

Первый Московский государственный медицинский
университет имени И. М. Сеченова.

Городская клиническая больница им. С. П. Боткина.

Московский городской центр эндопротезирования костей и
суставов.

Возможности реконструкции ацетабулярных дефектов при помощи танталовых конструкций.

В. Ю. Мурылев, Д. И. Терентьев, Я.А.Рукин, П.М.Елизаров.

С 2009 года 56 пациентов

Распределены больных по типам эндопротезирования

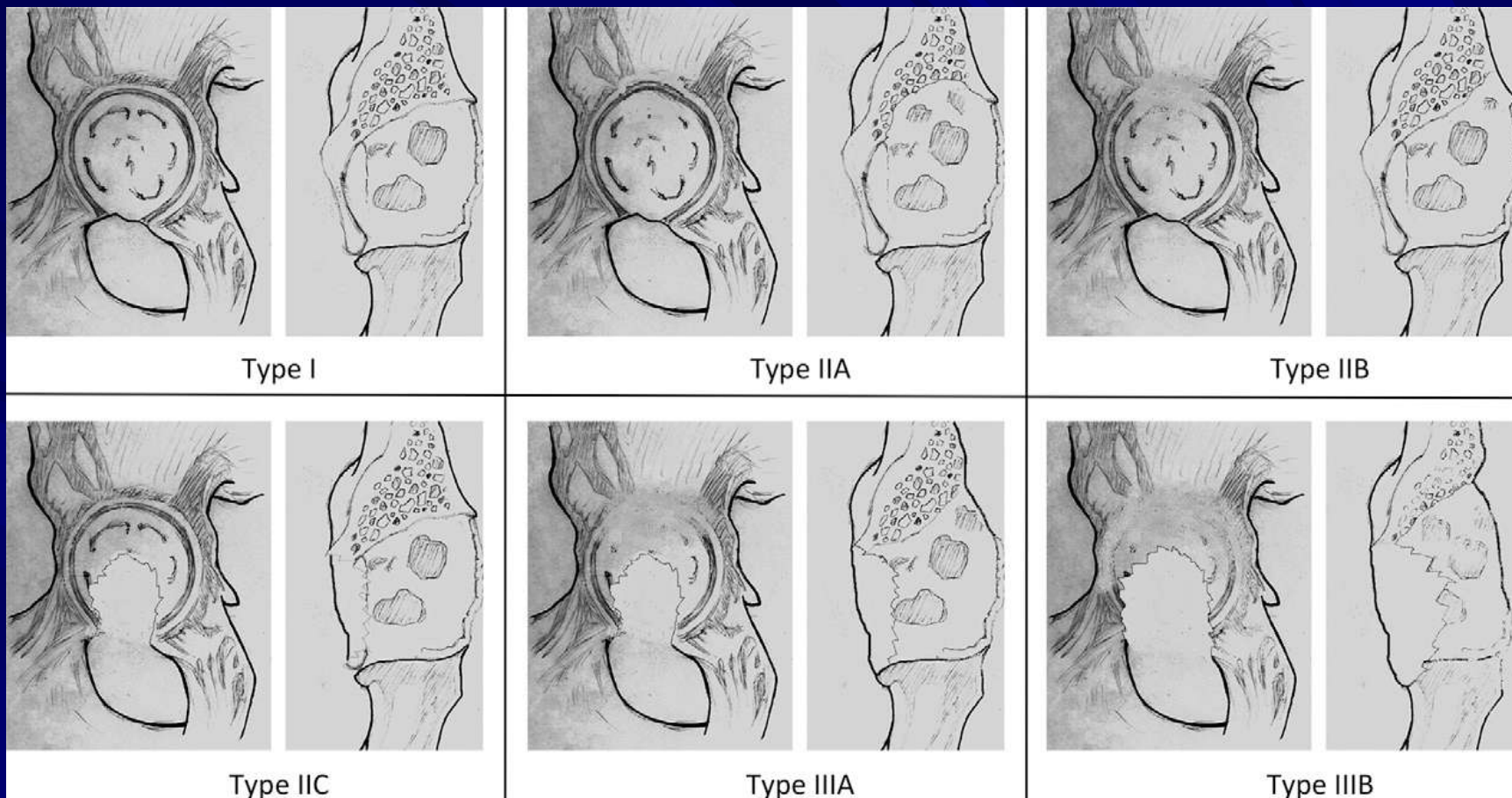


Классификация дефектов вертлужной впадины W.G. Paprosky

- I. Край вертлужной впадины, передняя и задняя колонны не интактны; имеются небольшие локальные дефекты
- II. A. Начальные признаки миграции вертлужного компонента вверх, но не более 3 см выше линии, проведенной через вершину запирающего отверстия, или 2 см выше нормального центра ротации тазобедренного сустава. >50% костной ткани сохраняет свою способность фиксировать вертлужный компонент
- II. B. Большая вытянутость кольца вертлужной впадины вверх (на месте полусферы образуется эллипс). Смещение чашки вверх достигает 3 см и приводит к частичному разрушению крыши вертлужной впадины >50% костной ткани сохраняет свою способность фиксировать вертлужный компонент
- II. C. Медиальный дефект выражен в большей степени - распространяется за линию Келера, образуя дефект внутренней стенки вертлужной впадины. Края интактны.

