

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СВЯЗАННЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ
ДЛЯ СЛОЖНОГО ПЕРВИЧНОГО И РЕВИЗИОННОГО
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

ЧЕРНЯК Е.Е.

КАЮМОВ А.Ю.



За период с 2005 по 2010 г. в Нижегородском НИИ травматологии и ортопедии выполнено более 350 операций эндопротезирования коленного сустава протезами различных фирм (Зиммер, De Puy, Биомет). Примерно в 5 % случаев для выполнения первичного эндопротезирования были использованы связанные ревизионные эндопротезы (Biomet AGC DA Articular и AGC DA 2000) с интрамедуллярными ножками.

Аугменты не применялись.

Одна ревизия коленного сустава с использованием связанного эндопротеза шарнирного типа Biomet OSS

(Orthopaedic Salvage System)

При планировании проведения операции тотального эндопротезирования коленного сустава оперирующий хирург принимает решение об использовании той или иной модели эндопротеза индивидуально в каждом случае руководствуясь:

1. степенью разрушения костной ткани
2. состоянием связочного аппарата
3. выраженностью вальгусной или варусной деформации нижней конечности.



AORI (Anderson Orthopedic Research Institute, США, 1997)

В соответствии с ней выделяют три типа повреждения бедренной или большеберцовой костей:

1 тип – интактная кость (F1 и T1) – характеризуется относительно нормальной костной структурой и сохранностью губчатой и кортикальной кости метафиза

2 тип – поврежденная кость- характеризуется значительной потерей костной ткани одного (F2A или T2A) или двух мыщелков (F2B или T2B) бедренной и/или большеберцовой костей

3 тип – дефицит кости (F3 и T3) – характеризуется выраженной потерей губчатой и кортикальной кости

Первичное протезирование коленного сустава



AGC DUAL ARTICULAR и AGC DUAL 2000





Рентгеновские снимки больной Ф. 52 лет до операции прямая и боковая проекции



Рентгеновские снимки больной Ф. 52 лет до операции бедро и голень на протяжении



Рентгеновские снимки больной Ф. 52 лет после операции
прямая и боковая проекции



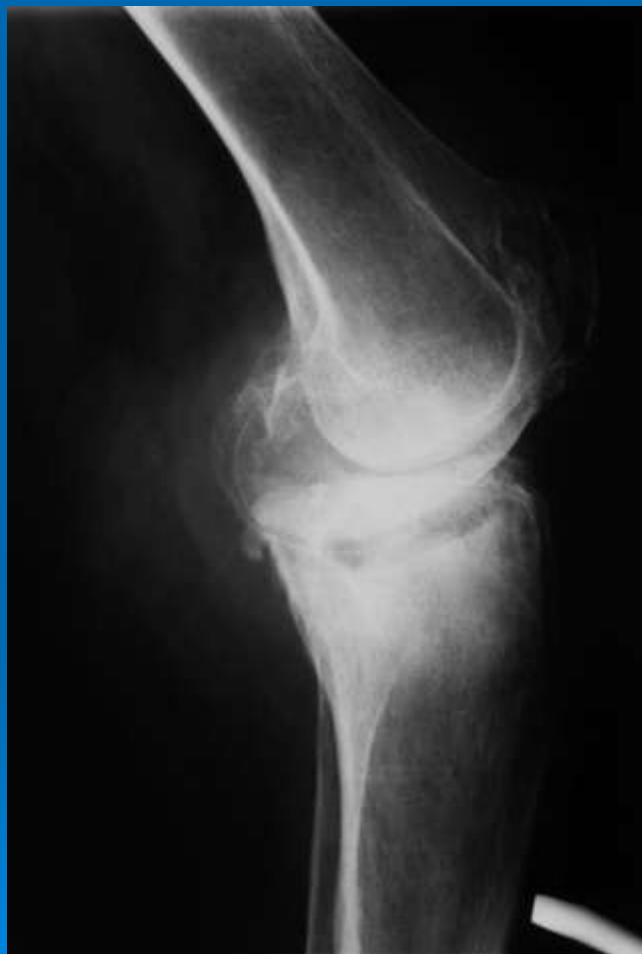
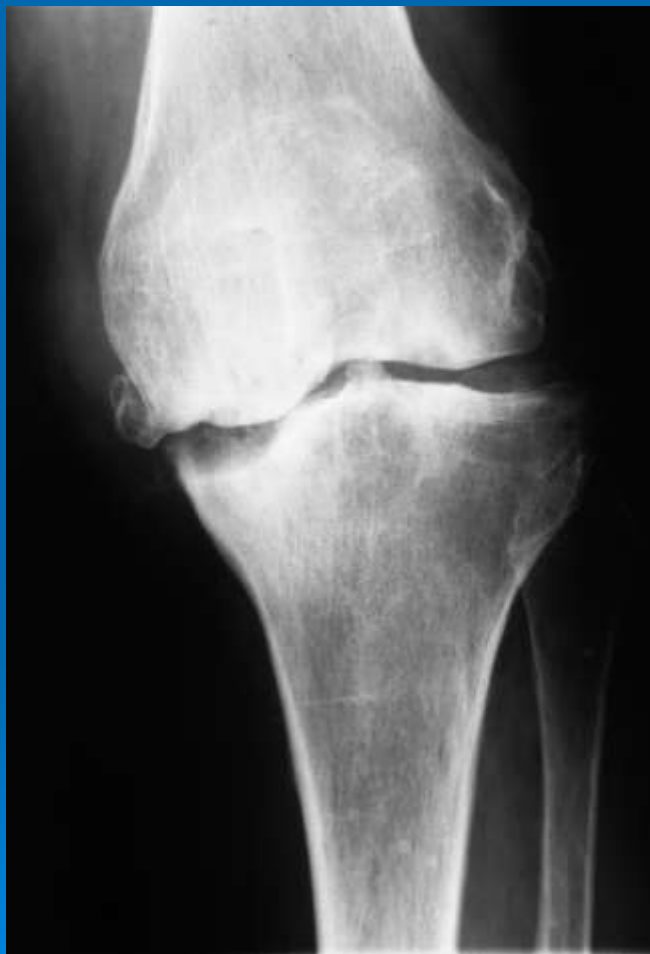
Рентгеновские снимки больной Н. 72 лет до операции прямая и боковая проекции



