

УДК 616.71-089.28:616.728.3

**И.Г. Клименко**

## **НАШ ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА**

**ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)**

---

*Статья представляет краткий обзор состояния ортопедической помощи больным, нуждающимся в операции эндопротезирования коленного сустава. Приводится характеристика выполненных операций за период 2000–2003 гг. Автором дается оценка ближайших результатов лечения.*

**Ключевые слова:** коленный сустав, эндопротезирование

## **EXPERIENCE OF KNEE JOINT ENDOPROSTHETICS**

**I.G. Klimenko**

**SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk**

*The article presents a brief state of affairs review of orthopedic assistance to patients who need endoprosthetics of knee joint. There is a description of performed manipulations for the period of 2000–2003. The author gives an assessment of nearest outcomes.*

**Key words:** knee joint, endoprosthetics

---

Дегенеративно-дистрофические поражения коленного сустава (КС) занимают одно из ведущих мест в патологии опорно-двигательного аппарата и в структуре остеоартрозов крупных су-

ставов достигают 69,7 %, что говорит о медико-социальной значимости проблемы. По данным различных авторов распространенность деформирующего остеоартроза в России колеблется от 6,43

до 12 % и увеличивается с возрастом. В период до 2020 г. ожидается удвоение числа заболевших в возрастной группе старше 50 лет [1]. Эта цифра вполне реальна, учитывая, что уровень заболеваемости опорно-двигательного аппарата в 2002 г. возрос на 4,7 % по сравнению с 2001 г. и составил 14,3 % на 1000 населения [6]. Потребность в госпитализации при деформирующем остеоартрозе в структуре заболеваний костно-мышечной системы составляет 8 %. Консервативное лечение этого заболевания эффективно на ранних стадиях, не останавливая его прогрессирование у большинства больных. Значительное количество работ посвящено оперативному лечению деформирующего остеоартроза, но до сих пор нет единых выработанных принципов хирургической тактики. Общеизвестным является факт, что на начальных стадиях заболевания (в первой или в стадии перехода во вторую) наиболее преимущественным является использование малоинвазивной хирургической техники лечения — артроскопии. Но когда дело касается пациентов со второй стадией и переходной в третью, мнения исследователей разделяются. Ряд авторов говорит о необходимости применения оперативной артроскопии с последующей корригирующей остеотомией, другие — о целесообразности выполнения санационной артроскопии и заместительной хондропластики, третьи — предлагают наиболее раннее эндопротезирование. Для пациентов же с третьей стадией заболевания у большинства авторов сложилось единое мнение о целесообразности выполнения эндопротезирования коленного сустава. Хотя встречаются единичные сообщения и об удачно проведенном артродезировании сустава у некоторых больных с хорошим продолжительным клиническим эффектом [1 – 3, 5, 7].

На сегодняшний день ежегодно в мире выполняется 400 – 500 тыс. тотальных замещений тазобедренных суставов, свыше 40 тыс. — коленных суставов.

В России ориентировочная потребность в них составляет от 30 до 100 тыс. в год [4].

Исходя из данных заболеваемости суставов и показателей отбора для эндопротезирования, можно легко рассчитать, что из каждых 1000 взрослых жителей нуждаются в эндопротезировании 27 человек [4]. Это привело к необходимости разработки отечественных эндопротезов. Нуждаемость в данных конструкциях определяется не столько стоимостью самого изделия, сколько стоимостью набора инструментов для проведения операции имплантации, учитывая, что каждая конструкция имеет свой индивидуальный набор.

Все имеющиеся конструкции можно было бы разделить на две группы.

1. Несвязанный протез, при стабильном сумочно-связочном аппарате.

2. С фиксирующим пальцем или связанный протез используется у пациентов с выраженной нестабильностью ССА, особенно с вовлечением в процесс заднего симптомокомплекса. Все име-

ющиеся конструкции имеют, как правило, два варианта платформ — фиксированную и подвижную.

#### МЕТОДИКА

Нами за период с 2000 г. по март 2003 г. выполнено 18 операций эндопротезирования коленного сустава у 15 пациентов и у 3 — произведено ревизионное эндопротезирование, что составило в общем 22 операции.

