



**Первый Московский государственный медицинский
университет имени И. М. Сеченова**
Городская клиническая больница им. С. П. Боткина
**Московский городской центр эндопротезирования костей и
суставов**

Принципы планирования и подбора компонентов эндопротеза при диспластическом коксартрозе

**В. Ю. Мурылев, А.Г. Жучков,
М.Ю. Холодаев, Я.А.Рукин, Г.М. Казарян.**



Статистика

Частота дисплазии тазобедренного сустава:

РФ – 2-3 %

Шапошников Ю. Г. Травматология и ортопедия. Руководство для врачей. т. 3, 1997.

Скандинавские страны – 4 %

Dahlstrom H, Oberg L et al. Acta Orthop Scand 1986; 57:402-406.

Германия – 2 %

Zieger M, Hilpert S et al. Pediatr Radiol 1986; 16:483-487.

Врожденный вывих бедра 0,1 – 0,2 %

Каждый третий коксартроз – на фоне дисплазии

Benedict A. Rogers et al. JBJS Am. 2012;94:1809-21

Классификация диспластического коксартроза по Crowe





Классификация диспластического артроза J .F. Crowe. (степень I)

Смещение головки бедренной кости относительно вертлужной впадины в проксимальном направлении составляет 50 и менее %.

Головка незначительно деформирована, смещена кверху, но остается в вертлужной впадине.





Классификация диспластического артроза J .Ф. Crowe. (степень II)

Смещение головки бедренной кости относительно вертлужной впадины в проксимальном направлении составляет от 50 и до 75 %.

Головка формирует ложную впадину в области крыши вертлужной впадины, но часть ее остается в области истинной впадины.



Классификация диспластического артроза J .F. Crowe. (степень III)



**Смещение головки бедренной кости относительно вертлужной впадины в проксимальном направлении составляет от 75 до 100 %.
Минимальная часть головки остается во впадине.**





Классификация диспластического артроза J .F. Crowe. (степень IV)

Полный вывих головки, смещение головки составляет более 100%.

Головка находится вне истинной впадины, мигрирована вверх и ротирована кзади.





Виды лечения диспластического коксартроза

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Артропластика
тазобедренного
сустава

