

## Комментарий к статье «Классификации дефектов вертлужной впадины: дают ли они объективную картину сложности ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава? (критический обзор литературы и собственных наблюдений)»

В.Ю. Мурылев

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»  
Минздрава России, Москва, Россия

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина» Департамента здравоохранения г. Москвы,  
Москва, Россия

## Comment to the Article „Classifications of Acetabular Defects: Do They Provide an Objective Evidence for Complexity of Revision Hip Joint Arthroplasty? (Critical Literature Review and Own Cases)“

V.Yu. Murylev

Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

Botkin Moscow City Hospital, Moscow, Russian Federation

Статья «Классификации дефектов вертлужной впадины: дают ли они объективную картину сложности ревизионного эндопротезирования ТБС? (критический обзор литературы и собственных наблюдений)» у меня, как специалиста, постоянно сталкивающегося с подобными случаями, вызвала большой интерес. Проблема, которую мы постоянно обсуждаем на конференциях

и между собой, обрела форму научно-прикладного исследования.

Авторы правы в том, что нет совершенной классификации, и оценка дефектов всегда субъективна. Все классификации создавались с одной целью — дать возможность унифицировать алгоритм действий хирурга. Все они идут от простого к сложному, но, как правило, остается загадка в пограничных дефектах. В литературных обзорах по реконструкции дефектов более часто используются классификации AAOS и W. Paprosky [1].

Самая используемая классификация W. Paprosky (1994), которая отображена в статье в таблице 5, наиболее точно дифференцирует дефекты. Но представим, что по классификации дефект ІС пару миллиметров не дотягивает до типа ІІЬ

### • Комментарий к статье

Тихилов Р.М., Шубняков И.И., Денисов А.О. Классификации дефектов вертлужной впадины: дают ли они объективную картину сложности ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава? (критический обзор литературы и собственных наблюдений). *Травматология и ортопедия России*. 2019;25(1): 122-141. DOI: 10.21823/2311-2905-2019-25-1-122-141.

Мурылев В.Ю. Комментарий к статье «Классификации дефектов вертлужной впадины: дают ли они объективную картину сложности ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава? (критический обзор литературы и собственных наблюдений)». *Травматология и ортопедия России*. 2019;25(1):142-143. DOI: 10.21823/2311-2905-2019-25-1-142-143.

**Cite as:** Murylev V.Yu. [Comment to the Article „Classifications of Acetabular Defects: Do They Provide an Objective Evidence for Complexity of Revision Hip Joint Arthroplasty? (Critical Literature Review and Own Cases)“]. *Traumatoiya i ortopediya Rossii* [Traumatology and Orthopedics of Russia]. 2019;25(1):142-143. (In Russ.). DOI: 10.21823/2311-2905-2019-25-1-142-143.

✉ Валерий Юрьевич Мурылев / Valery Yu. Murylev; e-mail: nmuril@yandex.ru

по медиальным и проксимальным параметрам. При плохом качестве кости, удаляя компоненты, можно перейти на уровень IIIВ. Тактика может значительно поменяться, тем более, что стандартный рентгенологический метод особенно при цементном эндопротезировании, не всегда показывает истинные масштабы разрушения. Но в литературе встречаются публикации, в которых авторы анализируют один метод фиксации или его комбинацию, опираясь на классификацию, например А. Gross, но при этом метод фиксации не зависит от размера дефекта. Авторы могут использовать антипротрузионный кейдж в комбинации с аугментами в разных количествах [2]. Получается, что можно использовать универсальную конструкцию с дополнительными девайсами и углубленная классификация не нужна?

Классификации W. Paprosky уже 25 лет. Когда она создавалась, не было современных высокотехнологичных компонентов, таких, как трабекулярный тантал, который появился в конце 1990-х [3, 4]. Используя пористый тантал, мы говорим о биологической фиксации, более быстрой интеграции и возможности большего дефицита при его установке. Появились аугменты, система «cupsage», но гораздо позже классификации, поэтому постоянно выходят публикации, в которых оптимизируются подходы к реконструкции [5, 6].