Рентгеновские снимки больной Н. 72 лет после операции
прямая и боковая проекции



Рентгеновские снимки больной А. 63 лет до операции
прямая и боковая проекции 2006 год



Рентгеновские снимки больной А. 63 лет после первой операции
прямая и боковая проекции 2006 год



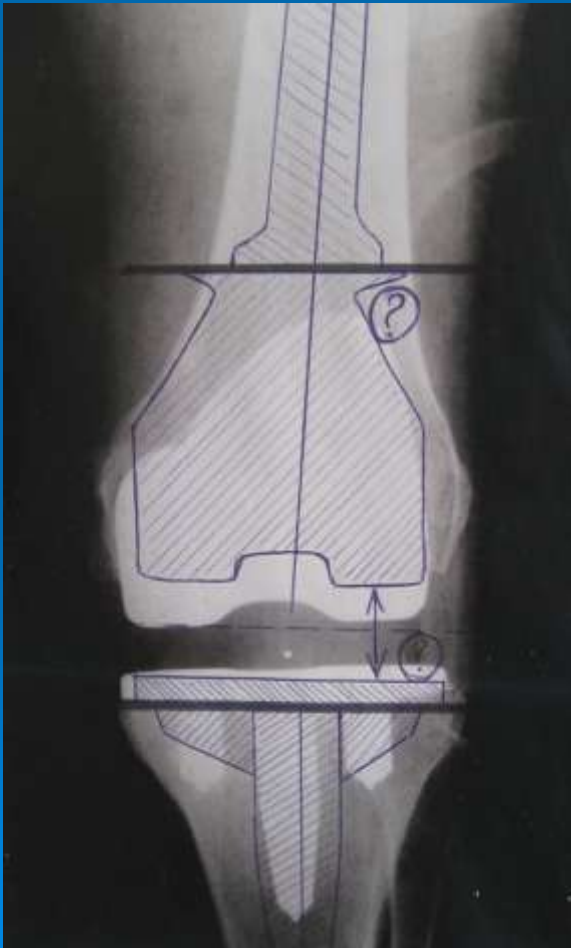
Появление признаков нестабильности на рентгеновских снимках в 2009 году



Увеличение нестабильности и дефекта мыщелков бедренной кости на рентгеновских снимках в 2010 году



Планирование перед операцией



Рентгеновские снимки больной А. 66 лет после
ревизионного эндопротезирования 2010 год



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В сложных ортопедических ситуациях, связанных не только с поражением суставных поверхностей, но и метафизарно-диафизарной части бедренной и большеберцовой костей необходимо применение частично связанных эндопротезов и систем для сложного и ревизионного эндопротезирования. Приступая к операции, особенно ревизионной, необходимо располагать полным набором имплантов различной степени связанности и быть готовым к использованию различных способов компенсации дефектов бедренной и большеберцовой костей.

Спасибо за внимание