Корректирующая и
ротационная
остеотомия

Эндопротезирование
тазобедренного
сустава



Первичное эндопротезирование

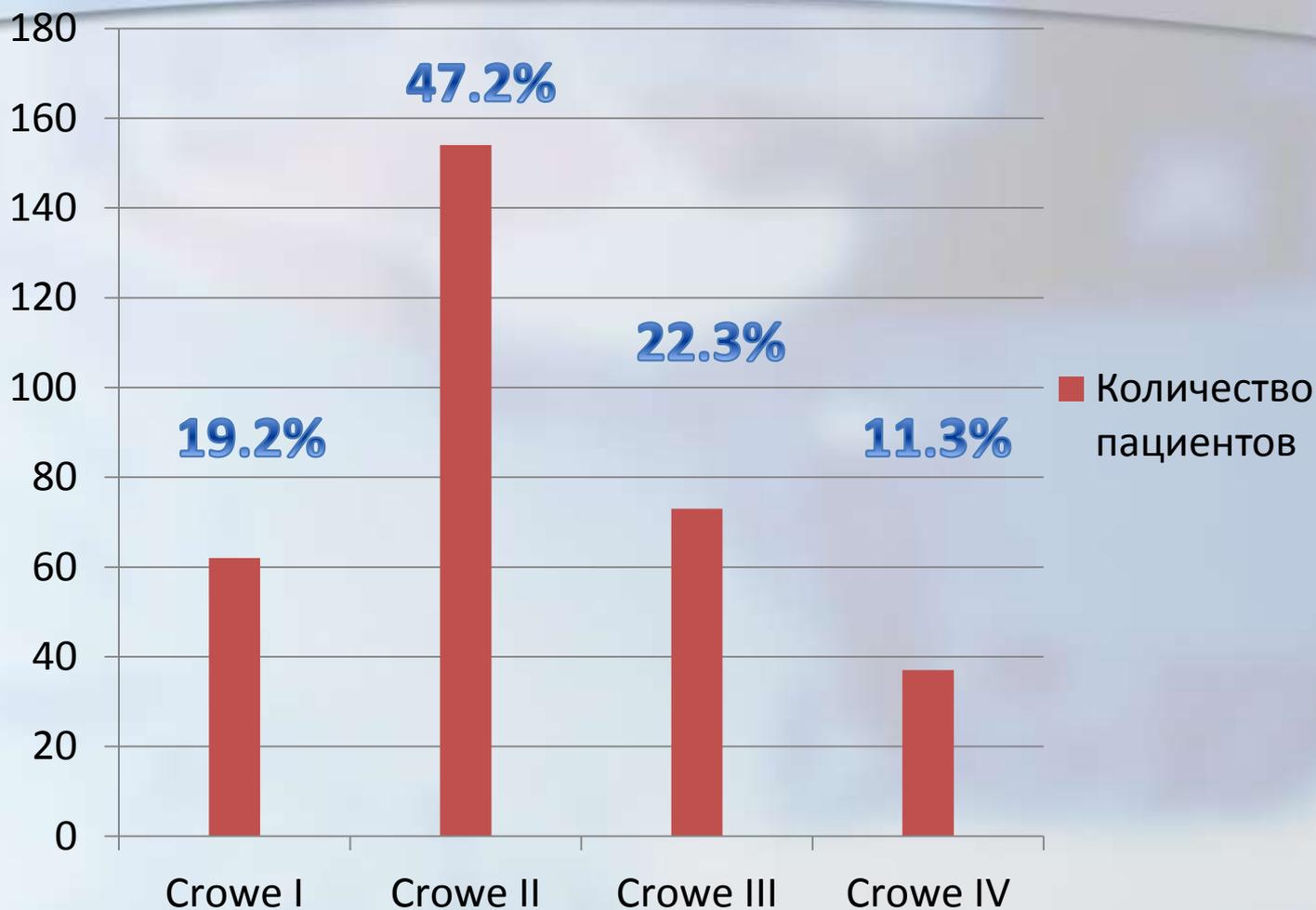
Эндопротезирование
при Crowe I и II степени