Технологии развиваются, и на помощь пришли компьютерная томография и 3D-моделирование. Понимание дефектов улучшилось при использовании 3D-моделирования. Но при использовании 3D-компонентов в ревизионной хирургии некоторые авторы не используют совсем никаких классификаций [7]. Вероятно, специалистам при использовании 3D-печати не нужна классификация, т.к. конструкция будет изготовлена для конкретного дефекта, и нет нужды использовать предложенные алгоритмы.

Авторы совершенно правильно заметили, что классификации актуальны и по сей день, а методы визуализации и реконструкции становятся более современными и продолжают развиваться. Но при

использовании 3D-технологий нужны ли классификации, где дефекты настолько велики и имеется точный план их замещения? Или нам нужна классификация для коммуникации между специалистами? Насколько классификация точна и полезна, если ряд специалистов использует однотипные методы реконструкции почти для всех сложных типов дефектов?

С развитием технологий перечисленные выше вопросы будут возникать, и специалисты будут дискутировать и пытаться создать что-то новое. Вероятно, пока полезней и динамичней классификации W. Paprosky для практической работы, еще не появилось.

### Литература [References]

1. Baauw M., Van Hooff M.L., Spruit M. Current construct options for revision of large acetabular defects: A systematic review. *JBJS Rev.* 2016;4(11). pii: 10.2106/JBJS.RVW.15.00119. DOI: 10.2106/JBJS.RVW.15.00119.
2. Mäkinen T.J., Abolghasemian M., Watts E., Fichman S.G., Kuzyk P., Safir O.A. et al. Management of massive acetabular bone defects in revision arthroplasty of the hip using a reconstruction cage and porous metal augment. *Bone Joint J.* 2017;99-B(5):607-613. DOI: 10.1302/0301-620X.99B5.BJJ-2014-0264.R3.
3. Gehrke T., Bangert Y., Schwantes B., Gebauer M., Kendoff D. Acetabular revision in THA using tantalum augments combined with impaction bone grafting. *Hip Int.* 2013;23(4):359-365. DOI: 10.5301/hipint.5000044.
4. Jenkins D.R., Odland A.N., Sierra R.J., Hanssen A.D., Lewallen D.G. Minimum five-year outcomes with porous tantalum acetabular cup and augment construct in complex revision total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am.* 2017;99(10):e49. DOI: 10.2106/JBJS.16.00125.
5. Rogers B.A., Whittingham-Jones P.M., Mitchell P.A., Safir O.A., Bircher M.D., Gross A.E. The reconstruction of periprosthetic pelvic discontinuity. *J Arthroplasty.* 2012;27(8):1499-1506.e1. DOI: 10.1016/j.arth.2011.12.017.
6. Petrie J., Sassoon A., Haidukewych G.J. Pelvic discontinuity: current solutions. *Bone Joint J.* 2013;95-B(11 Suppl A):109-113. DOI: 10.1302/0301-620X.95B11.32764.
7. Hughes A.J., Debuitler C., Soden P., O'Donnchadha B., Tansey A., Abdulkarim A. et al. 3D Printing AIDS acetabular reconstruction in complex revision hip arthroplasty. *Adv Orthop.* 2017;2017:8925050. DOI: 10.1155/2017/8925050

### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Валерий Юрьевич Мурылев — д-р мед. наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и хирургии катастроф, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России; заведующий Московским городским центром эндопротезирования на базе ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

### INFORMATION ABOUT AUTHOR:

Valery Yu. Murylev — Dr. Sci (Med), professor, Department of Traumatology, Orthopaedics and Disaster Surgery, Sechenov First Moscow State Medical University; head of Moscow City Arthroplasty Centre, Botkin Moscow City Hospital, Moscow, Russian Federation