Классификация дефектов вертлужной впадины W.G. Paprosky (продолжение)

- III. А. Преимущественно разрушена крыша вертлужной впадины со смещением вертлужного компонента на 3 см выше линии запирающего отверстия или на 2 см выше уровня нормального центра ротации тазобедренного сустава. Дефект $< 1\frac{1}{2}$ окружности. 40-60% костной ткани сохраняет свою способность фиксировать вертлужный компонент
- III. В. Представляет массивный дефект с полной потерей опоры всех структур вертлужной впадины. Менее 40% костной ткани сохраняет свою способность фиксировать вертлужный компонент



Paprosky WG, Perona PG, Lawrence JM. Acetabular defect classification and surgical reconstruction in revision arthroplasty. A 6-year follow-up evaluation. J Arthroplasty. 1994; 9:33-44.

Распределение больных по типу дефекта по W.G. Paprosky

Тип операции	Тип дефицита по W.G. Paprosky	Кол-во больных
Ревизионное эндопротезирование	II В	2
	II С	3
	III А	11
	III В	10
Первичное эндопротезирование	II С	3
	III А	17
	III В	10
Итого		56

Танталовые конструкции

Trabecular Metal: Augments, Buttress Augments,
Restrictors, Shim Augments



Типы II по W.G. Paprosky



Тип II В кавитарный дефект по W.G. Paprosky



Тип II В кавитарный дефект по W.G. Paprosky (решение)



Применение танталовых конструкций



Тип III A сегментарный дефект по W.G. Paprosky



Тип III А сегментарный дефект по W.G. Paprosky (решение)



Тип III А Обширный сегментарный дефект по W.G. Paprosky



Тип III A Обширный сегментарный дефект по W.G. Paprosky (решение)



