

КОРОТКИЕ СООБЩЕНИЯ

© С.В. Каграманов, И.А. Николаев, 2012

РЕВИЗИЯ ЭНДОПРОТЕЗА О.Н. ГУДУШАУРИ ИЗ КОРУНДОВОЙ КЕРАМИКИ

С.В. Каграманов, И.А. Николаев

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
им. Н.Н. Приорова» Минздравсоцразвития России, Москва, РФ



Ключевые слова: керамика, ревизионное эндопротезирование, тазобедренный сустав.

S.V. Kagramanov, I.A. Nikolaev

Revision of O.N. Gudushauri Joint Implant Made of Corundum Ceramics

Key words: ceramics, revision arthroplasty, hip joint

Одной из основных до сих пор не решенных проблем, связанных с тотальным эндопротезированием тазобедренного сустава, является выбор пары трения эндопротеза. С каждым годом все больше молодых активных пациентов нуждаются в операциях по частичной или полной замене тазобедренного сустава с целью быстрого возвращения к обычной жизни [1, 2]. С явным омоложением пациентов возрастают требования к имплантату. Компоненты современного эндопротеза должны быть износо- и стрессоустойчивыми, характеризоваться высокой биосовместимостью. В настоящее время максимально удовлетворяет данным требованиям так называемая дельта керамика — производное вещество четвертого поколения аллюминиевой керамики с улучшенными качествами материала, состоящее из алюми-

ния (82%), циркония (17%), оксида хрома (0,5%), кристаллов стронция (0,5%) [3]. Данное вещество обладает наибольшей твердостью и устойчивостью по сравнению со всеми существующими ныне имплантатами. Однако задолго до появления современной высоко технологичной дельта керамики в СССР использовали имплантаты из корундовой керамики, представляющей собой кристаллическую модификацию оксида алюминия, обладающую высокими электрическими, механическими и тепловыми свойствами. Приводим клиническое наблюдение.

Больная С., 62 лет, обратилась в поликлинику ЦИТО с жалобами на боли в области правого тазобедренного сустава, ограничение движений в нем, хромоту на правую ногу (рис. 1). Из анамнеза известно, что в возрасте 1 года у пациентки диагностирован вывих

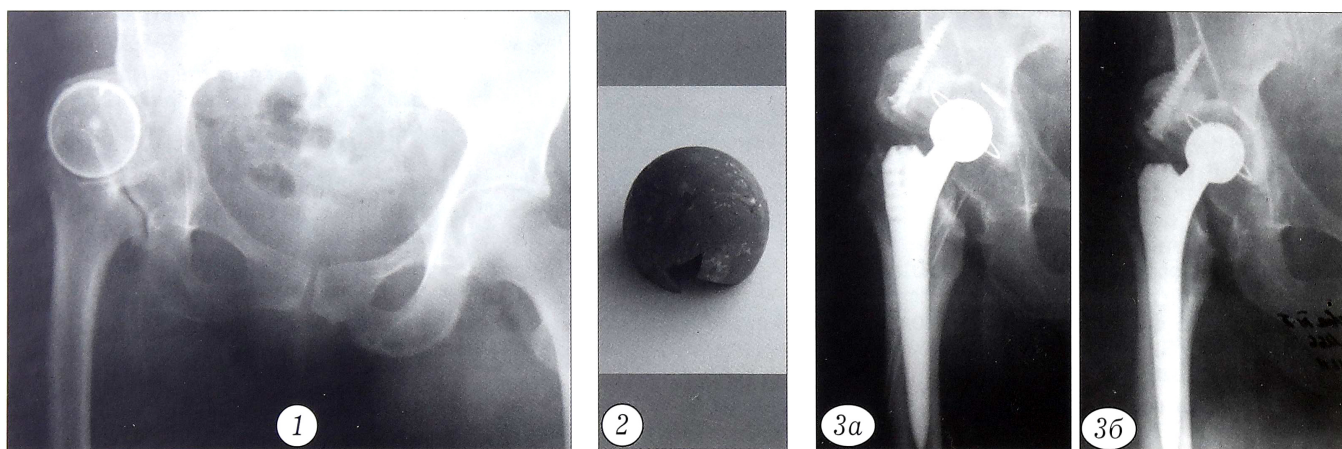


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма при поступлении в ЦИТО.

Рис. 2. Внешний вид удаленного керамического колпачка.

Рис. 3. Рентгенограммы сразу после операции (а) и через 6 мес после операции (б).