Эндопротезирование
при Crowe III и IV
степени

Эндопротезирование
после корригирующих
остеотомий

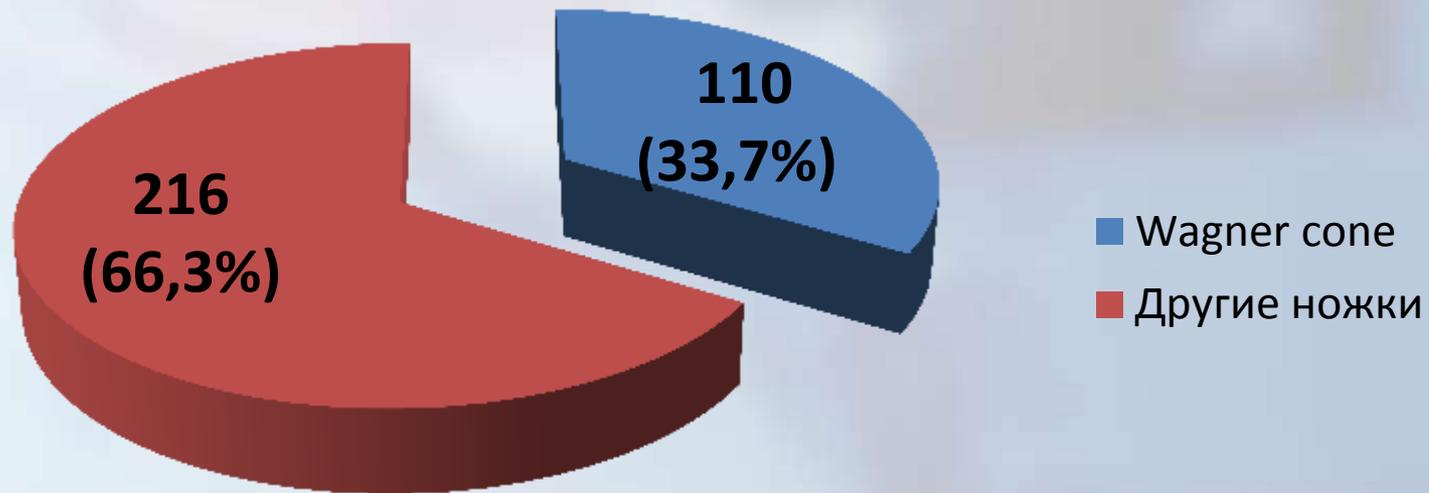


Распределение пациентов по степени дисплазии



Всего за 5 лет выполнено 326 операций

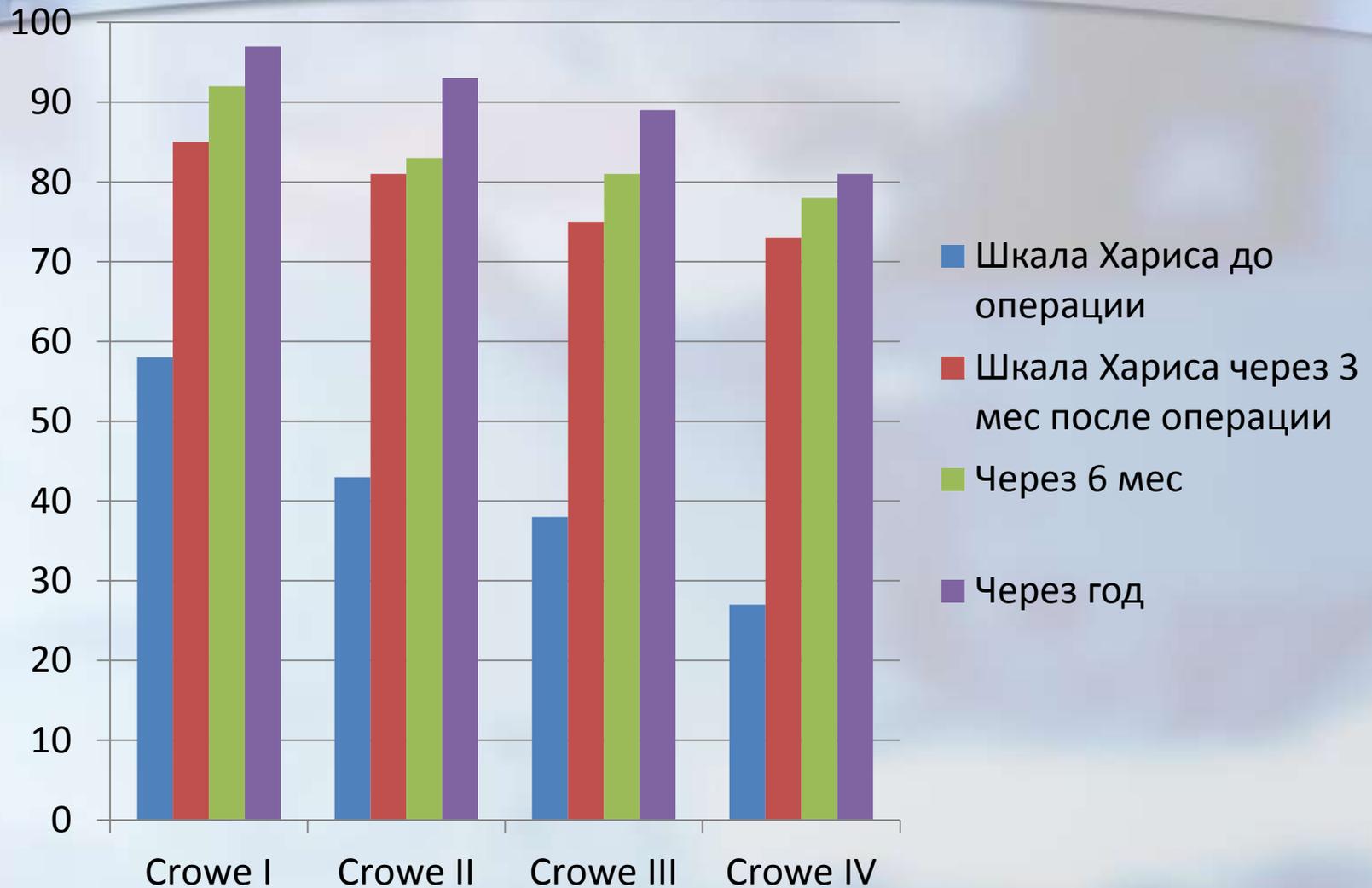
Распределение видов ножек эндопротеза





ВСЕГО ОПЕРАЦИЙ	326
ПАЦИЕНТЫ ОПЕРИРОВАННЫЕ ЗАДНЕЛАТЕРАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ НОЖЕК ЭНДОПРОТЕЗОВ	152 (46.6%)
ПАЦИЕНТЫ ОПЕРИРОВАННЫЕ ПЕРЕДНЕЛАТЕРАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ НОЖЕК ЭНДОПРОТЕЗОВ	64 (19,6%)
ПАЦИЕНТЫ ОПЕРИРОВАННЫЕ ЗАДНЕЛАТЕРАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ НОЖКОЙ CON. WAGNER	79 (24.2%)
ПАЦИЕНТЫ ОПЕРИРОВАННЫЕ ПЕРЕДНЕЛАТЕРАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ НОЖКОЙ CON. WAGNER	31 (9.5%)

Оценка результатов





ПАТЕНТ
НА ПОЛЕЗНУЮ МОДЕЛЬ

№ 131291

**ИЗМЕРИТЕЛЬ ГЛУБИНЫ РАССВЕРЛИВАНИЯ
ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ**

Патентообладатель(и): *Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России) (RU)*

