

Винахід відноситься до медицини, зокрема ортопедії, та може бути використаний при ендопротезуванні кульшового суглоба в умовах значної недостатності краю вертлюгової западини.

Відомі способи пластики краю вертлюгової западини при тотальному ендопротезуванні кульшового суглоба, які полягають у формуванні відсутнього краю западини за допомогою різноманітних варіантів кісткової пластики [1,2]. При цьому в якості джерело трансплантатів частіше усього використовують голівку та шийку стегнової кістки. Трансплантат фіксують на задньо-верхньому краю западини гвинтами, після чого в западину імплантують вертлюговий компонент.

Однак при значній дисплазії вертлюгової западини формування тільки її задньо-верхнього краю не забезпечує необхідної фіксації вертлюгового компонента, що приводить до швидкого розвитку його нестабільності. Щоб підсилити фіксацію вертлюгового компонента після проведення кісткової пластики задньо-верхнього краю acetabulum приходить до додатково поглиблювати її дно за допомогою ріммеру. Це, у свою чергу, збільшує дефіцит кісткової тканини в області западини, ризик виникнення protrusio acetabuli і утрудняє імплантацію вертлюгового компонента при наступних ревізіях.

У якості прототипу нами був використаний спосіб, що містить у собі формування краю вертлюгової западини по всьому її периметру [3]. Для цієї мети голівку та шийку стегна, що видаляють в ході операції, розпилюють на чотири частини і фіксують по периметру acetabulum чотирма гвинтами. Аутотрансплантати забезпечують достатню стабільність вертлюгового компонента без надмірної обробки дна западини ріммером.

Проте, описаний спосіб пластики вертлюгової западини має недолік, що обмежує його застосування на практиці. Для формування всього периметру западини при її значній дисплазії вимагаються порівняно великі трансплантати. У той самий час, дисплазія западини в переважній більшості випадків сполучається з недорозвиненням або дегенерацією голівки та шийки стегнової кістки. У важких випадках, голівка та шийка практично відсутні. У таких умовах не вдасться виконати пластику всіх чотирьох країв западини з використанням аутотрансплантата з голівки та шийки.

В основу винаходу поставлена задача створення способу пластики краю вертлюгової западини в умовах її значної недостатності, який не потребує застосування великих аутотрансплантатів і забезпечує стабільну фіксацію вертлюгового компонента ендопротеза без надмірного заглиблення дна западини.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі кісткової пластики вертлюгової западини при її значній дисплазії, який включає в себе формування штучного задньо-верхнього краю западини з голівки та шийки стегнової кістки, котрі відпилюють у ході операції, відповідно до винаходу додатково формують штучний нижній край западини за допомогою кісткового алотрансплантата, що фіксують до сідничної кістки металевими гвинтами.

Використання способу на практиці ілюструється на фігурі. Спосіб здійснюється таким чином: при значній дисплазії вертлюгової западини 1 уздовж задньо-верхньої частини її периметра укладають резектовану раніше голівку і шийку стегнової кістки, що фіксують до клубової кістки металевими гвинтами 3. Таким способом формують задньо-верхній край западини. Потім формують штучний нижній край западини: уздовж нижньої частини периметра западини укладають алотрансплантат, що фіксують до сідничної кістки металевими гвинтами 4. Після цього обробляють западину ріммером до відповідності її розмірам і формі вертлюгового компонента 2 і виконують його імплантацію. Формувати передній край западини не потрібно, тому що навіть у нормальній западині він практично відсутній і не робить значного впливу на стабільність вертлюгового компонента.

Таким чином, запропонований спосіб забезпечує стабільну фіксацію вертлюгового компонента ендопротеза кульшового суглоба в умовах різкої дисплазії acetabulum, може використовуватися у випадках значного недорозвинення голівки та шийки стегнової кістки і не вимагає надмірного заглиблення дна западини. За названим способом прооперовано 9 хворих. Тривалість операції ендопротезування кульшового суглоба при доповненні її кістковою пластикою по запропонованій методиці зросла в середньому лише на 40 хвилин. Ускладнень не було. Приводимо приклад, що ілюструє застосування описаного способу.

Приклад.

Хвора Ч., 1958 рік народження, історія хвороби №31774. Діагноз: анкілоз правого кульшового суглоба з приводу уродженого вивиху правого стегна. 6.06.2001 в клініці ендопротезування великих суглобів ДНДІТО проведено тотальне цементне ендопротезування лівого кульшового суглоба ендопротезом Zimmer (ніжка СРТ, чашка ZCA). Після резекції залишків голівки та шийки виявлена значна недостатність западини (западина "блюццеподібна"). Виконано пластику по описаному способу із застосуванням резектованої голівки та шийки, а також кортикального алотрансплантата, фіксованого по нижньому краю западини. Вертлюговий компонент стабільно фіксований у западині. В даний час ознак нестабільності вертлюгового компонента немає.

Джерела інформації які були прийняті до уваги

1. Harris W. H., Crothers O., Oh I. Total hip replacement and femoral-head bone-grafting for severe acetabular deficiency in adults // JBJS.-1977.-vol. 59A.-# 6.-p.752-759.
2. Gross A. E., Allan D. G., Catre M. et al. Bone grafts in hip replacement surgery // Orthop. Clin. North Amer.-1993.-vol. 24.-# 4.-p. 679-695.
3. Ахтямов И. Ф., Кузьмин И. И., Туренков С. В. Способ пластики вертлужной впадины при ее дисплазии // Заявка РФ № 2000108892/14.- МПК7 А61В17/56.-Дата подачи заявки 2000.04.10.-Дата публикации заявки 2002.01.20.-Бюл.№2.

