РЕЗУЛЬТАТЫ «КОНСЕРВАТИВНОЙ» РЕВИЗИИ НОЖЕК ЭНДОПРОТЕЗОВ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

В.В. Даниляк, В.В. Ключевский, М.А. Молодов, А.Ю. Кочнев, А.В. Шушлебин, Т.В. Аксенова

*Ярославский областной клинический госпиталь ветеранов войн – международный центр «Здоровое долголетие», Главный врач – заслуженный врач РФ В.Г. Герасимов, Ярославль, Россия*

По данным Национальных регистров артропластики тазобедренного сустава частота ревизий ножек эндопротезов составляет 39 – 45% от всех ревизионных вмешательств.

Показаниями являются остеолиз, инфекция, боли, связанные с первичной нестабильностью, перипротезные переломы и ошибки позиционирования, сопровождающиеся избыточным удлинением конечности или рецидивирующими вывихами.

В ходе подобных ревизий приходится сталкиваться с дефектом бедренной кости, возникающим в результате остеолиза, циклических смещений нестабильной ножки и дополнительных повреждений при ее удалении.

Классификация дефектов бедра по W.G. Paprosky, основанная на оценке остаточной способности метафизарной и супраистмальной диафизарной кости фиксировать ножку эндопротеза, лежит в основе алгоритма выбора ревизионного имплантата.

Философия «консервативной» ревизии исходит из высокой вероятности повторных и многократных вмешательств в течение оставшейся жизни пациента – до 20 – 25% наблюдений.

Концепция включает в себя:

* Восстановление биомеханики и стабильности сустава с максимальным сбережением оставшейся массы кости
* Выбор наиболее простого способа реконструкции с гарантированной защитой пациента от возможных осложнений
* Приближение ревизии к ситуации первичного протезирования

Если для вертлужной впадины приближение ревизионной ситуации к первичной заключается в имплантации полусферических чашек с возможностью установки любого типа вкладыша, то для бедра оно включает применение первичных ножек или их удлинённых аналогов.

Целью данного исследование явилось изучение результатов «консервативных» ревизий бедренных компонентов эндопротезов.

В качестве ревизионных ножек использовались первичные имплантаты с полным гидроксилапатитовым покрытием и их удлиненные аналоги (Corail Hip System, DePuy Synthes Companies). Длина имплантатов в зависимости от размеров колебалась от 140 мм (стандартный вариант) до 230 мм (удлиненный вариант). Последние годы обязательным считали применение ножек с воротничками, оптимизирующими передачу нагрузок на проксимальный отдел бедренной кости и препятствующими проседанию.

С 2007 года выполнено 63 ревизионных вмешательств с использованием Corail hip System. Мужчин было 25 (39,6%), женщин – 38 (60.4%). Средний возраст пациентов составил 59 ± 3 лет.

Показаниями к операции были: остеолиз бедренной кости с различной степенью нестабильности первичной ножки – 53, двухэтапные ревизии по поводу парапротезной инфекции – 6, замена неправильно позиционированных имплантатов – 4.

По классификации W.G. Paprosky отмечены следующие варианты дефектов бедренной кости, возникшие в результате остеолиза, колебаний нестабильной ножки или после удаления остеоинтегрированного имплантата:

* I тип 7 наблюдений
* II тип 29 наблюдений
* III тип 21 наблюдение
* IV тип 6 наблюдений

Использованы 41 первичная ножка Corail и 22 удлиненные ножки Corail Revision. Сроки наблюдения 6 – 92 месяца (в среднем, 45 месяцев). У всех пациентов получен положительный результат с клиническими и рентгенологическими признаками остеоинтеграции имплантированных ножек. В трех наблюдениях отмечено проседание первичной ножки Corail без воротничка на 3 – 4 мм с последующей стабилизацией. Средний балл по шкале Harris при осмотре в сроки 5 лет – 91, 2. Статистически значимой зависимости функциональных результатов от типа имевшегося дефекта бедра не установлено.

Выводы:

1. Частота замены ножек эндопротезов составляет 30 – 40% от числа всех ревизионных вмешательств.
2. Вероятность повторных ревизий в течение жизни пациента остается очень высокой и может достигать 20 – 25%.
3. В основе любого ревизионного вмешательства должен лежать «консерватизм», основанный на выборе наиболее простого и безопасного для больного способа реконструкции, а также максимального приближения ревизионной ситуации к первичному эндопротезированию.
4. Первичные и удлиненные ножки с полным гидроксилапатитовым покрытием эффективны в 90% наблюдений замены бедренных компонентов. Их применение позволяет существенно снизить экономические затраты при сохранении высокого качества ревизионной операции.