Автор(ы): *см. на обороте*

Заявка № 2012156014

Приоритет полезной модели **24 декабря 2012 г.**

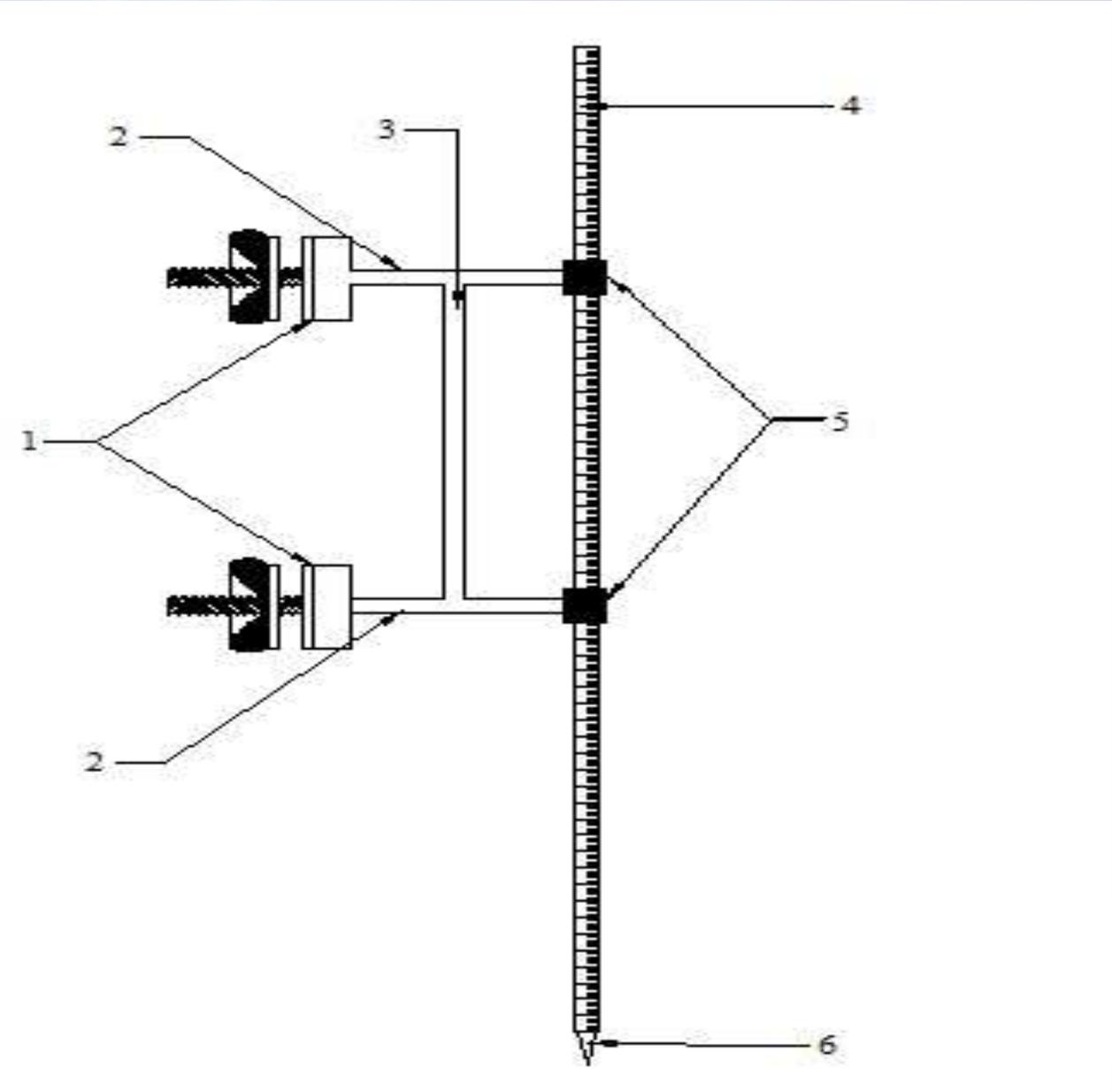
Зарегистрировано в Государственном реестре полезных моделей Российской Федерации **20 августа 2013 г.**

