Клиническое наблюдение рецидивирующего переднего вывиха тибиального компонента эндопротеза коленного сустава

Г.М. Кавалерский, А.В. Лычагин, С.М. Сметанин, А.А. Грицюк

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Clinical observation of recurrent anterior dislocation of the tibial component following total knee arthroplasty

G.M. Kavalerskii, A.V. Lychagin, S.M. Smetanin, A.A. Gritsiuk

HBEI HPO First I.M. Sechenov Moscow State Medical University, Moscow

Правильное позиционирование компонентов при эндопротезировании коленного сустава – это основа долгого функционирования эндопротеза, а мальпозиция является причиной большого числа осложнений. Ниже приведен клинический пример одного из вариантов решения при неправильной установке эндопротеза.

Ключевые слова: коленный сустав, эндопротезирование, тиббиальный компонент, вывих

Proper component positioning in total knee arthroplasty is important for long-term implant survival, while malposition can result in a large number of complications. A clinical instance of malpositioned implant and the solution are described.

Keywords: knee joint, arthroplasty, tibial component, dislocation

Пациентка Г., 70 лет, госпитализирована в клинику травматологии, ортопедии и патологии суставов Первого МГМУ имени И.М. Сеченова 28 сентября 2015 года с диагнозом «Вывих тиббиального компонента эндопротеза правого коленного сустава. Состояние после тотального эндопротезирования правого коленного сустава» (от 12.05. 2011 года).

В анамнезе 12.05. 2011 года по поводу правостороннего гонартроза, варусной деформации правого коленного сустава было выполнено первичное эндопротезирование правого коленного сустава эндопротезом с сохранением задней крестообразной связки (CR). Ниже представлены рентгенограммы правого коленного сустава до операции (рис. 1) и после операции эндопротезирования (рис. 2).

Рис. 1. Рентгенограммы правого коленного сустава пациентки Г. до операции: а – боковая проекция; б – прямая проекция

Рис. 2. Рентгенограммы правого коленного сустава пациентки Г. после операции: а – боковая проекция; б – прямая проекция

Послеоперационный период протекал без особенностей, рана зажила первичным натяжением. В ноябре 2013 года пациентка получила бытовую травму, оступилась на лестнице, за медицинской помощью не обращалась. С момента травмы ходила на ходунках с минимальной нагрузкой на ногу. По настоятельной просьбе родственников 28 сентября 2015 года была госпитализирована для обследования и решения вопроса о дальнейшей тактике лечения. При поступлении констатирована невозможность опоры на правую нижнюю конечность, а при попытке опоры отмечалась выраженная боль в коленном суставе. Сосудисто-неврологических расстройств в пра-

вой нижней конечности не было. На выполненных рентгенограммах отмечался вывих тибияльного компонента эндопротеза правого коленного сустава (рис. 3).

14.10.2015 года была выполнена ревизионная операция – удаление всех компонентов эндопротеза, тотальное эндопротезирование правого коленного сустава эндопротезом LССК (рис. 4). Интраоперационно нестабильности компонентов эндопротеза, износа вкладыша выявлено не было.

Выписана из стационара через 2 недели после операции, швы сняты на 14 сутки, послеоперационная рана зажила первичным натяжением. На костылях передвигалась 2 месяца после операции, затем 2 недели с тростью.

Через 6 месяцев пациентка осмотрена в отделении. Передвигается без костылей с полной нагрузкой на оперированную конечность. Боли в коленном суставе нет. При клиническом осмотре ось конечности правильная, объем движений в коленном суставе 0/0/100 (рис. 5). На рентгенограммах правого коленного сустава

ва положение компонентов эндопротеза правильное, признаков нестабильности нет (рис. 6).

Данное клиническое наблюдение демонстрирует операционную ошибку первичного эндопротезирования правого коленного сустава – некорректное позиционирование тибияльного компонента. Чрезмерный наклон кзади большеберцового компонента относительно заданного фирмой – производителем эндопротеза ведет к повышенному износу вкладыша, уменьшает выживаемость большеберцового компонента. При повторной травме возможно соскальзывание бедренного компонента кзади.

Ревизионная операция в данном наблюдении сопровождается большим объемом резекции большеберцовой кости для выравнивания плоскости наклона кзади. Использование связанного эндопротеза с возможностью применения аугментов под тибияльный компонент позволяет добиться хорошего функционального результата лечения.

Рис. 3. Рентгенограммы правого коленного сустава пациентки Г. при поступлении: а – боковая проекция; б – прямая проекция

Рис. 4. Рентгенограммы правого коленного сустава пациентки Г. после ревизионной операции: а – боковая проекция; б – прямая проекция

Рис. 5. Фото нижних конечностей пациентки Г. через 6 месяцев после операции: а – послеоперационный рубец; б – вид спереди; в – вид сбоку; г – сгибание в правом коленном суставе

Рис. 6. Рентгенограммы правого коленного сустава пациентки Г. через 6 месяцев после ревизионной операции: а – боковая проекция; б – прямая проекция

Рукопись поступила 14.06.2016

Сведения об авторах:

1. Кавалерский Геннадий Михайлович – ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и хирургии катастроф, д. м. н., профессор; e-mail: gKavalerskiy@mail.ru
2. Лычагин Алексей Владимирович – ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, директор клиники травматологии, ортопедии и патологии суставов, к. м. н.
3. Сметанин Сергей Михайлович – ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, клиника травматологии, ортопедии и патологии суставов, врач травматолог-ортопед, к. м. н.
4. Грицюк Андрей Анатольевич – ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, заведующий травматолого-ортопедическим отделением № 2 клиники травматологии, ортопедии и патологии суставов, д. м. н.

Information about the authors:

1. Gennadii M. Kavalerskii, M.D., Ph. D., Professor, HBEI HPO First I.M. Sechenov Moscow State Medical University, Moscow, Head of the Department of Accident Traumatology, Orthopaedics, and Surgery; e-mail: gKavalerskiy@mail.ru
2. Aleksei V. Lychagin, M.D., Ph.D., HBEI HPO First I.M. Sechenov Moscow State Medical University, Moscow, Director of the Clinic of Joint Traumatology, Orthopaedics, and Pathology
3. Sergei M. Smetanin, M.D., Ph.D., HBEI HPO First I.M. Sechenov Moscow State Medical University, Moscow, Clinic of Joint Traumatology, Orthopaedics, and Pathology
4. Andrei A. Gritsiuk, M.D., Ph.D., HBEI HPO First I.M. Sechenov Moscow State Medical University, Moscow, Head of Traumatology and Orthopaedics Department No 2 of the Clinic of Joint Traumatology, Orthopaedics, and Pathology