Резэндопротезирование осуществлялось в следующих случаях:

- у первого пациента в результате ДТП через 1,5 года после операции произошла поломка бедренных компонентов обоих коленных суставов. Выполнено — замена бедренных компонентов и вкладышей последовательно (с разницей в год);

- у другой больной произошел вывих фиксирующего пальца и износ вкладыша. Выполнена операция — замена вкладыша, вправление вывихнутого пальца;

- у третьей больной произошел перелом металлоконструкции бедренного компонента через 2 года после операции. Выполнена замена вкладыша и попытка фиксации металлоконструкции.

Все больные распределились следующим образом: из 15 пациентов женщин было 8, мужчин 7. Средний возраст составил 59,9 лет. Из них:

- двустороннее поражение имели 9 человек;
- заболевание (ревматоидный и псориатический артриты) — 4 человека;
- с односторонним травматическим поражением — 1 человек;
- с врожденной деформацией (врожденный вывих надколенника) — 1 человек.

Имеющаяся деформация представлена в следующем виде:

- варусная деформация от 20 до 30° у 11 пациентов (14 коленных суставов),
- вальгусная деформация 30° у 1 пациентки,
- с дегенеративно-дистрофическими изменениями суставов на фоне заболевания ревматоидный артрит — ревматоидное изменение обоих компартментов у 3 пациентов.

14 пациентам (17 коленных суставов) выполнено эндопротезирование конструкцией «Феникс» 2-го поколения производства СПб и 1 пациентке произведено протезирование КС конструкцией «Plus Endoprothetik» (Швейцария). За истекший период времени по настоящее время получено всего 2 осложнения, которые привели к удалению металлоконструкции. У пациента с врожденной деформацией произошло поверхностное нагноение, которое привело к более глубокому воспалению большеберцового компонента от места крепления бугристости ББК, т.к. ему одновременно с протезированием сустава была выполнена и пластика переднего симптомокомплекса местными тканями, с транспозицией надколенника. У второй больной после перелома бедренного компонента и ревизионного протезирования произошло воспаление большеберцового компонен-

та, как и в первом случае, которое привело к удалению эндопротеза. Отмеченные явления хронического рецидивирующего синовита, как правило, купировались при консервативном лечении через 1–3 месяца после операции. Осложнений сосудистого или неврогенного характера не было отмечено ни разу.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Расширение арсенала отечественных и зарубежных эндопротезов позволит по-новому использовать возможности и резервы Иркутского НИИТО для оказания специализированной хирургической помощи больным и инвалидам с тяжелой артропатологией, наряду с диспансеризацией, после первичного и ревизионного эндопротезирования коленного сустава.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дубровин Г.М. Система комплексного лечения и реабилитации больных деформирующим остеоартрозом коленных суставов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.22. — Курск, 2003. — 40 с.
2. Загородний Н.В. Эндопротезирование коленного сустава на современном этапе / Н.В. Загородний // Симпозиум с международным учас-

тием «Эндопротезирование крупных суставов», М., ЦИТО, 17–19.05.2000 г. — С. 33–34.

3. Корнилов Н.В. Оценка осложнений после эндопротезирования коленного сустава / Н.В. Корнилов, К.А. Новоселов, А.В. Каземирский // Симпозиум с международным участием «Эндопротезирование крупных суставов» — М., ЦИТО, 17–19.05.2000 г. — С. 52–53.

4. Корнилов Н.В. Состояние эндопротезирования крупных суставов в РФ / Н.В. Корнилов // Симпозиум с международным участием «Эндопротезирование крупных суставов» — М.: ЦИТО, 2000 г. — С. 49–52.

5. Корнилов Н.Н. Хирургическое лечение больных с изолированными проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний коленного сустава: Автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.22. — СПб., 2004. — 43 с.

6. Миронов С.П. Состояние ортопедо-травматологической службы России / С.П. Миронов, В.В. Троценко и др. // Человек и его здоровье: Матер. конф. — СПб., 2003 г., С. 6–9.

7. Хрулев В.Н. Корректирующая околосуставная остеотомия с артропластикой коленного сустава при деформирующем артрозе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.22. — СПб., 1997. — 15 с.