Срок действия патента истекает **24 декабря 2022 г.**



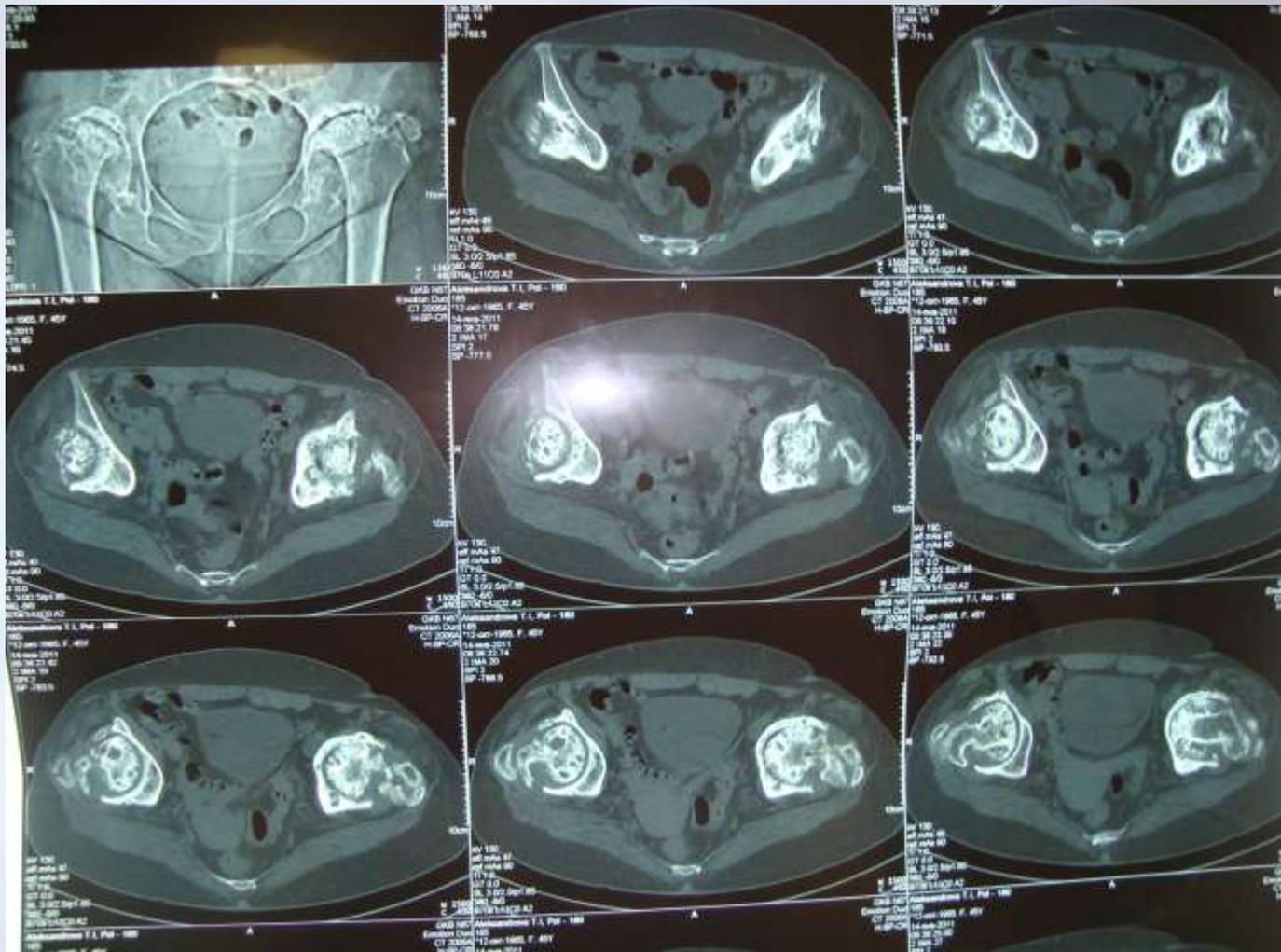
Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

