфузионная терапия.

После снятия швов наложена фиксирующая пластиковая повязка.

Анализы. Общий анализ крови от 9.07.2010: Нб – 145 г/л, эритроциты – $4,99 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $7,96 \times 10^9$ /л, СОЭ – 9 мм в час.

Общий анализ крови от 15.07.: Нб – 98 г/л, эритроциты – $3,59 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 33 мм в час. Коагулограмма от 15.07.2010 г. – нормокоагуляция.

Выписан в удовлетворительном состоянии через 26 дней. Через 3 мес. после операции фиксирующая повязка снята, разрешена дозированная нагрузка на правую нижнюю конечность и реабилитационная терапия (рис. 4).



Рис.4. Рентгенография больного П., 61 г. через 3 месяца после ревизионного эндопротезирования.

Выводы и предложения

Увеличивающееся количество эндопротезирования крупных суставов неизбежно приводит к росту числа осложнений при первичных операциях.

Проведение подобных вмешательств требует от хирурга прогнозирования возможных осложнений и принятия своевременного решения об изменении хода операции. В описанном

случае ревизионное эндопротезирование могло носить первичный характер при интраоперационном обнаружении перфорации дна вертлужной впадины. Техническое обеспечение даже простых операций имплантации суставов должно предусматривать наличие антипротрузионных сеток, доступных к применению при негативном развитии сценария операции.

Литература

1. Миронов С.П. Состояние травматолого-ортопедической службы в Российской Федерации и перспективы внедрения инновационных технологий в травматологию-ортопедию // Доклад на 9-м

съезде травматологов и ортопедов России. Саратов, 2010.

2. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава / под ред. Р.М. Тихилова, В.М. Шаповалова. СПб, 2008. С. 295-300.

Контактная информация:

Чесников Сергей Геннадьевич – Заведующий травматолого-ортопедическим отделением
КБ№1 ФГУ ЮОМЦ ФМБА России.
Тел.: 8-918-553-64-10, e-mail annakard@jandex.ru

Деяев Сергей Иванович – врач травматолог-ортопед КБ№1 ФГУ ЮОМЦ ФМБА России

Тимошенко Михаил Евгеньевич – врач травматолог-ортопед КБ№1 ФГУ ЮОМЦ ФМБА России.
Тел.: 8-904-500-88-26, e-mail trauma@km.ru

Боронджиян Тигран Сергеевич – заведующий рентгенологическим отделением
КБ№1 ФГУ ЮОМЦ ФМБА России, к.м.н.