головки правой бедренной кости, лечения не получала. До 18 лет отмечала периодические боли, ограничение отведения в правом тазобедренном суставе, в дальнейшем присоединилось укорочение нижней конечности на 1,5 см. После вторых родов, с 1974 г. болевой синдром резко прогрессировал, консервативное лечение приносило лишь временное облегчение. В 1983 г. в Баку по поводу правостороннего диспластического коксартроза пациентке была выполнена керамикопластика головки правой бедренной кости. Смысл выполненной операции сводился к фигурной резекции суставной поверхности головки бедренной кости, а в некоторых случаях и вертлужной впадины, что составляло лишь 1 мм потери материнской кости, и замещению ее колпачком из корундовой керамики [4].

В результате проведенной операции конечность вновь стала опорной, боли в тазобедренном суставе исчезли полностью и не беспокоили пациентку в течение 25 лет, вплоть до 2008 г., когда они возобновились, в связи с чем потребовалась ревизионная операция. 15.08.11 в клинике эндопротезирования ЦИТО была выполнена ревизия сустава.

Интраоперационно: керамический колпачек не поврежден, однако при попытке удаления произошел его раскол (рис. 2). Мягкие ткани были минимально изменены, что позволило выполнить тотальное эндопротезирование по типу первичного. С учетом дисплазии при установке вертлужного компонента дополнительно осуществлена костная пластика верхнего края аутоотрансплантатом, взятым из резецированного фрагмента шейки и головки (рис. 3, а).

Ранний послеоперационный период протекал без особенностей, рана зажила первичным натяжением, пациентка была выписана в обычные сроки с рекомендациями ходить с помощью костылей в течение 2 мес, выполнять упражнения ЛФК для разработки движений в тазобедренном суставе.

Сведения об авторах: Каграманов С.В. — канд. мед. наук, науч. сотр. отделения эндопротезирования крупных суставов; Николаев И.А. — аспирант того же отделения.

Для контактов: Каграманов Сергей Владимирович. 127299, Москва, ул. Приорова, дом 10, ЦИТО. Тел.: 8 (903) 546-28-61. E-mail: kagramanov2001@mail.ru.

Через 6 мес после операции пациентка результатом лечения удовлетворена, передвигается без дополнительной опоры, болей в суставе не отмечает (рис. 3, б).

Возможно, материалы, используемые более 20 лет назад, не отвечают современным высоким стандартам и их применение не всегда приносило желаемый положительный результат, но мы считаем, что современное развитие медицинских технологий может дать второе рождение описанной методике, которая, несомненно, имеет право на существование и может стать одним из наиболее перспективных методов артропластики при различных формах коксартроза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kurtz S., Lau E., Ong K., Zhao K., Kelly M., Bozic K.J. Future young patient demand for primary and revision joint replacement: National projections from 2010 to 2030. Clin. Orthop. Relat. Res. 2009; 467 (10): 2606–2612.
2. Manley M.T., Sutton K. Bearings of the future for total hip arthroplasty. J. Arthroplasty. 2008; 23 (7 Suppl): 47–50.
3. Hamilton WG, McAuley JP, Dennis DA, Murphy JA, Blumenfeld TJ, Politi J. THA with Delta ceramic on ceramic: results of a multicenter investigational device exemption trial. Clin. Orthop. Relat. Res. 2010; 468 (2): 358–66.
4. Гудушаури О.Н., Микадзе Г.С., Думбадзе Г.Г. Результаты и перспективы применения эндопротезов из корундовой керамики. Хирургия. 1985; 11: 124–128.

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статей в редакцию просим обращать особое внимание на правильность представления материала.

Библиографические списки составляются с учетом «Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» Международного комитета редакторов медицинских журналов (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals). Правильное описание используемых источников в списках литературы является залогом того, что цитируемая публикация будет учтена при оценке научной деятельности ее авторов и организаций, где они работают.

В оригинальных статьях допускается цитировать не более 30 источников, в обзорах литературы — не более 60, в лекциях и других материалах — до 15. Библиография должна содержать помимо основополагающих работ, публикации за последние 5 лет. В списке литературы все работы перечисляются в порядке цитирования. Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Библиографическое описание книги (после ее названия): город (где издана); после двоеточия название издательства; после точки с запятой год издания. Если ссылка дается на главу книги: авторы; название главы; после точки ставится «В кн.:

или «In:» и фамилия(и) автора(ов) или редактора(ов), затем название книги и выходные данные. Библиографическое описание статьи из журнала: автор(ы); название статьи; название журнала; год; после точки с запятой номер журнала (для иностранных журналов том, в скобках номер журнала), после двоеточия цифры первой и последней страниц. При авторском коллективе до 6 человек включительно упоминаются все, при больших авторских коллективах — 6 первых авторов «и др.», в иностранных «et al.»; если в качестве авторов книг выступают редакторы, после фамилии следует ставить «ред.», в иностранных «ed.»