Б.П. Симонов

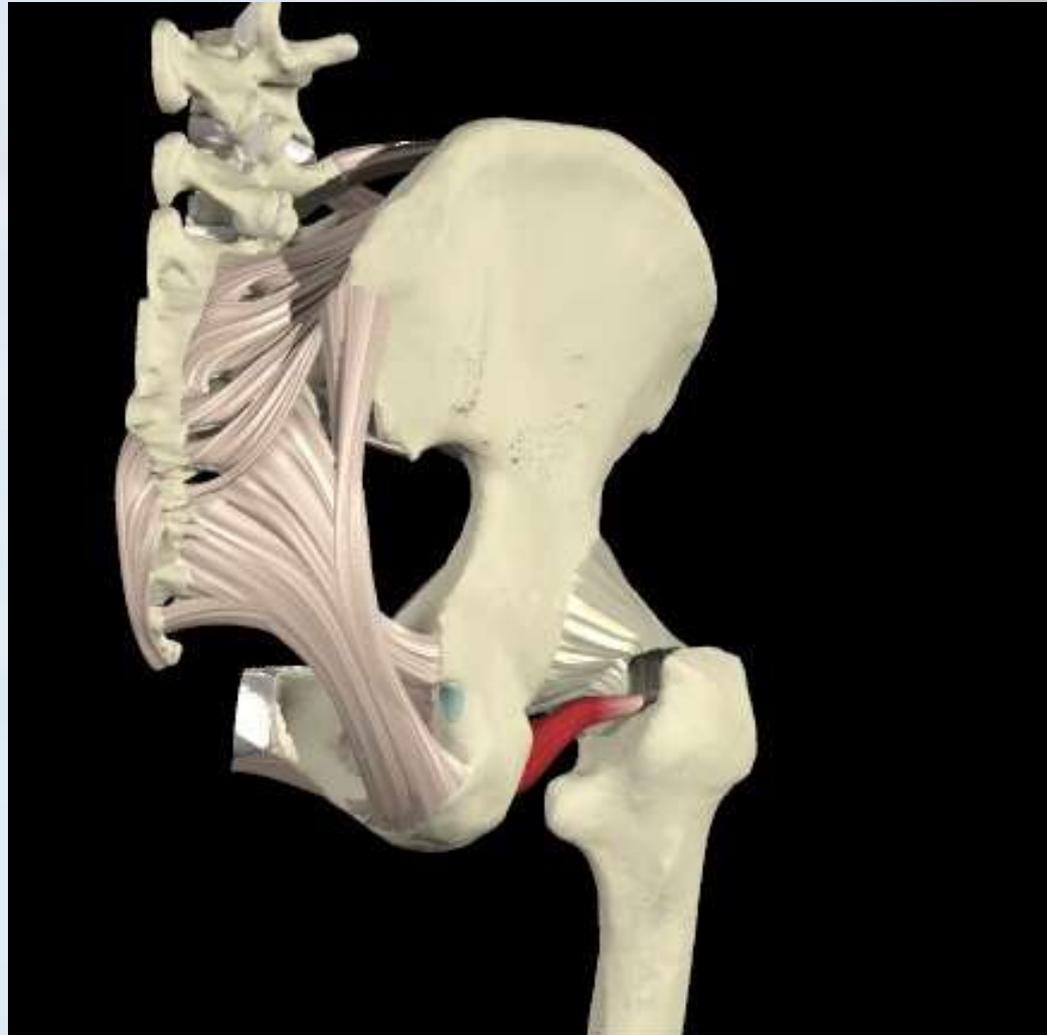




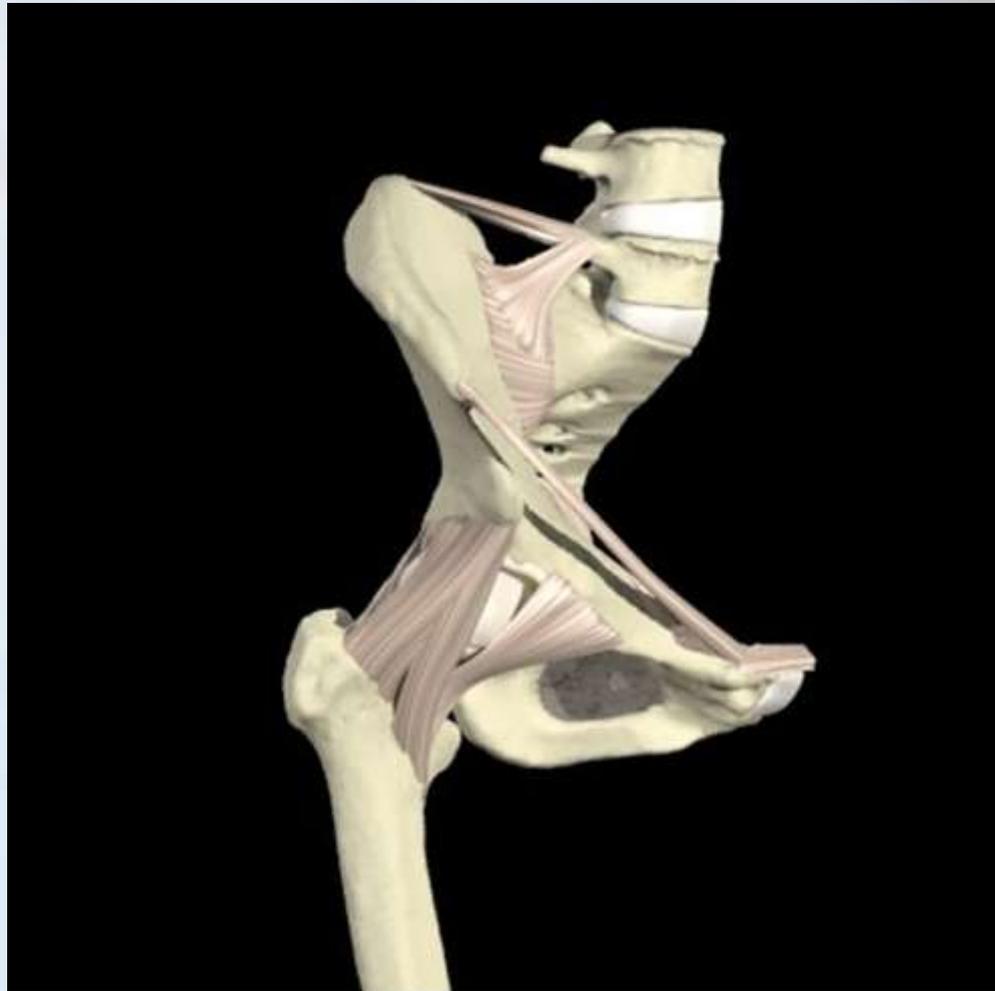
Для предоперационного планирования обязательное выполнение КТ