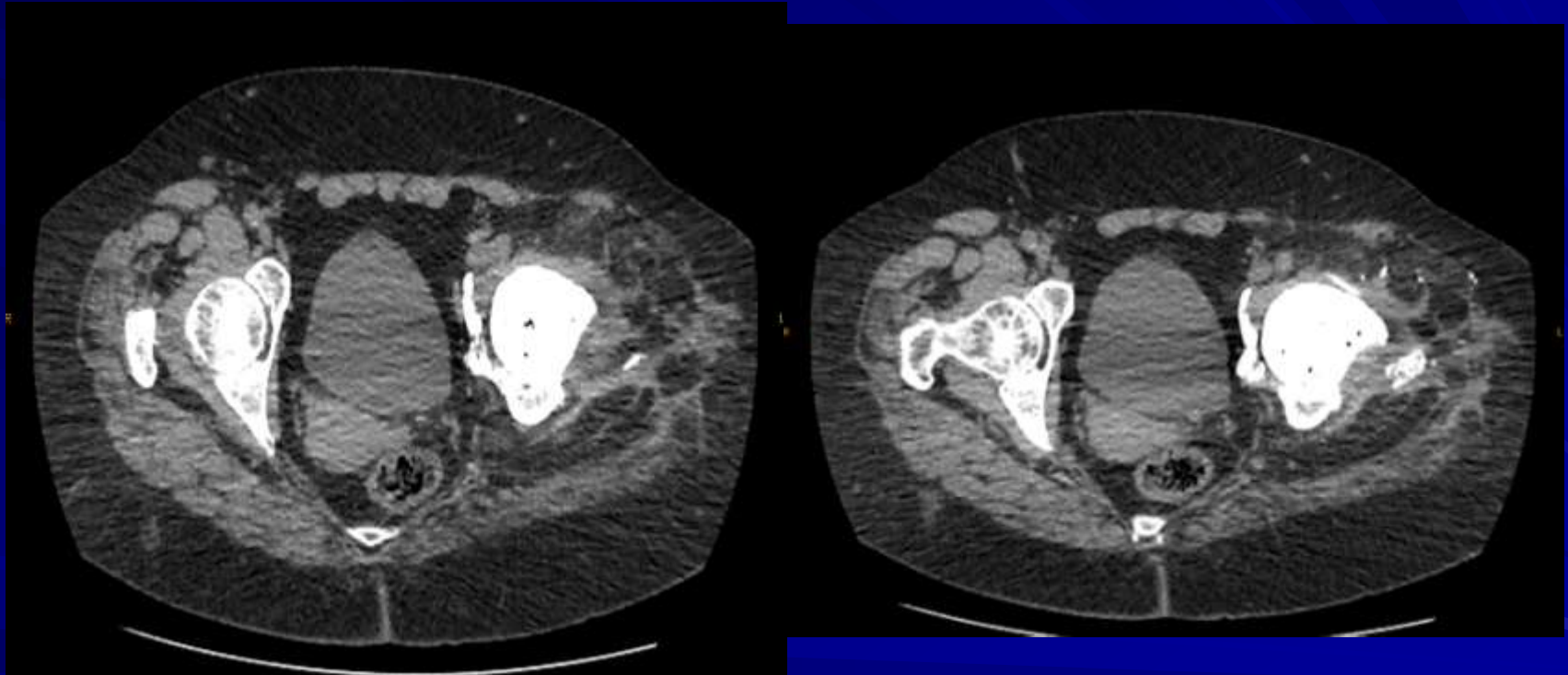
Тип III А по W.G. Paprosky



Тип III В по W.G. Paprosky



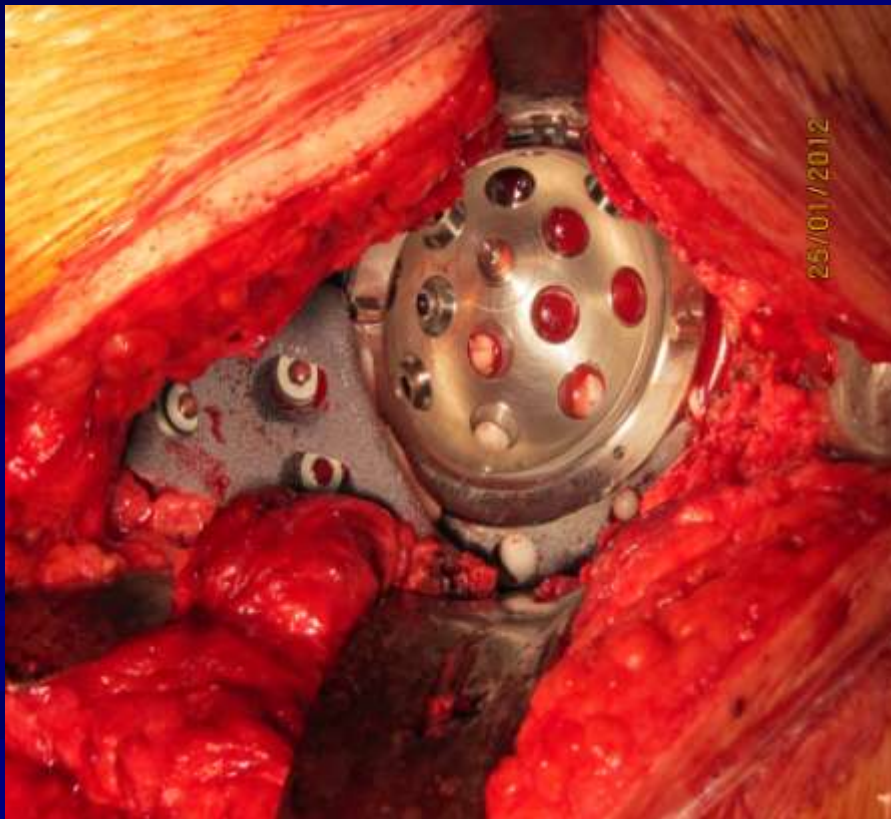
Тип III В по W.G. Paprosky



Тип III В медиальный дефект по W.G. Paprosky



Тип III В медиальный дефект по W.G. Paprosky



Ш.А.М., 32г. (III A)



Ш.А.М., 32г. (III A)



Ш.А.М., 32г.



Ш.А.М., 32г.



Р.П.А. 47 л. (III A)



Р.П.А. 47 л. (III A) до операции



Р.П.А. 47 л. (III A)



Р.П.А. 47 л. (III А) 3 месяца после операции



Р.П.А. 47 л. (III А) 4,5 месяца после операции



О.З.Н. 73 г. (III В)



О.З.Н. 73 г. (III В)



О.З.Н. 73 г. (III В)



O.3.H. 73 r. (Paprosky III B)





Осложнения



Вывих эндопротеза тазобедренного сустава у 2 (3,6%) пациентов после ревизионного эндопротезирования и у 1 (1,8%) пациента после первичного эндопротезирования



Нагноение, 1 пациент (1,8%)



ВЫВОДЫ

1. Использование танталовых аугментов при реконструкции вертлужной области позволяет избежать не биологических фиксаторов – опорных колец, и структурных трансплантатов.
2. Подбор аугментов проводится в соответствии с предоперационным планированием, при котором обязательно выполнение КТ, желательно с 3D реконструкциями.
3. Танталовые аугменты с успехом применимы при всех видах реконструкции вертлужной впадины, при первичном и ревизионном эндопротезировании.
4. Для успешной остеоинтеграции аугмента обязательно должна присутствовать граница - тантал – кость.
5. При тяжелых деформациях вертлужной впадины удастся создать стабильную первичную фиксацию компонентов.

Спасибо за внимание