Структура тазобедренного сустава вид сзади



Структура тазобедренного сустава вид спереди





Применяемая ножка Wagner Cone





Виды бедренных компонентов при различных степенях диспластического коксартроза

I и II степень	Использование различных видов ножек эндопротезов, преимущественно используя задний хирургический доступ
III и IV степень	Использование конической ножки Wagner
Диспластический коксартроз после остеотомии бедренной кости	Использование конической ножки Wagner



Диспластический коксартроз Crowe II



Эндопротезирование ножкой обычной конфигурации





Двусторонний диспластический коксартроз состояние после остеотомии





Двустороннее эндопротезирование коническими ножками Wagner



Через 9 месяцев после двустороннего эндопротезирования





Двусторонний коксартроз

состояние после остеотомий в подростковом возрасте (16 лет)



Двустороннее эндопротезирование ножками Wagner Cone



Через 2 года после операции



Через 2 года после операции



Двустороннее эндопротезирование ножками Wagner Cone





Двусторонний коксартроз Crowe IV



Эндопротезирование ножкой Wagner Cone





Осложнения

ВСЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ	2.53%
ПОВЕРХНОСТНОЕ НАГНОЕНИЕ П.О. РАНЫ (ГЕМАТОМА)	2 (0.63%)
ГЛУБОКОЕ НАГНОЕНИЕ	1 (0.31%)
ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ БЕДРА	4 (1.26%)
ВЫВИХ ЭНДОПРОТЕЗА	1 (0.31%)



Перелом большого вертела





Выводы

I. Для больных с диспластическим коксартрозом целесообразно при эндопротезировании использование конических ножек Вагнер.

II. Предоперационное планирование у больных с диспластическим коксартрозом в обязательном порядке должно включать в себя выполнение КТ, которое помогает скомпенсировать сложные взаимоотношения вертлужного и бедренного компонентов при данной патологии и измерить минимальную толщину стенок вертлужной впадины.

III. При имплантации данной ножки необходимо избегать ее установки только в кортикальную кость.



Выводы

- IV. При имплантации других типов бедренных компонентов, в большей степени, приемлемо применение заднелатерального хирургического доступа, с отсечением грушевидной, запирающей и близнецовых мышц, использование которого позволяет избежать вывиха эндопротеза, за счет выраженной антеверсии установки чашки эндопротеза.

- V. У пациентов оперируемых после проведенных межвертельных и подвертельных остеотомий, приоритетным является передний хирургический доступ, учитывая избыточную ротацию шейечно-вертельной зоны и грубые деформации проксимального отдела бедренной кости.



Спасибо за внимание